

UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS – UNISINOS
UNIDADE ACADÊMICA DE PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM HISTÓRIA
NÍVEL DOUTORADO

FÁBIO ROBERTO WILKE

**POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE PARA MULHERES E CRIANÇAS NO RIO
GRANDE DO SUL DURANTE O ESTADO NOVO (1937-1945)**

São Leopoldo

2023

FÁBIO ROBERTO WILKE

**POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE PARA MULHERES E CRIANÇAS NO
RIO GRANDE DO SUL DURANTE O ESTADO NOVO (1937-1945)**

Tese apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em História, pelo Programa de Pós-Graduação em História da Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Ana Paula Korndörfer

São Leopoldo
2023

W681p Wilke, Fábio Roberto.
Políticas públicas de saúde para mulheres e crianças no Rio Grande do Sul durante o Estado Novo (1937-1945) / por Fábio Roberto Wilke. – 2023.
263 f. : il. ; 30 cm.

Tese (doutorado) — Universidade do Vale do Rio dos Sinos, Programa de Pós-Graduação em História, São Leopoldo, RS, 2023.
“Orientadora: Dr.^a Ana Paula Korndörfer”.

1. Políticas públicas. 2. Saúde. 3. Mulheres. 4. Crianças. 5. Estado Novo (1937-1945). 6. Rio Grande do Sul. I. Título.

CDU: 981.65:614

FÁBIO ROBERTO WILKE

**POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE PARA MULHERES E CRIANÇAS NO RIO
GRANDE DO SUL DURANTE O ESTADO NOVO (1937-1945)**

Tese apresentada como requisito parcial para
obtenção do título de Doutor em História, pelo
Programa de Pós-Graduação em História da
Universidade do Vale do Rio dos Sinos –
UNISINOS.

Aprovada em 13 de dezembro de 2023

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Cristiano Enrique de Brum

Prof.^a Dr^o Deise Cristina Schell

Prof.^a Dr^a Lisiane Ribas Cruz

Prof.^a Dr^a Marluza Marques Harres

Ana Paula Korndörfer (Orientadora) – Universidade do Vale do Rio dos Sinos - UNISINOS

AGRADECIMENTOS

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES). Agradeço ao Programa de Pós-Graduação em História da Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS, através de sua coordenação, corpo discente e funcionários, os quais não citarei nominalmente sob o risco de esquecimentos. No entanto, registro que a forma atenciosa com que exerceram o suporte acadêmico no momento em que precisei ausentar-me das atividades presenciais, por questões profissionais, como professor substituto no Instituto Federal Farroupilha campus Santo Augusto-RS, assim como na eclosão da pandemia de covid-19, evidenciou os distintos profissionais e seres humanos com que tive a oportunidade de conviver.

Agradeço a coordenações, corpo discente e funcionários da Universidade Federal de Santa Maria – UFSM, instituição na qual realizei grande parte de minha formação acadêmica, com graduação, especialização e mestrado. Em especial aos orientadores de graduação, Diorge Alceno Konrad, e mestrado, Glaucia Vieira Ramos Konrad, mestres que inspiraram-me a ver o mundo de uma forma diferente, mais fraterna.

Agradeço aos amigos paulistas “do sítio”, que sabem quem são, através das famílias De Lima e Sifuentes, que me acolheram no Estado de São Paulo, no ano de 2018, pois sua amizade e forma de entender a vida me proporcionaram lições que levo comigo. Agradeço aos amigos Marcelo Martins e Leonardo Maia por poder compartilhar de sua amizade e diálogo há mais uma década. Agradeço ao amigo Ivan Rodrigo Trevisan pela amizade de mais de 20 anos, e por poder desfrutar de seu refino intelectual como historiador no âmbito pessoal. Alessandro de Almeida Pereira e Leandro “Bagé”, pelas *charlas* e futebol. À Tainara Moraes, por ter tido a oportunidade de compartilhar o cotidiano em parte importante deste percurso. Agradeço à minha família, nas figuras de meus pais, irmãos, e sobrinhos, Laura (in memoriam), Giulia, Lucas, Miguel e Helena (que, neste momento, ainda não veio ao mundo), os quais cito nominalmente como forma de lembrá-los que o estudo é, sempre, o melhor caminho.

Presto deferência aos intelectuais, artistas, músicos, literatos, historiadores, boêmios, indivíduos comprometidos com a transformação social, enfim, todos aqueles que ousam compreender o mundo através da rebeldia.

Agradeço de forma afetuosa os membros da banca de avaliação, Prof.^a Dr.^a Marluza Marques Harres, pois suas considerações na banca de qualificação foram importantes para a continuidade do trabalho. Prof.^a Dr.^a Lisiane Ribas Cruz, por aceitar o convite de avaliar o meu trabalho, assim como a Prof.^a Dr.^a Deise Cristina Schell. Em especial a Cristiano Enrique de

Brum por contribuir com esta pesquisa desde sua dissertação, ponto inicial para qualquer pesquisa na área, passando pela avaliação criteriosa de meu trabalho, de sua gênese até o ato final.

Por fim, agradeço a Ana Paula Korndörfer pela orientação precisa e imprescindível nestes quatro longos anos. Compartilhamos a transição de momentos sensíveis do ponto de vista político, sanitário, humano e acadêmico. A mim não restam dúvidas que estes tempos árdios foram amenizados por seu comprometimento profissional, cuidado humano e amizade.

Este trabalho foi desenvolvido, quase em sua totalidade, durante a vigência da pandemia de covid-19, que afligiu o Brasil e o mundo, nos primeiros meses de 2020 e permanece presente entre nós através da memória daqueles que perderam suas vidas. Convivemos todos com suas consequências. O exercício de pesquisa e profunda reflexão teórica em um contexto de *lockdown* e de impedimento de relações sociais usuais e cotidianas causou e ainda causa resultantes que são difíceis de serem mensuradas não somente neste exercício de pesquisa, mas na sociedade que compartilhamos.

RESUMO

A presente Tese investiga as políticas públicas de saúde para mulheres e crianças, no Estado do Rio Grande do Sul, durante a vigência do Estado Novo, entre os anos de 1937 e 1945, majoritariamente. No capítulo segundo “A saúde como política: saúde pública em ‘A nova política do Brasil’”, são analisados discursos políticos provenientes de Getúlio Vargas que caracterizaram as mulheres e as crianças a partir de determinado papel social estipulado por seu governo. Do mesmo modo, são abordadas as Constituições de 1934 e 1937, buscando-se compreender de que forma mulheres e crianças foram inscritas nas duas Cartas Constitucionais, e como foram configuradas as normas jurídicas de assistência à saúde a estes grupos, pelo Estado brasileiro. Por conseguinte, a partir do entendimento de que a saúde de mulheres e crianças foi subsumida ao binômio maternidade-infância, realizou-se uma crítica histórica desta ênfase na formulação das políticas públicas. No terceiro capítulo, “A saúde como ciência: a emergência da saúde pública (1934-1947)”, são analisadas a Organização Pan-Americana da Saúde e os seus Boletins Sanitários, com o intuito de mapear a ascensão da saúde pública como temática e o modo como a saúde de mulheres e crianças estiveram inscritas nos Boletins, que circularam pelo Continente Americano. Ao mesmo tempo, é analisada a revista O Brasil-Médico (1935-1946), com a intenção de mapear a referida temática em âmbito nacional. Por fim, são colocadas em tela duas perspectivas sobre saúde pública, através do 1º Congresso Nacional de Saúde Escolar (1941) e da 1ª Conferência Nacional de Saúde (1941). O quarto capítulo “O Rio Grande do Sul e as políticas públicas de saúde para mulheres e crianças (1937-1945)”, demonstra aspectos gerais da saúde pública, no Rio Grande do Sul, e analisa as políticas públicas para mulheres e crianças efetivadas no Estado, através do sistema distrital. Ao mesmo tempo, analisa os Decretos como instrumentos para o desenvolvimento das políticas públicas, além do auxílio federal a instituições privadas de assistência materno-infantil. Por fim, centra a análise na cidade de Porto Alegre, investigando como efetivaram-se as políticas públicas para mulheres e crianças na capital do Estado.

Palavras-chave: políticas públicas; saúde; mulheres e crianças; Estado Novo (1937-1945).

ABSTRACT

This thesis investigates public health policies for women and children in the State of Rio Grande do Sul during the period of the Estado Novo, primarily between 1937 and 1945. In the second chapter, "Health as Policy: Public Health in 'The New Politics of Brazil,'" political speeches from Getúlio Vargas that characterized women and children based on their social roles as defined by his government are analyzed. It also explores the Constitutions of 1934 and 1937 to understand how women and children were inscribed in both Constitutional texts and how legal norms for healthcare assistance to these groups were shaped by the Brazilian state. Therefore, based on the understanding that the health of women and children has been subsumed under the maternity-childhood paradigm, a historical critique of this emphasis in the formulation of public policies was conducted. In the third chapter, "Health as Science: The Emergence of Public Health (1934-1947)," the Pan American Health Organization and its Sanitary Bulletins are analyzed to map the rise of public health as a subject and how the health of women and children was discussed in the Bulletins circulated throughout the Americas. Simultaneously, the magazine "O Brasil-Médico" (1935-1946) is examined to map this theme at the national level. Finally, two perspectives on public health are discussed through the 1st National Congress of School Health (1941) and the 1st National Health Conference (1941). The fourth chapter, "Rio Grande do Sul and Public Health Policies for Women and Children (1937-1945)," provides an overview of public health in Rio Grande do Sul and analyzes the public policies for women and children implemented in the state through the district system. It also examines Decrees as instruments for the development of public policies, as well as federal assistance to private maternal and childcare institutions. Finally, it focuses on the analysis of the city of Porto Alegre, investigating how public policies for women and children were implemented in the state capital.

Keywords: public policies; health; women; children; Estado Novo (1937-1945).

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Tipos de instituições públicas e particulares de serviço social (Atuação do D.E.S.)	173
--	-----

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Questionário sobre a situação sanitária e assistencial dos estados (1941)	138
Quadro 2 - Questionário sobre a proteção à maternidade e à infância (1941)	139

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Publicações sobre o Brasil nos Boletins da O. S. P. (1934-1947)	113
Tabela 2 - Publicações por ano na revista O Brasil-Médico (1935-1946)	116
Tabela 3 - Publicações por ano, assunto e autoria na revista O Brasil-Médico (1935-1946) ...	117
Tabela 4 - População do Estado por ano (1937-1950)	152
Tabela 5 - População total e percentual de crescimento anual do Rio Grande do Sul e Brasil	152
Tabela 6 - Percentual rural e urbano da população do Estado (1937-1945)	154
Tabela 7 - Mortalidade infantil no Estado (1937-1945)	160
Tabela 8 - Principais causas de óbito no Estado em menores de 1 ano (1941-1945)	163
Tabela 9 – Seis principais causas de óbito no Estado (1940-1943)	164
Tabela 10 - Cinco principais causas de óbito no Estado por sexo (1946-1948)	165
Tabela 11 - Percentuais de despesas efetuadas e receitas arrecadadas (1937-1945)	168
Tabela 12 - Orçamento previsto e despesas efetuadas em saúde no Estado (1937-1943)	169
Tabela 13 - Serviços prestados no Estado – Higiene da criança (1939-1944)	180
Tabela 14 - Serviços prestados no Estado – Serviço pré-natal (1939-1944)	182
Tabela 15 - Assistência de parteiras e educadoras sanitárias no Estado (1939-1944)	184
Tabela 16 - Serviços prestados no Estado – Higiene Dentária: crianças e gestantes (1939-1944)	186
Tabela 17 - Serviços prestados no Estado – Higiene escolar (1939-1944)	187
Tabela 18 - Proporção de escolares examinados em relação a matrículas (1937-1945)	188
Tabela 19 - Cidades com maior número de atendimentos em Postos de Higiene (1943)	192
Tabela 20 - Relação dos estabelecimentos privados que receberam subvenções (1937-1945)	201
Tabela 21 - Relação do número total de instituições e subvenções recebidas (1937-1945)	214
Tabela 22 - Municípios que dispunham do maior número de hospitais (1943)	215
Tabela 23 - Municípios com o maior número de atendimentos nos ambulatórios dos hospitais (1943)	216
Tabela 24 - Instituições de assistência materno-infantil, por cidade e total recebido (1937-1945)	216
Tabela 25 - População de Porto Alegre (1937-1945)	219
Tabela 26 - Principais causas de óbitos em Porto Alegre (1938-1945)	220

Tabela 27 - Principais causas de óbito, por faixa etária e por sexo, em Porto Alegre (1939-1945)	223
Tabela 28 - Mortalidade infantil em Porto Alegre e Rio Grande do Sul (1937-1944)	224
Tabela 29 - Mortalidade infantil em Belo Horizonte, São Paulo e Porto Alegre (1937-1945)	225
Tabela 30 - Serviço de higiene da criança em Porto Alegre (1939)	226
Tabela 31 - Serviço pré-natal em Porto Alegre (1939)	227
Tabela 32 - Serviço de higiene dentária em Porto Alegre (1939)	228
Tabela 33 - Serviço de higiene escolar em Porto Alegre (1939)	229

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 A SAÚDE COMO POLÍTICA: SAÚDE PÚBLICA EM “A NOVA POLÍTICA DO BRASIL”	31
2.1 O papel da mulher na construção do “novo Brasil”	39
2.2 Maternidade e infância na Constituição de 1934: um prelúdio	48
2.3 A saúde das crianças como espelho da nação	57
2.4 Saúde para infância e juventude na Constituição Outorgada de 1937	70
2.5 Políticas materno-infantis: uma crítica histórica	76
3 A SAÚDE COMO CIÊNCIA: A EMERGÊNCIA DA SAÚDE PÚBLICA (1934-1947)	87
3.1 Organização Pan-Americana da Saúde: saúde pública no Continente	90
3.1.1 Um panorama estrangeiro: O Brasil nos Boletins da O. S. P. (1934-1947)	97
3.2 Um panorama nacional: A revista O Brasil-Médico (1935-1946)	115
3.3 Duas perspectivas sobre saúde pública	125
3.3.1 O 1º Congresso Nacional de Saúde Escolar (1941)	125
3.3.2 A 1ª Conferência Nacional de Saúde (1941)	135
4 O RIO GRANDE DO SUL E AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE PARA MULHERES E CRIANÇAS (1937-1945)	146
4.1 Saúde pública no Estado.....	156
4.2 Saúde pública para a mulher e a criança no Estado.....	167
4.3 A burocracia estado-novista e as políticas públicas	193
4.3.1 As políticas públicas entre as décadas de 1930 e 1940: a saúde por Decreto	194
4.3.2 O papel do Executivo Federal no auxílio às instituições privadas	198
4.4 Saúde Pública em Porto Alegre	218
4.4.1 Epílogo: políticas materno-infantis e indefinição institucional	230
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	235
REFERÊNCIAS	242
ACERVOS E FONTES	256

1 INTRODUÇÃO

O tema desta pesquisa se refere à investigação das políticas públicas de saúde direcionadas a mulheres e crianças, no Estado do Rio Grande do Sul, durante a vigência da ditadura do Estado Novo (1937 a 1945) no Brasil¹.

Parto deste recorte espaço-temporal para entender de que modo a elaboração das políticas de saúde buscou interferir do ponto de vista da saúde pública nestes grupos específicos. Com este intuito, procuro compreender quais justificativas políticas foram apresentadas para sua implementação baseando-me em discursos políticos, somados à arquitetura jurídico-política construída através da Constituição de 1934 e da Constituição Outorgada de 1937, além dos Decretos e Decretos-Leis que geraram as políticas. Do mesmo modo, busco analisar os discursos médico-científicos para retratar um panorama temático que propiciará a identificação das tendências em saúde apresentadas. Por fim, pretendo investigar a efetivação das políticas, identificando as formas através das quais foram concretizadas no Estado do Rio Grande do Sul a partir de municipalidades destacadas qualitativamente e que serão evidenciadas em seu devido tempo².

Em retrospecto, a problemática que apresento se inicia quando, na dissertação “*Uma família chamada Brasil*”: *família e política na Ditadura do Estado Novo (1937-1945)*, foi possível identificar que as mulheres e as crianças estiveram inscritas como uma preocupação de Estado durante o Estado Novo³. Especificamente, as mulheres e as crianças estiveram presentes nos discursos do governo orbitando dentro de conteúdos amplos sobre saúde pública e demografia.

¹ Ressalto, de antemão, que este trabalho se volta ao entendimento histórico das crianças como objeto de políticas de saúde e não propriamente da infância, noção que exige articulações teóricas diversas, ligadas a questões e representações socioculturais. Contudo, eventualmente, ambos termos podem inter cruzarem-se.

² A documentação do Departamento Estadual de Saúde demonstra que as políticas se materializaram em diversos formatos, desde o atendimento médico e farmacológico até cartilhas, jingles e exibição de filmes educativos.

³ WILKE, Fábio Roberto. **Uma família chamada Brasil: família e política na Ditadura do Estado Novo (1937-1945)**. Dissertação (Mestrado em História) – Programa de Pós-Graduação em História, Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2017. Disponível em: <https://repositorio.ufsm.br/handle/1/13647>. Acesso em: 16 ago. 2021. Esta ênfase esteve expressa através dos discursos do chefe do executivo, Getúlio Vargas, de seu ministro da Educação e Saúde, Gustavo Capanema, bem como do ministro do Trabalho, Indústria e Comércio, Alexandre Marcondes Machado Filho, entre outros. Neste trabalho foram abordados a compilação de discursos de Getúlio Vargas “A nova política do Brasil”, obra dividida em 11 volumes e que contempla os anos de 1930 até o ano de 1945. VARGAS, Getúlio. **A nova política do Brasil**. Rio de Janeiro: J. Olímpio, 1938-47. 11 v.; a obra de Alexandre Marcondes Filho, “Trabalhadores do Brasil”, de 1938. MARCONDES FILHO, Alexandre. **Trabalhadores do Brasil**. Rio de Janeiro: Edição da Revista Judiciária, 1943. E o trabalho de Maria Celina D’Araújo, “Getúlio Vargas”, que contém discursos de todos os seus governos. D’ARAÚJO, Maria Celina de. **Getúlio Vargas**. Brasília: Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2011.

Como destaque em momento oportuno, os discursos de Getúlio Vargas não permitem a hipótese de uma centralidade discursiva da saúde, visto que suas preocupações políticas de governo orbitaram em torno da regulamentação das relações entre o capital e o trabalho através da premissa de mediação do Estado (Gomes, 2005, p. 175-182; Viscardi, 2018). Todavia, a saúde das mulheres e crianças pôde ser identificada como uma temática que esteve inscrita em âmbitos diversos neste esforço de regulamentação - como no da legislação trabalhista corporativa, da higiene doméstica e práticas de puericultura⁴, dos tópicos de natalidade/mortalidade e endemias etc. - permitindo a sua construção como objeto de pesquisa.

No entanto, para além da retórica política, esta preocupação foi materializada em expressão jurídico-política ao constar, anteriormente ao Estado Novo, na Constituição Federal de 1934, através dos Art. 121 e 170, que trataram da gestante operária, do Art. 138, que definiu como dever do Estado o amparo à maternidade e à infância, inaugurando uma tradição republicana, bem como no Art. 141, que fixou porcentagens dos tributos nas esferas municipal, estadual e federal para este fim⁵.

Situado historicamente, o Estado Novo (1937-1945) pode ser interpretado, e assim o foi, a partir de diferentes óticas⁶. Entendo que todas estejam interligadas, mas o exercício de pesquisa sugere prudência analítica, o que resulta, muitas vezes, em recortes específicos que visam, sobretudo, o aprofundamento empírico. Nesse sentido, compreendo que as políticas públicas de saúde podem ser interpretadas a partir de sua inserção no ambiente econômico-social e político neste contexto.

O ano de 1937 demarcou consideráveis transformações na organização política brasileira. Em novembro do corrente ano ocorreu certa reorganização na correlação de forças da política nacional com a derrocada da democracia liberal efêmera alegadamente erigida através da Constituição de 1934⁷. No entanto, pesquisadores como Dulce Pandolfi (1999, p. 9)

⁴ Ana Paula Vosne Martins e Maria Martha de Luna Freire (2018, p. 189) observam que: “A puericultura pode ser definida como a parte das ciências médicas que visa à manutenção da saúde física e emocional das crianças, acompanhando seu crescimento e desenvolvimento. Diferentemente da pediatria, voltada ao corpo infantil doente, a puericultura se dirige ao corpo social, dialogando em particular com as mães visando transformar comportamentos e atitudes em relação à criação dos filhos”.

⁵ A Constituição de 1934 é a primeira do período republicano a tratar como dever do Estado o amparo à maternidade e à infância, fato este que está desenvolvido de modo adequado na seção posterior.

⁶ São exemplos de historiografia FERREIRA, Jorge; DELGADO, Lucília de Almeida Neves (orgs.). **O Brasil Republicano**. Livro. 2. O tempo do nacional-estatismo. Do início da década de 1930 ao apogeu do Estado Novo Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003, bem como: GERTZ, René. **O Estado Novo no Rio Grande do Sul**. Passo Fundo: Editora da UPF, 2005, ou PANDOLFI, Dulce (org.). **Repensando o Estado Novo**. Rio de Janeiro: Ed. da Fundação Getúlio Vargas, 1999 e: PONTES Jr, Geraldo; PEREIRA, Victor Hugo Adler (orgs.). **O velho, o novo, o reciclável Estado Novo**. Rio de Janeiro: De Letras, 2008.

⁷ Sobre este período, Eli Diniz (1999, p. 23), diz: “A segunda fase, que se desenrola de 1934 a 1937, corresponde ao governo constitucional, quando Vargas é eleito presidente por via indireta. Nesse momento, vem à tona a figura

entendem que este processo necessita ser visto, em retrospectiva, a partir dos acontecimentos de 1930⁸, pois “na realidade, durante o Estado Novo - o regime autoritário implantado com o golpe de novembro de 1937 -, Getúlio Vargas consolidou propostas em pauta desde outubro de 1930, quando, pelas armas, assumiu a presidência da República”. Sobre o fato deflagrado em trinta e sete, Pandolfi (1999, p. 10) destaca que⁹:

Naquele dia, alegando que a Constituição promulgada em 1934 estava “antedatada em relação ao espírito do tempo”, Vargas apresentou à Nação nova carta constitucional, baseada na centralização política, no intervencionismo estatal e num modelo antiliberal de organização da sociedade.

No mesmo período, experiências semelhantes estavam em curso na Europa: Hitler estava no poder na Alemanha, Mussolini na Itália e Salazar em Portugal. Aliás, desde o final da I Guerra Mundial, o modelo liberal clássico de organização da sociedade vinha sendo questionado em detrimento de concepções totalitárias, autoritárias, nacionalistas, estatizantes e corporativistas.

do chefe de um governo comprometido com um projeto liberal-democrático, respaldado pela Constituição de 1934, que, apesar de conter um capítulo de teor claramente intervencionista sobre a ordem econômica e social, consagrava os princípios liberais embutidos no movimento de 1930. Este, como ressaltado, foi um movimento bastante heterogêneo, marcado pelo entrelaçamento de tendências distintas e mesmo contraditórias, comportando tanto valores liberais quanto autoritários. Assim, as metamorfoses do primeiro governo Vargas estavam de alguma forma relacionadas com as tensões presentes no ideário político da revolução de 1930”.

⁸ Oscar Vilhena (2019, p. 80-81) realiza um retrospecto político do contexto que encerrou a ordenação regida pela Constituição de 1891 e esclarece que: “A Constituição de 1891 não foi capaz de reverter a natureza patrimonial, oligárquica e arbitrária da cultura e da prática política brasileira. Como ironizou o conservador Oliveira Viana (1883-1951), o idealismo de Rui Barbosa, principal arquiteto da nova ordem, esperava que fosse possível transformar nossos “clãs paternalistas” em partidos políticos, e o “povo-massa” em cidadãos, por intermédio da adoção de uma Constituição à americana. A realidade, no entanto, não se dobrou à lei. Da mesma forma, as elites marginalizadas pela política do café com leite não se curvaram às eleições de 1930, insurgindo-se contra a oligarquia paulista e colocando fim à primeira Constituição da República”. Sobre o mesmo contexto, Diniz (1999, p. 22-23) diz que: “Em sua primeira fase, a do governo provisório, que se estende de 1930 a 1934, Vargas projetava-se como líder de uma revolução vitoriosa, a qual, a despeito de sua heterogeneidade ideológica e política, tinha uma bandeira reformista. Essa bandeira estava relacionada com a temática da justiça social, com a questão da igualdade e das liberdades políticas, com o desafio de suprimir as grandes disparidades sociais que marcavam a sociedade brasileira e eliminar as barreiras sociais que tolhiam o desenvolvimento da cidadania política. Tratava-se, enfim, de instaurar um novo padrão de relacionamento entre classes possuidoras e classes subalternas, de forma a atenuar a opressão excessiva então exercida pelas elites dominantes, impondo limites institucionais ao seu poder e expandindo os direitos civis e políticos para novos segmentos da sociedade”. Bolívar Lamounier (1999, p. 36) compreende que: “A Revolução de 1930 alterou substancialmente o modus operandi do sistema político, reestruturando os canais de acesso ao poder federal e dando início a uma sorte de mudanças substanciais, tanto práticas quanto ideológicas. Justamente neste sentido é que se pode entendê-la como o momento focal do processo brasileiro de *state-building*: uma forte inflexão centralizadora no aparelho estatal, corrigindo o regionalismo excessivo da República Velha, e, ao mesmo tempo, uma inflexão na política econômica, que se orienta cada vez mais no sentido do nacionalismo e da industrialização”.

⁹ Para fins de organização textual, insiro neste espaço o contexto mais amplo delineado por Pandolfi (1999, p. 10): “Com a implantação do Estado Novo, Vargas cercou-se de poderes excepcionais. As liberdades civis foram suspensas, o Parlamento dissolvido, os partidos políticos extintos. O comunismo transformou-se no inimigo público número um do regime, e a repressão policial instalou-se por toda parte. Mas, ao lado da violenta repressão, o regime adotou uma série de medidas que iriam provocar modificações substantivas no país. O Brasil, até então, basicamente agrário e exportador, foi-se transformando numa nação urbana e industrial. Promotor da industrialização e interventor nas diversas esferas da vida social, o Estado voltou-se para a consolidação de uma indústria de base e passou a ser o agente fundamental da modernização econômica. O investimento em atividades estratégicas, percebido como forma de garantir a soberania do país, tornou-se questão de segurança nacional. Fiadoras do regime ditatorial, as Forças Armadas se fortaleceram, pois, além de guardiãs da ordem interna, passaram a ser um dos principais suportes do processo de industrialização.”

No que se refere ao interesse desta pesquisa, denota-se que um dos resultados deste processo foi a centralização das decisões políticas - sobretudo das políticas públicas, de âmbito nacional - no Executivo. Pandolfi apresenta este movimento como um intervencionismo estatal e um modelo antiliberal de sociedade. Essa característica antiliberal e intervencionista que exibiu reflexos na organização do Estado nacional, supõe-se condicionante para o modo no qual as políticas foram formuladas e implementadas, questão que será desenvolvida em momento adequado.

Em relação ao tema desta investigação, é possível observar algumas alterações relacionadas à saúde pública e ao amparo à maternidade e à infância. Com o advento do Estado Novo, e a revisão jurídica ocorrida com a implementação da Constituição Outorgada de 1937, a explicitação do amparo à maternidade foi extinta, mas se manteve o amparo à gestante operária, com os Art. 137 e 156¹⁰. No que se referiu à saúde das crianças, a Carta de 1937 ampliou a questão, traduzida nos Art. 15, 122, 127 e 129, que resguardaram sua proteção em relação à educação e saúde sob a égide de determinado teor moral e nacionalista¹¹. Somado a isso, três arranjos institucionais, a partir de 1937 e que explicito abaixo, demarcaram o destaque do tema reconfigurando e criando mecanismos institucionais da saúde pública, de modo geral, e do amparo à saúde de mulheres e crianças no país, de modo específico.

Em primeiro lugar, através do Decreto-Lei Nº 378, de 13 de janeiro de 1937¹², que deu nova organização ao Ministério da Educação e Saúde (M.E.S), e reestruturou suas funções demarcando, nos termos de Gilberto Hochman e Cristina M. O. Fonseca (1999, p. 82), a “consolidação da estrutura administrativa da saúde pública” no país. Por meio do Art. 2 do Decreto foi alocada na esfera do Ministério, e sob responsabilidade do Departamento Nacional de Educação (D.N.E.) e do Departamento Nacional de Saúde (D.N.S.), a administração das

¹⁰ Observa-se que o Art. 137 foi suspenso integralmente com a declaração do estado de guerra em 1942. Ver: Decreto-lei Nº 10.358, de 31 de agosto de 1942. Declara o estado de guerra em todo o território nacional. **Coleção das leis da República dos Estados Unidos do Brasil de 1942**: atos do poder executivo - decretos de janeiro a março primeira parte, Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, ano 1942, v. 2, n. 1, p. 440-440, 1942.

¹¹ Inserido no Art. 15 consta o inciso IX, que estabelece competência privativa da União “fixar as bases e determinar os quadros da educação nacional, traçando as diretrizes a que deve obedecer a formação física, intelectual e moral da infância e da juventude”. O Art. 122, em seu parágrafo 15, alínea b, estabelece que a “lei pode prescrever” “medidas para impedir as manifestações contrárias à moralidade pública e aos bons costumes, assim como as especialmente destinadas à proteção da infância e da juventude”. O Art. 127 estabelece que “a infância e a juventude devem ser objeto de cuidados e garantias especiais por parte do Estado, que tomará todas as medidas destinadas a assegurar-lhes condições físicas e morais de vida sã e de harmonioso desenvolvimento das suas faculdades”. O Art. 129 estabelece que “à infância e à juventude, a que faltarem os recursos necessários à educação em instituições particulares, é dever da Nação, dos Estados e dos Municípios assegurar, pela fundação de instituições públicas de ensino em todos os seus graus, a possibilidade de receber uma educação adequada às suas faculdades, aptidões e tendências vocacionais”. Walter Costa Porto (2012, p. 60-84).

¹² **Coleção das leis da República dos Estados Unidos do Brasil de 1937**: atos do poder executivo. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, ano 1937. Página 12 Vol. 1.

atividades relativas à educação escolar e extraescolar, e a saúde pública e assistência médico-social, respectivamente¹³.

No Art. 13, se esclareceram as atividades a serem administradas pelo Departamento Nacional de Saúde, dizendo respeito à saúde pública e à assistência médico-social, através das Divisões de Saúde Pública¹⁴, de Assistência Hospitalar, Assistência a Psicopatas e da Divisão de Amparo à Maternidade e à Infância¹⁵. A incorporação desta Divisão ao Ministério da Educação e Saúde, subordinada ao Departamento Nacional de Saúde, demonstra, em tese, a intenção de organização institucional, em âmbito federal, das políticas de saúde pública e assistência hospitalar, constituindo-se como uma alteração significativa em relação à Constituição de 1934¹⁶.

Por fim, na Seção IV, destinada aos serviços relativos à saúde, foram criados, através dos Art. 52 e 54, o Instituto Nacional de Saúde Pública e o Instituto Nacional de Puericultura, respectivamente. Ambos, incumbidos de realizar estudos, inquéritos e pesquisas com o intuito de criar subsídios para as políticas. No que se referiu à propaganda, o Art. 61 instituiu o Serviço de Propaganda e Educação Sanitária, com a tarefa de “promover o desenvolvimento da cultura sanitária do povo, pela divulgação de conhecimentos de higiene individual e de saúde pública, inclusive os relativos à criança”¹⁷.

Em segundo lugar, por intermédio do Decreto Estadual Nº 7.481, de 14 de setembro de 1938, que reorganizou os serviços de higiene e saúde pública do Estado do Rio Grande do Sul¹⁸. Este ato foi o responsável pela reconfiguração do Departamento Estadual de Higiene e Saúde

¹³ De acordo com o Decreto, em seu Art. 4, Rio Grande do Sul, Paraná e Santa Catarina, estariam na 7ª Região administrativa. Em seu Art. 28, estabelece as Delegacias Federais de Saúde como serviços intermediários e, no Art. 39, Parágrafo 2º, Porto Alegre como a sede da região sul.

¹⁴ O Art. 15 define que: “Pela Divisão de Saúde Pública correrá a direção dos serviços relativos à saúde pública, de caráter nacional, bem como dos que, de caráter local, sejam executados pela União. Competir-lhe-á ainda promover a cooperação da União nos serviços locais, por meio do auxílio e da subvenção federais, fiscalizando o emprego dos recursos concedidos”.

¹⁵ Art. 18 define que: “Pela Divisão de Amparo à Maternidade e à Infância correrá a direção dos serviços relativos ao amparo à maternidade e à saúde da criança de caráter nacional, bem como dos que, de caráter local, sejam executados pela União. Competir-lhe-á ainda promover a cooperação da União nos serviços locais, por meio de auxílio e da subvenção federais, fiscalizando o emprego dos recursos concedidos”.

¹⁶ A Divisão de Amparo à Maternidade e à Infância foi extinta do Ministério da Educação e Saúde em 1940, através do Decreto-Lei Nº 2.024 de 17 de fevereiro de 1940, que instituiu o Departamento Nacional da Criança, em status elevado em comparação ao anterior, configurando uma importância crescente.

¹⁷ Ver: Lei nº 378, de 13 de janeiro de 1937. Dá nova organização ao Ministério da educação e Saúde Pública. **Coleção das leis da República dos Estados Unidos do Brasil de 1937**: Atos do poder legislativo, Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, ano 1938, v. 3, n. 1, p. 12-33, 1938.

¹⁸ Para perspectivas distintas sobre o assunto ver: Cristiano Enrique de Brum (2013) e Gabrielle Werenicz Alves (2015).

Pública, transformando-o no Departamento Estadual de Saúde (D.E.S.)¹⁹. Em suma, estabeleceu a reorganização dos serviços, reagrupando órgãos, criando repartições e regulamentando as relações entre o Estado e os municípios, em semelhança ao ocorrido com o D.N.S. na esfera da União. Este processo de mudanças foi levado a cabo por Bonifácio Costa, funcionário técnico do Departamento Nacional de Saúde, e que assumiu a Diretoria da Saúde do Estado no ano de 1938 (Brum, 2013).

No que se refere ao plano de execução das políticas, o Art. 2 estabeleceu a criação da Seção de Fiscalização do Exercício Profissional, Bioestatística e Epidemiologia (Subseção de exames de Saúde), da Seção de Educação e Propaganda, da Seção de Higiene Escolar, da Seção de Fiscalização de Gêneros Alimentícios, da Seção de Fiscalização do Leite e Laticínios e da Seção de Profilaxia da Raiva. Ao mesmo tempo, instituiu os Serviços de Laboratórios de Saúde Pública, bem como os Serviços Distritais de Higiene, através dos Centros de Saúde e dos Postos de Higiene²⁰.

Em relação à preocupação de pesquisa deste trabalho, o Art. 4 traz informações importantes, pois definiu os Centros de Saúde e os Postos de Higiene como os locais de execução das políticas. Por definição, os Centros de Saúde deveriam conter especialistas nas áreas de doenças transmissíveis, higiene da criança, pré-natal, saneamento e polícia sanitária, higiene da alimentação e do trabalho. Dessa forma, é possível pressupor que foram os Postos de Higiene, nos municípios, aqueles que desenvolveram de modo mais abrangente as políticas de atendimento, justamente pela possibilidade de ação, contando com menor número de pessoal especializado²¹. Todavia, a suposta abrangência pode não ter sido determinante para a efetividade dos atendimentos, justamente pela característica de baixa exigência de especialistas.

¹⁹ A situação calamitosa do Estado é exposta em primeiro plano, quando, nas alegações iniciais do documento, consta que “considerando que a maioria dos municípios não dispõem de aparelhamento nem de recursos financeiros e técnicos com que possam manter eficientes repartições sanitárias” e “considerando que o Estado, apesar da tradicional robustez de sua gente, apresenta uma situação sanitária, no que toca a saneamento, a tuberculose, a lepra, ao tracoma, a necessidade de as doenças transmissíveis agudas, que evidencia a necessidade de não retratar o seu aparelhamento de defesa da raça”. Ver: RIO GRANDE DO SUL. Decreto nº 7.481 de 14 de setembro de 1938. **Reorganiza os serviços de higiene e saúde pública do Estado**. (Museu de História da Medicina do Rio Grande do Sul, Porto Alegre).

²⁰ O parágrafo IV determina que os serviços de saúde pública serão contemplados pelos seguintes profissionais: “médicos, farmacêuticos, veterinários, engenheiros, químicos, laboratoristas, auxiliares de dispensários, enfermeiras visitadoras, educadoras de higiene, enfermeiros, parteiras, desinfetadores, fiscais sanitários, cartógrafos, acadêmicos de medicina e funcionários administrativos, previstos nos quadros das Repartições atuais e das a instalar”. Ver: RIO GRANDE DO SUL. Decreto nº 7.481 de 14 de setembro de 1938. **Reorganiza os serviços de higiene e saúde pública do Estado**.

²¹ Embora os Postos de Higiene tenham se configurado nas repartições que se estenderam aos municípios, inclusive sendo decretada a obrigação do dispêndio de 5% do orçamento municipal para serviços de higiene e saúde pública, manteve-se o aspecto centralizador do executivo federal e estadual nos municípios, pois o Art. 6, em seu parágrafo único, estabelecia que deveriam submeter-se à fiscalização do D.E.S. e executar as determinações do Diretor Geral. Ver: RIO GRANDE DO SUL. Decreto nº 7.481 de 14 de setembro de 1938. **Reorganiza os serviços de higiene e saúde pública do Estado**.

Por fim, em terceiro lugar, o Decreto-Lei Nº 2.024, de 17 de fevereiro de 1940, estruturou as atividades relacionadas à proteção da maternidade, infância e adolescência no país com a criação, através do Art. 4, do Departamento Nacional da Criança (DNCr). Vinculado diretamente ao Ministério da Educação e Saúde, o Departamento inaugurou uma estrutura jurídica de saúde, em nível federal, voltada aos cuidados com as mulheres, crianças e jovens, autônoma em relação aos outros serviços públicos de saúde²².

Este Decreto foi significativo, pois organizou as instituições responsáveis por este tema, mas, também, regulamentou as relações entre a União, os Estados e os municípios, e entre instituições públicas e privadas. Essa regulamentação buscou a padronização das atividades e a subvenção federal em caráter público e privado, o que pode ter auxiliado na expansão das ações de assistência pelo país²³. A sustentação orçamentária pública das instituições foi definida no Art. 18, que determinou sua discriminação nos orçamentos da União, Estados e municípios²⁴.

De toda forma, embora delimitando a saúde das mulheres e crianças ao escopo maternidade e infância, o Decreto Nº 2.024 representou ampliação e consolidação da problemática em âmbito público, pois transformou a Divisão de Amparo à Maternidade e à Infância, antes subordinada ao Departamento Nacional de Saúde, em um Departamento próprio, subordinado diretamente ao Ministério da Educação e Saúde. Ao ser constituído, através do Art. 5, como o “supremo órgão de coordenação de todas as atividades nacionais relativas à proteção à maternidade, à infância e à adolescência”, o DNCr pretendia centralizar as políticas públicas de maternidade e infância no país.

²² Seu Art. 1º estabelece que: “Será organizada, em todo o país, a proteção à maternidade, à infância e à adolescência. Buscar-se-á, de modo sistemático e permanente, criar para as mães e para as crianças favoráveis condições que, na medida necessária, permitam àquelas uma sadia e segura maternidade, desde a concepção até a criação do filho, e a estas garantam a satisfação de seus direitos essenciais no que respeita ao desenvolvimento físico, à conservação da saúde, do bem-estar e da alegria, à preservação moral e à preservação da vida”. Ver: RIO GRANDE DO SUL. Decreto nº 7.481 de 14 de setembro de 1938. **Reorganiza os serviços de higiene e saúde pública do Estado.**

²³ O acesso aos atos do Poder Executivo permite comprovar que, de fato, foram dispensadas verbas para instituições públicas e privadas de todo o país que se voltaram às atividades condizentes à maternidade e infância. Por exemplo, em 1940, através do Decreto-lei Nº 2.204 de 17 de maio, realizou-se o repasse, através de abertura de crédito especial, de valores em torno de 620 mil réis para instituições voltadas à assistência de recém-nascidos e jovens no Estado do Rio Grande do Sul. Ver: Decreto-lei Nº 2.204, de 17 de maio de 1940. **Abre, pelo Ministério da Educação, o crédito especial de 5.146:000\$ para liquidação de subvenções de 1939.** Coleção das leis da República dos Estados Unidos do Brasil de 1940: atos do poder executivo - decretos-leis de janeiro a março primeira parte, Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, ano 1940, v. 1, n. 1, p. 191-192, 1944.

²⁴ O Art. 19 cria o fundo nacional de proteção à infância, financiado por particulares que desejassem “cooperar na obra de proteção à maternidade e à infância”. Decreto-lei Nº 2.024, de 17 de fevereiro de 1940. **Fixa as bases da organização da proteção à maternidade, à infância e à adolescência em todo o país.** Coleção das leis da República dos Estados Unidos do Brasil de 1940: atos do poder executivo - decretos-leis de janeiro a março primeira parte, Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, ano 1940, v. 1, n. 1, p. 98-101, 1944.

Dessa forma, as políticas públicas de saúde se apresentam como uma oportunidade de pesquisa, pois a problemática contém uma evidência empírica inicial, a forma institucional e de execução em que se materializaria e, por fim, a delimitação do público-alvo²⁵.

Diante do exposto, as constatações permitiram a construção da problemática de pesquisa, pois as evidências demonstraram que houve a preocupação por parte dos agentes do Estado, procurando externar um *sentido* para a necessidade de políticas de saúde para mulheres e crianças, justificando-as à necessidade de consolidação do Estado nacional²⁶. Essa linha de investigação já foi considerada por trabalhos que realizaram a conexão entre saúde pública e construção da nação, como demonstra a recente análise bibliográfica de Cristina M. O. Fonseca (2018, p. 408).

Nesse sentido, Celina Souza (2006, p. 25) observa que “as políticas públicas repercutem na economia e nas sociedades, daí por que qualquer teoria da política pública precisa também explicar as inter-relações entre Estado, política, economia e sociedade”. Em sintonia com o entendimento de Souza, este trabalho procura problematizar as políticas públicas de saúde, elaboradas e efetivadas num contexto em que se apresentou a “passagem de um sistema de base agroexportadora para uma sociedade de base urbano-industrial”, como apontado por Eli Diniz (1999, p. 24).

Proceder a análise de como as mulheres e as crianças estiveram inscritas nas políticas de saúde auxilia a compreensão das justificativas políticas e os meios utilizados pelo Estado brasileiro, em âmbito regional, para intervir, no que se referiu à saúde, em contingentes da população entre as décadas de 1930 e 1940²⁷. Permite, igualmente, delimitar as áreas entendidas como problemáticas por parte do governo estadual, em diálogo com a União, e quais aspectos das vidas destes grupos foram avaliados em dissonância com os padrões de saúde e higiene observados pelas ciências médicas do período.

Da mesma forma, esta abordagem intenta apresentar uma contribuição original ao campo de pesquisa em História, sobretudo do Rio Grande do Sul, ao abordar as mulheres e as

²⁵ Em relação à infância, por exemplo, Getúlio Vargas (1941, p. 184), em discurso sobre os dez anos de governo, diz que “o problema da infância é, em nosso país, dos mais urgentes. À geração que dirige a vida nacional cumpre enfrentá-lo corajosamente. Precisamos dominar as endemias, para que, dentro em pouco, a média de crescimento da população melhore e o seu rendimento econômico alcance os coeficientes dos países civilizados”.

²⁶ Nesse sentido, por exemplo, ao tratar sobre o povoamento do Brasil, Getúlio Vargas (1940, p. 96) dizia que: “As nossas estatísticas têm demonstrado que o crescimento da população do país se deve mais à natalidade do que à imigração. Precisamos cuidar das crianças, criá-las, higiênica e saudavelmente, enfim, obedecer aos preceitos da puericultura. As crianças de hoje é que povoarão o Brasil, não os imigrantes”.

²⁷ E, neste ponto, se notabiliza a especificidade histórica, pois a verticalidade e centralização administrativa como forma de governo resultou na observação dos pressupostos federais na execução das políticas. Assim sendo, abordar o Estado do Rio Grande do Sul é uma forma de desvelar as intenções do estado nacional, invariavelmente, em um movimento dialógico.

crianças como objeto de políticas de saúde durante o Estado Novo (1937-1945) e, complementarmente, ao realizar a conexão entre saúde pública e o discurso do governo de Estado sobre a construção da nação.

Como se observará no decorrer deste trabalho, foram identificadas pesquisas que orbitam em proximidade à minha preocupação temática sem, no entanto, coincidirem no que se refere ao modo de construção do objeto, da elaboração teórico-metodológica e do resultado que se propõem a apresentar como contribuição ao conhecimento²⁸, característica que reflete a dinâmica multidisciplinar da análise de políticas públicas de saúde. Este aspecto merece destaque, pois sinaliza as dificuldades do exercício de análise, ao exigir o trânsito crítico entre as áreas, mas também a oportunidade de diálogo construtivo entre as Ciências Sociais e Humanas.

A revisão realizada até o presente momento indica alguns padrões sobre a temática. Revisões de literatura como as de Everardo Duarte Nunes (2000), Maria Inês Souza Bravo (2006), Kamila Fernanda de Melo Machado (2011), Cristina M. O. Fonseca (2018), e Violeta Campolina Fernandes e Camila Lopes de Sousa (2020) sinalizam que os estudos estão concentrados no contexto da Primeira República. Compreendo que a concentração no período anterior ao recorte desta pesquisa ocorra, muito em parte, devido aos primeiros esforços de institucionalização da saúde pública e das concepções sanitaristas que saíram das esferas especializadas e adentraram na governança política. Do mesmo modo, a disposição dos trabalhos apresentados sugere que o Estado Novo (1937-1945) ainda permanece como ponto de inflexão, dispondo de lacunas a serem contempladas, o que se acentua para o contexto do Rio Grande do Sul e será observado no transcorrer do texto.

A investigação, nos termos que este trabalho propõe, se apresenta ao preenchimento de uma lacuna a partir de perspectiva histórica, unindo mulheres e crianças como objeto de análise, e interpretando-as através das políticas públicas de saúde. Proporciona o sentido histórico para as políticas de saúde, pois as conecta ao projeto de poder de determinado governo político na relação entre os executivos federal e estadual.

Distingue-se em relação aos trabalhos de áreas contíguas, que transitaram pelos mesmos objetos de análise, sobretudo pela lógica histórica que fornece a gênese da problemática de

²⁸ Outra característica distinta constitui-se na análise conjunta de mulheres e crianças. Estes grupos desenvolvem suas vidas, ao menos em determinado período, de modo conjunto, e assim foram percebidos em primeiro lugar pelo discurso político e, após, através da implementação das políticas. Nesse sentido, ao passo em que se conserva a crítica necessária a esta união como guia de entendimento para a implementação das políticas, muitas vezes guiadas por concepções de gênero, a abordagem conjunta propicia o entendimento das condições de saúde não apenas de mulheres e crianças, como sujeitos atômicos, mas sim de contingente populacional do período. Parte-se da especificidade em direção à generalidade.

pesquisa, a seleção das fontes e a construção teórico-metodológica²⁹. Lógica histórica no sentido atribuído por Edward Palmer Thompson (1981, p. 53), ao argumentar que a “investigação histórica como processo, como sucessão de acontecimentos ou “desordem racional”, acarreta noções de causação, de contradição, de mediação e da organização (por vezes estruturação) sistemática da vida social, política, econômica e intelectual”³⁰.

No contexto abordado, entendo que uma das formas de identificar e analisar a lógica histórica diz respeito a compreender o valor político atribuído à questão da saúde dos indivíduos pelo Estado Novo, em sua expressão regional, no Rio Grande do Sul. Valor este, como se poderá observar, que resultou em uma forma específica de políticas para mulheres e crianças, sobretudo, através da díade maternidade e infância. Por fim, para os interessados na temática de pesquisa, o resultado deste trabalho proporcionará um panorama da saúde das mulheres e crianças no decurso das décadas de 1930 e 1940 no Rio Grande Sul e, da mesma forma, das ações tomadas pelo governo estadual, diante disso, através das políticas públicas de saúde.

Desse modo, para entender a configuração do Estado, utilizo o conceito de corporativismo, nos termos de Angela Araújo (1998), Eli Diniz (1999), Francisco Palomares Martinho e António Costa Pinto (2016), e Cláudia Viscardi (2018)³¹. Este conceito permite entender o Estado como aquele que se propõe mediador dos conflitos entre capital e trabalho e, com isso, perceber o porquê da saúde dos indivíduos se apresentar marcante para o Estado Novo³². Da mesma forma, possibilita uma perspectiva de análise, pois, se as políticas de saúde para os trabalhadores organizados observaram especificidades de acesso, houve outra parcela

²⁹ Neste ponto, distingue-se a análise histórica das políticas públicas de saúde de uma análise das políticas, propriamente, aos moldes das Ciências Sociais e de áreas distintas das Ciências Humanas, sobretudo as ligadas à saúde. Ana Luzia D’ávila Viana e Tatiana de Faria Batista (2012, p. 149-219) identificam as definições, referenciais teóricos e metodológicos da análise de políticas públicas de saúde. Neste trabalho, é possível observar que existem paralelos e certos contatos, mas que os métodos e as finalidades são distintos.

³⁰ Antoine Prost (2012, p. 76) complementa este entendimento ao afirmar que “por sua questão, o historiador estabelece os vestígios deixados pelo passado como fontes e como documentos; antes de serem submetidos a questionamento, eles nem chegam a ser percebidos como vestígios possíveis, seja qual for o objeto”. Esse excerto de Prost é significativo para se entender o processo de pesquisa sobre as políticas de saúde no período em questão, pois numa forma de governo extremamente burocratizada, centralizada e enclausurada no Executivo, através de Decretos e Decretos-Lei, o esforço consiste em construir, propriamente, o objeto para poder compreendê-lo.

³¹ Sobre corporativismo, Cláudia Viscardi (2018, p. 246 *Apud* Philippe Schmitter 1974, p. 43-44): “O corporativismo pode ser definido como um sistema de representação de interesses no qual as unidades constituintes são organizadas em um número limitado de categorias singulares, compulsórias, não competitivas, hierarquicamente ordenadas e funcionalmente diferenciadas, reconhecidas ou licenciadas (quando não criadas) pelo Estado, às quais é concedido monopólio de representação dentro de sua respectiva categoria em troca da observância de certos controles na seleção de seus líderes e na articulação de demandas e apoio”.

³² Partir da ideia de corporativismo auxilia a compreender por que as ações de saúde não se efetivaram, de modo mais abrangente, a partir do Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio. Parto da hipótese de que se este ministério foi o órgão de mediação das relações de trabalho, o Ministério da Educação e Saúde foi aquele que possibilitou a manutenção da força de trabalho no país, auxiliando em questões de higiene, alimentação, combatendo endemias etc.

significativa que teve acesso às políticas de saúde sem, no entanto, dispor de pré-requisito de filiação à categoria de trabalho reconhecida pelo Estado.

Outro conceito que pode ser utilizado para a compreensão da dinâmica entre o Estado e a sociedade é cidadania regulada, elaborado por Wanderley Guilherme dos Santos (1979, p. 75), que identifica, no Brasil, a cidadania a partir de um sistema de estratificação ocupacional definido por norma legal. Esta compreensão auxilia no entendimento da ênfase da ditadura na formação do “homem novo”, como definido por Angela de Castro Gomes (1982), simbolizando indivíduos talhados a partir de uma cultura política calcada nos ideais do trabalho como pilar moral, e da constituição de força de trabalho condizente com o padrão de desenvolvimento pretendido³³.

A dinâmica compreendida por Santos, que identifica as consequências institucionais e sociais da estratificação, através das políticas sociais, permite que se vislumbre os grupos sociais que estiveram ao alcance de políticas sociais de saúde, mas não necessariamente, aquelas ligadas à estrutura corporativa do Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio. De certa forma, através das concepções de corporativismo e cidadania regulada, realizando-se um exercício de inversão, ou seja, investigando justamente os setores não necessariamente organizados, se possa acessar ações do Estado que fugiram ao discurso da benesse trabalhista estruturado durante a ditadura.

Em relação à expressão institucional a partir da qual analiso as mulheres e as crianças, faz-se importante a delimitação de alguns conceitos para expressar o campo teórico em que me insiro. Assim sendo, compartilho da interpretação de Massako Yida (1994, p. 20), ao considerar que:

É pelas relações sociais, pelo processo e pela divisão social do trabalho que se constrói o objeto da Saúde Pública, encoberto, ideologicamente, pelas inúmeras designações como: coletividade, indigência, carência, ou seja, um grupo de indivíduos que, aparentemente, não possuem, ou aos quais falta, algum atributo necessário àquilo que a sociedade considera fundamental à integração social.

Partir deste entendimento sobre saúde pública possibilita realizar a conexão entre o discurso político e o discurso médico e, em consequência, as políticas públicas de saúde. Afinal, as políticas formuladas por um Estado contêm um propósito e, considero, no recorte espaço-temporal em questão, que este tenha sido o desenvolvimento industrial capitalista, em acordo

³³ Em relação às crianças e aos jovens, na dissertação “Uma família chamada Brasil”, demonstrei como o Estado Novo as abordou como aqueles que sustentariam o futuro do regime através de sua força de trabalho e de sua formação moral através dos valores estadonovistas.

com Pedro Cezar Dutra Fonseca (1989), Maria Antonieta P. Leopoldi (1999), e Luiz Carlos Bresser-Pereira (2015), entre outros³⁴.

Ao mesmo tempo, uma condição mínima de saúde pode ser percebida como um atributo fundamental à integração social, nas palavras de Yida (1994), mas, sobretudo, como condição para a própria dinâmica do desenvolvimento socioeconômico como projeto político de um governo. Do mesmo modo, auxilia na explicação da particularidade histórica, pois as décadas de 1930 e 1940 exibiram como frutos das imposições políticas a perda de autonomia político-administrativa nos estados. Através das interventorias, as determinações do executivo federal pretenderam atingir o âmbito estadual, dentro do que Luciano Aronne de Abreu (2005) e Adriano Codato (2011) denominaram de “racionalidade administrativa”.

Prosseguindo na delimitação conceitual, este trabalho se posiciona inserido em uma historiografia que interpreta as políticas públicas de saúde, em linhas gerais, sob a perspectiva institucional. Afinal, a documentação utilizada configura-se, em sua maioria, proveniente de instituições de Estado, de categorias profissionais, e de instituições privadas que orbitaram em proximidade à burocracia estatal através dos subsídios.

Em trabalho de balanço historiográfico, Cristina M.O. Fonseca (2018) identificou quatro grandes vertentes de estudo histórico das políticas de saúde³⁵. Diante disso, compreendo que o trabalho que desenvolvo esteja inscrito no conjunto que analisa as políticas de saúde em sua relação com projetos de construção nacional. Como observou Fonseca (2018, p. 408), estes trabalhos procuram estabelecer “conexões entre a política de saúde analisada e o papel que essa política desempenhou no fortalecimento da presença do poder público no interior do país, no processo de construção da Nação brasileira”³⁶.

Inúmeras são as formas de realizar a ligação entre políticas de saúde e construção da nação ou do Estado Nacional. O modo do qual parto utiliza-se dos discursos políticos e de profissionais médicos, dos interventores, do Ministro Capanema, dos diretores do Departamento Estadual de Saúde e, eventualmente, do Departamento Nacional da Criança, que

³⁴ Embora no que se refere à saúde, autores como Luciano Aronne de Abreu (2005, p. 256-262) e Nauber Gavski da Silva (2014, p. 94-104), o primeiro voltado à questão da saúde e o segundo, da alimentação e nutrição, relativizem, para o Rio Grande do Sul, a extensão das políticas públicas.

³⁵ Fonseca (2018, p. 403-426) identifica quatro grandes temáticas: a política de saúde como estratégia de normatização e controle da sociedade, influenciados pela teoria de Michel Foucault; saúde, construção da nação e relações federativas; trajetórias de vida na saúde e na ciência; saúde e previdência a partir do mundo do trabalho.

³⁶ Fonseca (2018, p. 408) cita alguns trabalhos, entre os quais Lima: Britto (1991); Lima: Hochman (1998); Hochman (1993); Lima (1999) e, também, Fonseca (2007). Na medida em que contribui para o delineamento do campo, demonstra a relativa escassez de trabalhos e, com isso, a possibilidade de expansão.

alocaram a saúde e as políticas ligadas à maternidade e à infância em esfera íntima às ideias de nacionalismo e de certa missão civilizadora³⁷.

Diante disso, entendo que a presente pesquisa possa contribuir com o campo que se volta à análise das políticas públicas de saúde, no Rio Grande do Sul, durante o primeiro governo Vargas e, neste panorama, pode-se denotar alguns fatores.

Em primeiro lugar, sublinho um número diminuto de pesquisas históricas que tomam as políticas públicas de saúde para mulheres e crianças, no Rio Grande do Sul, como objeto de análise. De modo geral, propor o que desenvolvo implica no trato com uma literatura, em grande medida, desprovida de coesão teórico-metodológica, característica da multidisciplinaridade da saúde como temática, e pela consolidação relativamente recente deste campo de pesquisa em história, como destacado por Fonseca (2018). Assim sendo, sem a intenção de esgotar as produções, destaco algumas representativas como forma de distinguir o meu trabalho e inseri-lo em um campo teórico-metodológico.

Na linha de trabalhos históricos que abordaram a saúde pública no Rio Grande do Sul, compreendo que trabalhos como o de Gabrielle Werenicz Alves (2011), que abordou as políticas públicas durante todo o período do primeiro governo Vargas, e de Cristiano Enrique de Brum (2013), que analisou a trajetória do médico e chefe do Departamento Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul, José Bonifácio Paranhos da Costa, contemplaram a saúde pública de modo abrangente, para o período entre as décadas de 1930 e 1940, destacando-se como referências. Todavia, entendo que requerem continuidade, sobretudo no que diz respeito a investigação das políticas aliadas à possibilidade que a delimitação municipal proporciona, para além da análise da configuração institucional, realizando a conexão entre os âmbitos federal e estadual.

O artigo de Juliane Conceição Primon Serres (2007) colocou o Estado na agenda sanitária do período, mas a autora não prosseguiu em estudo de maior fôlego. Ao mesmo tempo, no binômio expresso desde a organização do Ministério da Educação e Saúde Pública e, após, com a reorganização de 1937, evidencia-se que a temática da educação no trabalho de Serres (2007) se sobrepõe à saúde como objeto de estudo, priorizando o limite da década de 1930. Por outro lado, a pesquisa de Brum (2013) realizou discussões pertinentes ao presente projeto, sobretudo, no que diz respeito a autonomia do Estado, interesse compartilhado por autores

³⁷ O recorte estabelecido contempla dois interventores estaduais, nas figuras de Oswaldo Cordeiro de Farias e, posteriormente, Ernesto Dorneles, dois diretores gerais do Departamento Estadual de Saúde, com José Bonifácio Paranhos da Costa e Eleyson Cardoso, e o diretor do Departamento Nacional da Criança, com Olympio Olinto de Oliveira.

como Luciano Aronne de Abreu (2005), bem como o delineamento do organograma institucional reorganizado por José Bonifácio Paranhos da Costa, Diretor do Departamento Estadual de Saúde.

Em consonância, porém observando o contexto nacional e estabelecendo as reflexões teóricas que guiam este campo heterogêneo, destaco trabalhos como o de Yida (1994), Hochman (1993; 1998; 2001; 2007), Fonseca (2007; 2018), Hochman & Fonseca (1999), André Luiz Vieira de Campos (2008), Umberto Catarino Pessoto, Eduardo Augusto Werneck Ribeiro, Raul Borges Guimarães (2015), Sonia Fleury & Assis Mafort Ouverney (2012), Emerson Elias Merhy (2014), Gilberto Hochman, Luiz Antonio Teixeira e Tânia Salgado Pimenta (2018), entre outros. Estas pesquisas possuem o préstimo de fornecer generalizações sobre saúde pública, balanços historiográficos e discussões alicerçadas em debate teórico de fôlego, além de trazer à tona a organização institucional em nível federal e, eventualmente, sua relação com as particularidades estaduais.

Por conseguinte, há um conjunto de pesquisas que destaco pelo seu trato metodológico, e que pode ser encontrado em trabalhos como os de Nair Regina Ritter Ribeiro (1988), que elaborou uma revisão da história da enfermagem no Estado, tendo como objeto de pesquisa as visitadoras sanitárias. Agentes do sistema de saúde, entraram em contato direto com a população, a partir de um viés de matriz educativa, auxiliando em questões de higiene e cuidados gerais com a saúde³⁸. Abordagem semelhante, sobre o Estado do Paraná, foi realizada por Márcia Regina Ristow (2011), e que proporciona uma visão do contato entre a política de Estado e o indivíduo, mas também entre profissionais e práticos, através da ação das visitadoras sanitárias, entre as décadas de 1920 e 1940³⁹. Lilian Ribeiro Brum (2000; 2004) caminhou em paralelo, na área da enfermagem, ao destacar as práticas de saúde voltadas às crianças e às mulheres no Município de Carazinho-RS, essencialmente através do cotidiano de um Posto de Higiene. Seu trabalho contribui para a observação da extensão dos serviços de saúde, afinal, os Postos de Higiene dispensavam a filiação corporativa como requisito, ao contrário de serviços de previdência e assistência médica ligados ao Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio, de caráter mais restrito.

³⁸ Parte da saúde pública no período exibiu um caráter eminentemente pedagógico como demonstrado, entre outros, por Ana Paula Korndörfer (2007), que compreendeu o papel das escolas entre o final do século XIX e a década de 1930. Embora sua pesquisa não incursione para além da década de trinta, demonstra uma tendência nas ações institucionais de saúde pública que se observa até o final do Estado Novo.

³⁹ Emblemático da multidisciplinaridade que envolve as políticas públicas é o fato de Ribeiro partir da área da enfermagem, ao passo que Ristow, da educação, ambas encontrando-se apenas na correspondência de seus objetos de pesquisa.

Trabalhos como estes, embora de áreas aparentemente apartadas da História, possibilitam desvelar aspectos das ações em saúde significativas para a execução histórica das políticas, pois foram as visitadoras, os médicos, as parteiras, fiscais, etc., que “materializaram” as políticas, conjuntamente aos instrumentos de propaganda e a assistência médico-social. Além disso, apresentam soluções metodológicas prestativas ao exercício da pesquisa em História, não obstante, carecendo, muitas vezes, de análises de caráter histórico das políticas de saúde, situando-as no seu contexto político ou econômico.

Por fim, é possível distinguir os trabalhos que se voltam às crianças e às mulheres. Em relação a estas, se destacam pesquisas que tratam sobre a medicina da mulher, aspectos referidos a políticas de maternidade, puericultura e gênero.

Nesse conjunto, evidencio as elaborações de Ana Paula Vosne Martins (2004; 2011; 2018). A autora versa, em linhas gerais, sobre a relação entre a instituição da medicina no Brasil e o corpo das mulheres e, do mesmo modo, problematiza a constituição, no Brasil, da ideia de saúde da mulher. De acordo com Martins, este processo resultou em práticas médicas que apreendiam os corpos a partir de uma distinção marcada pelo gênero⁴⁰. Inspirada em Michel Foucault e em estudos de gênero, suas reflexões contribuem para a desconstrução de “criações históricas e culturais”, tanto em relação à saúde dos corpos e subjetividades, bem como daquilo que denomina, através da análise de políticas públicas, de “binômio mãe-filho”, que se refere à “responsabilização exclusiva das mulheres mães com os cuidados das crianças” (Martins; Freire, 2018, p. 182).

Complementarmente, Maria Martha de Luna Freire (2006; 2008; 2014) apresenta-se como outra referência para a análise da relação entre a medicina e as mulheres, mas também as crianças. Suas preocupações auxiliam a compreender como a ideia de maternidade científica, estabelecida pelas ciências médicas, nas primeiras décadas de República, impactou as mulheres e as crianças no que diz respeito aos seus corpos e práticas de conduta estabelecidas, através da puericultura. Ao tratar sobre a ideologia da maternidade, que a estabelece como “função primordial das mulheres”, Freire (2008, p. 154) demonstra que no Brasil “esse fenômeno apresentou dimensão singular (...), em particular o projeto modernizador republicano, que

⁴⁰ Problematizações semelhantes são apresentadas, através de perspectiva antropológica, por Fabíola Rohden (2001), que demonstra como a moderna medicina da mulher construiu diferenciações relacionadas a sexo e gênero, principalmente às ideias de homem e mulher.

depositava na conservação das crianças, entre outros elementos, esperança para a viabilidade da nação”⁴¹.

Deste modo, o diálogo com as obras apresentadas, entre outras, permite a problematização das políticas de saúde em caminho diverso da análise de formulação e implementação, alcançando o contexto das ideias correntes que são, afinal, a matéria que possibilita a existência das próprias políticas, historicamente.

Por fim, seleciono algumas pesquisas que versaram sobre as crianças no universo de minhas preocupações. Nesse sentido, se pode partir das elaborações com características teóricas que ditam, de certa forma, áreas de debate para, após, adentrar em trabalhos mais restritos do ponto de vista de seus objetos

Em primeiro lugar, Philippe Ariès (1986) se apresenta como uma referência de longa data aos que incursionam pelo estudo da infância. Em sua obra “História social da criança e da família”, Ariès historicizou a construção social da infância e da família. A forma com que interpretou o papel das escolas no período moderno, e a construção de uma noção moderna de família, ambas com aspecto culturalmente disciplinador, sugerem possibilidades na construção de meu entendimento.

Em afinidade encontra-se a obra de Colin Heywood (2004) que, em seu livro “Uma história da infância: da Idade Média à época contemporânea no Ocidente”, desenhou um extensivo panorama bibliográfico sobre a temática. Ao mesmo tempo, por caminhos que por vezes inter cruzam-se com os de Ariès, apreendeu a construção da infância como um longo processo de disciplinarização das crianças, através de instituições como as escolas, e demonstra a constituição de uma consciência, pelas “classes superiores”, da saúde das crianças como a personificação do futuro das sociedades (Heywood, 2004, p. 455).

Em consonância, Jacques Donzelot (1980), em seu livro “A polícia das famílias”, caminhou pelo processo histórico de subsunção das famílias das classes operárias pelo Estado burguês, na França, entre os séculos XVIII e XIX. Resgatando a noção de ciência da polícia, de Michel Foucault, Donzelot (1980, p. 14) exprime que esta buscaria “regular todas as coisas relativas ao estado presente da sociedade”, em uma acepção de vigilância.

Nesse sentido, o arcabouço teórico apresentado permite o entendimento das intenções do Estado varguista em suas ações políticas, expressas na sua preocupação com a saúde das

⁴¹ Avalio que a ideia genérica do Estado como regulador de práticas sociais e culturais, pode contribuir para a análise das políticas, afinal, o propósito de uma política de Estado consiste na interferência em determinados padrões sociais. Esta é uma linha de interpretação que autoras como Margareth Rago (1997) construíram e chegaram a conclusões esclarecedoras sobre o papel do Estado como disciplinador de práticas sociais.

crianças. Compreendo que os ajustes de uma sociedade em vias de industrialização são variados e exigem ações por parte do Estado e das instituições privadas e a saúde, neste ponto, pode ser interpretada exercendo um papel significativo.

Redimensionando o escopo, utilizo o entendimento de Anne-Emanuelle Birn (2007), que se voltou ao contexto sul-americano. No artigo “Child health in Latin America: historiographic perspectives and challenges”, defendeu que as iniciativas em saúde infantil na América Latina, a partir do século XIX, possuem raízes pré-colombianas e estiveram em interação com as práticas nacionais. De acordo com Birn, entre o século XIX e XX, foi recorrente a conexão entre bem-estar das crianças e a construção dos Estados Nacionais, (Birn, 2007, p. 686).

Delimitando o recorte espaço-temporal ao Brasil, posso circunscrever as discussões sobre as crianças em alguns tópicos representativos. Cristina M. Oliveira Fonseca (1993, p. 99), no artigo “A saúde da Criança na Política Social do Primeiro Governo Vargas”, realizou a análise da “relação que se estabeleceu entre certas categorias ideológicas e determinados serviços de saúde infantil”. Seu trabalho contribui para a reflexão da saúde das crianças inserida na ideia talhada durante o primeiro governo Vargas de formação do “novo homem”. Ao que me interessa, proporciona a observação de estratégias metodológicas, ao passo que permite com que meu trabalho avance nessa questão referindo-se ao Rio Grande do Sul.

A Tese em Psicologia de Irene Bulcão (2006) contribui para o conhecimento da estrutura de funcionamento do Departamento Nacional da Criança. Através da “análise da inserção do discurso psicológico nas políticas de proteção e assistência”, Bulcão (2006, p. 17) fornece um panorama das atividades desenvolvidas pelo Departamento, através de sua organização institucional e, da mesma forma, ao publicar na íntegra os sumários contidos nos Boletins Trimestrais do Departamento Nacional da Criança⁴². Inserida na discussão das políticas sociais dentro da “questão social” do Primeiro Governo Vargas, seu trabalho fornece elementos importantes para a análise das políticas de saúde ao passo que deixa elementos em aberto, ao fundamentar seu argumento principal através da análise do Serviço de Assistência a Menores (S.A.M.).

A tese de Alba Barbosa Pessoa (2018), “Pequenos construtores da nação: disciplinarização da infância na cidade de Manaus (1930-1945)”, partiu das ideias de trabalho, educação e saúde para investigar como as políticas sociais pretenderam a disciplinarização das

⁴² As temáticas contidas nos sumários, constituídos de 23 números, entre os anos de 1940 até 1945, estão em sintonia com as apresentadas na Revista do Ensino, através das noções de alimentação e saúde, higiene e saúde, amparo à maternidade e questões de puericultura, além do teor nacionalista.

crianças ao mundo do trabalho. Suas preocupações coadunam-se com as minhas na percepção de uma *intenção* política nas ações, embora não tenha construído a saúde como objeto de pesquisa.

A tese de Joseanne Zingleara Soares Marinho (2017), “Manter sadia a criança sã”: as políticas públicas de saúde materno-infantil no Piauí de 1930 a 1945”, realizou contribuição teórico-metodológica ao investigar as relações público-privadas nas políticas públicas de proteção à saúde materno-infantil. Embora tenha concluído que as ações se efetivaram de modo consistente apenas na capital Teresina, Marinho desvelou um aspecto importante das políticas de assistência no período, que foi a relação entre o Estado e instituições de filantropia. Como citado, o acesso aos atos do executivo federal demonstra sistemático repasse a instituições do Rio Grande do Sul e essa relação ainda se apresenta insuficientemente explorada.

Por fim, Thiago da Costa Lopes e Marcos Chor Maio (2017) abordaram a questão da puericultura no Departamento Nacional da Criança. A puericultura como política pública se apresentou, no período, a partir de uma lógica pedagógica, na qual profissionais da saúde desempenhavam, em grande medida, o papel de agentes educativos, colaborando para práticas distintas, adequada aos pressupostos da medicina moderna. Ao mesmo tempo, foi um dos grandes ramos de entendimento sobre a saúde de materno-infantil do período.

Não obstante a introdução de cunho bibliográfico e teórico, imposta pela necessidade de compreensão dos objetos, que são as mulheres e crianças como alvos das políticas públicas de saúde, entendo que ainda esteja em tempo de discorrer sobre algumas dimensões de análise que permeiam este trabalho.

Assim sendo, este exercício está dividido em 3 eixos de discussão e que se referem: 1 - à relação entre a saúde e a política, através dos discursos de governo que condicionaram determinado modo de ação através das políticas públicas de saúde; 2 - à emergência da saúde pública no Continente Americano, mas sobretudo, no Brasil, moldada pelas reformas iniciadas em 1937, e as discussões de cunho médico e científico que permearam este processo; e 3 - à análise deste processo no Estado do Rio Grande do Sul, que procura identificar como as políticas públicas de saúde do estado, na sua relação com o governo federal, foram desenvolvidas e sob quais parâmetros.

Nesse sentido, o exercício que proponho persegue a trilha de algumas interrogações sobre a problemática e que, compreendo, complementam, avaliam e, por vezes, logram avanços no campo de discussão que proponho. Dessa forma, à luz de um governo federal que se propôs vertical e nacional, no sentido da contração da autonomia estadual, por que e de qual modo as mulheres e as crianças foram alvos de políticas públicas? Quais aspectos da saúde de mulheres

e crianças foram alvos das políticas públicas no estado? Como ocorreu este mecanismo de ação por parte do Estado, na sua expressão regional?

2 A SAÚDE COMO POLÍTICA: SAÚDE PÚBLICA EM “A NOVA POLÍTICA DO BRASIL”

Neste capítulo são colocados em relação dois temas principais: saúde pública e política. Em linhas gerais, proponho a interpretação da saúde das mulheres e das crianças como um tópico que esteve inscrito na retórica política de governo, durante as décadas de 1930 e 1945, no Brasil e no Rio Grande do Sul⁴³.

Diante disso, na parte inicial deste capítulo, interpreto como a saúde esteve presente nas manifestações de Getúlio Vargas, entre os anos de 1937 e 1945, período de vigência da ditadura do Estado Novo. Ao mesmo tempo, identifico como as mulheres e as crianças estiveram inscritas neste contexto, e sua inclusão nos dispositivos jurídico-políticos estabelecidos. Por fim, analiso a gradual arquitetura jurídica elaborada para o cuidado com as temáticas da saúde infantil e maternidade, definidas por Vargas como um dos “problemas nacionais” a serem enfrentados conjuntamente às endemias e ao desenvolvimento econômico.

Esse exercício busca identificar um nexo entre as políticas públicas de saúde para as mulheres e as crianças e o projeto político desenvolvido pela ditadura do Estado Novo. Dessa forma, compreendo que se fará possível o entendimento das políticas públicas de saúde em sua lógica histórica, nos termos de Edward Palmer Thompson (1981, p. 53), afinal, alocando-as em um projeto específico de poder, exercido entre as décadas de 1930 e 1940, e que teve desdobramentos, de acordo com o presente trabalho, no Estado do Rio Grande do Sul.

Nesse sentido, identificar e interpretar o modo como as mulheres e as crianças estiveram inscritas no discurso político, em âmbito nacional, possui razoabilidade metodológica devido à dinâmica do exercício de poder durante o Estado Novo, como entendido por Eli Diniz, (1999, p.27), entre outros. De acordo com a autora, o governo procurou suprimir autonomias políticas e administrativas estaduais ao centralizar o poder nas mãos do Executivo Federal e controlar a elaboração das políticas públicas⁴⁴.

⁴³ Os discursos serão analisados nos termos de Charaudeau (2006, p. 264), que coloca o discurso político dentro de uma articulação entre a idealidade dos fins (o político) e a disposição dos meios para atingi-los (a política). Ao mesmo tempo, observo que utilizo o termo governo na acepção destacada por Norberto Bobbio (1998, p. 553), na qual observa que esta “(...) não indica apenas o conjunto de pessoas que detêm o poder de Governo, mas o complexo dos órgãos que institucionalmente têm o exercício do poder. Neste sentido, o Governo constitui um aspecto do Estado. Na verdade, entre as instituições estatais que organizam a política da sociedade e que, em seu conjunto, constituem o que habitualmente é definido como regime político as que têm a missão de exprimir a orientação política do Estado são os órgãos do Governo”.

⁴⁴ Ao falar para o jornal *Lokal Anzeiger*, de Berlim, sobre o novo regime que fora implantado, Vargas dizia: “Profundamente nacionalista, o regime assegura e consolida a unidade nacional, *faz restrições formais à autonomia dos Estados*, suprimindo símbolos regionais, estendendo os casos de intervenção, estabelecendo a

A documentação que suporta as questões apresentadas acima é composta por uma série de discursos de Getúlio Vargas, compilados em 11 volumes, sob o título “A nova política do Brasil”⁴⁵. Metodologicamente, esta obra não se apresenta como novidade do ponto de vista de sua abordagem, no entanto, devido sua extensão temporal e temática e, por tratar-se de discursos proferidos por Vargas no exercício do poder, esta é uma fonte a ser ainda explorada por óticas distintas, dentre as quais, a saúde⁴⁶.

Uma das dimensões exploradas pela historiografia que se volta ao período das décadas de 1930 e 1945, no Brasil, é a que envolve desdobramentos dos mundos do trabalho e as intervenções neste por parte do Estado corporativista (Pandolfi, 1999; Pinto; Martinho, 2016; Viscardi, 2018). Estes estudos demonstram que, com o Golpe de 1930 e a ascensão dos grupos políticos dissidentes à dinâmica de controle do poder federal, a regulamentação do trabalho, no Brasil, ganhou conotação distinta em paralelo a certa atitude intervencionista no cotidiano dos indivíduos. Nesse sentido, se percebe que a saúde das pessoas, afinal, potenciais trabalhadores, se apresentou como um tópico político contemplado, em sintonia com os diagnósticos de insuficiências da força de trabalho no Brasil (Gomes, 1982, p. 156). De acordo com as manifestações de Vargas, seria imperiosa uma renovação da “vitalidade nacional”, um esforço multidimensional que abrangesse desde os sujeitos até às instituições (Vargas, 1938, p. 32). Foi nesse contexto que as crianças, os jovens e as mulheres, sobretudo aquelas que porventura exercessem a maternidade, foram designados como grupos que deveriam ser contemplados pelas políticas públicas de saúde.

No ano de 1934, em visita ao Rio Grande Sul, Vargas realizou um inventário das realizações de seu governo, ocasião na qual ressaltou que todas as medidas tomadas até aquele momento “afiançavam a vitalidade nacional”. Afinal, os poderes públicos haviam “estimulado o desenvolvimento físico, moral e mental do povo (...)” (Vargas, 1938, p. 32). Getúlio, na ocasião supracitada, justificou as ações da ditadura, em seus próprios termos, como indispensáveis para o retorno da saúde da nação e que, para isso, foi necessário “sanear a esfera política”.

Uma estratégia utilizada pelo governante foi conjugar suas expressões no tempo pretérito, no modo imperfeito, posicionando as ações de governo numa espécie de zona-em-

supremacia das leis federais sobre as locais, nos casos de concorrência legislativa, atribuindo ao poder central a faculdade de requisitar, a cada momento, as milícias estaduais, etc.” (Vargas, 1939, p. 155, grifos meus).

⁴⁵ VARGAS, Getúlio. **A nova política do Brasil**. Rio de Janeiro: J. Olímpio, 1938-47. 11v.

⁴⁶ Embora o recorte deste trabalho inicie em 1937, eventualmente retrocedo ao ano de 1934, ano da promulgação da Constituição de 1934, que traz elementos significativos que foram mantidos na Constituição Outorgada de 1937.

movimento, construindo uma aparência de solidez, de efetividade e, com isso, demarcando seu aspecto de distinção em relação aos governos anteriores⁴⁷. Ao tratar sobre as realizações nos campos da educação e saúde, por exemplo, disse que “fizeram-se decisivos esforços para corrigir o retardamento em que nos encontrávamos” (Vargas, 1938, p. 214). No entanto, para a análise dos discursos de Vargas, sigo a prudência metodológica sugerida por Durval Muniz de Albuquerque Júnior (2009, p. 232), quando diz que, “por exemplo, analisar um discurso presidencial que foi inicialmente guardado em arquivo pessoal deve pelo menos indicar que ele faz parte daqueles papéis que esse presidente julgava importante para a percepção da sua imagem e da imagem positiva ou verídica de seu governo”.

Isso posto, entendo que, embora o documento político possa conter armadilhas intrínsecas à sua gênese, visto que é elaborado com o intuito de transmissão de uma mensagem e de construção de uma imagem perante um grupo, sua interpretação crítica pode se apresentar como uma estratégia metodológica para ressaltar contrastes. Como observado por Albuquerque Júnior (2009, p. 235, grifos do autor), “aprendemos com Foucault que todo *discurso* pertence a uma dada *ordem discursiva* que deve ser analisada, isto é, todo discurso segue regras cultural e historicamente estabelecidas, obedece a modelos, está implicado em dadas relações sociais e de poder que o incitam a dizer algumas coisas e o proíbem ou limitam de dizer outras”. Nesse sentido, como pretendo eventualmente demonstrar no decorrer deste trabalho, as evidências permitem a hipótese de certo descompasso entre o discurso das realizações do Estado Novo na área da saúde pública, e o que demonstraram os documentos, sobretudo os estatísticos e orçamentários.

Dessa forma, parto do princípio que o discurso político como fonte, assim como a política pública como tema, requer que se estabeleça uma abordagem interdisciplinar, como observam Patrick Charaudeau (2006) e Cristina M. O. Fonseca (2018), respectivamente. Afinal, a esfera do político carrega elementos intrínsecos que permitem, no exercício de um governo, que se contemplem as demandas de uma formação social em determinado contexto histórico, eventualmente através de políticas públicas, e que se mobilizem os ânimos e as ações de parte da sociedade – civil e política - para determinados objetivos por meio do discurso político.

⁴⁷ Serge Bernstein, (1998, p. 350-351), ao discorrer sobre o estudo da cultura política, diz que: “Se o conjunto é homogêneo, as componentes são diversas e levam a uma visão dividida do mundo, em que entram em simbiose uma base filosófica ou doutrinal, a maior parte das vezes expressa sob forma de uma vulgata acessível ao maior número, uma leitura comum e normativa do passado histórico com a conotação positiva ou negativa com os grandes períodos do passado, uma visão institucional que traduz no plano da organização política do Estado os dados filosóficos ou históricos precedentes, uma concepção da sociedade ideal tal como a veem os detentores dessa cultura e, para exprimir o todo, um discurso codificado em que o vocabulário utilizado, as palavras-chave, as fórmulas repetitivas são portadoras de significação, enquanto ritos e símbolos desempenham, ao nível do gesto e da representação visual, o mesmo papel significante”.

Nesse sentido, filio-me ao entendimento de Charaudeau (2006, p. 264) quando entende que as “palavras do jogo político” estão inscritas numa lógica de “articulação do que representam as duas forças que animam a vida política: a idealidade dos fins (o político) e a disposição dos meios para atingi-los (a política)”.

A documentação que abordo permite que sejam identificadas três vertentes temáticas, em relação à saúde, por parte do Estado: 1) o combate às grandes endemias como lepra (hanseníase), tuberculose, malária, febre amarela e peste; 2) a articulação de um sistema de saúde ligado às categorias profissionais organizadas, através do Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio; e, por fim, 3) os serviços de assistência à saúde em geral, ligados aos postos e centros de saúde, que prescindiam do pressuposto de filiação a categorias profissionais, sob os auspícios do Ministério da Educação e Saúde.

O trabalho que desenvolvo ocupa-se com a terceira vertente temática, que pode ser identificada através das ações do Ministério da Educação e Saúde e seus departamentos nacionais os quais, as abordagens preliminares sugerem, coordenariam as atividades ramificando-se até o nível estadual, embora sem uma padronização das ações em todo o território, como se observará no último capítulo. Nesse sentido, pesquisas como as de Gomes (1982), Fonseca (2007) e Ponte, Reis e Fonseca (2020) abriram caminhos que argumentaram em favor de uma divisão nas atividades relativas à saúde no interior dos ministérios do Trabalho, Indústria e Comércio e da Educação e Saúde⁴⁸. Por esse ângulo, Fonseca (2007, p. 18) sustenta que:

O processo de constituição de políticas públicas de saúde no Brasil, a partir dos anos 1930, instituiu dois formatos diferenciados de prestação de serviços de saúde, conformados através da criação de dois Ministérios: o do Trabalho, Indústria e Comércio e o da Educação e Saúde Pública. A distinção entre essas duas áreas caracterizou duas formas distintas de política social, uma corporativa e outra universalista, que correspondiam à configuração de grupos de interesse também diversos.

A distinção sublinhada por Fonseca se apresenta adequada ao demonstrado pela documentação que analisei e que será explorada no decorrer deste trabalho, visto que o atendimento médico e as políticas de educação preventiva prescindiam, não há disposições contrárias, de qualquer comprovação de filiação profissional. Prosseguindo em sua

⁴⁸ Ao analisar a ideologia do Estado Novo, a partir da noção de “concepção totalista do trabalho” talhada por Severino Sombra, nas páginas da Revista Cultura Política, Gomes (1982, p. 156) se ocupa superficialmente dessa divisão de ações ao dizer que: “A preocupação com uma organização científica do trabalho podia ser sentida desde o momento revolucionário, ainda em 1930. Ela se traduzira por duas grandes iniciativas: as criações do Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio e do Ministério da Educação e Saúde. As medidas administrativas e legislativas levadas a efeito por estes dois ministérios revelavam a cooperação necessária para a superação de todos os problemas dos trabalhadores brasileiros. Tratava-se, de fato, de uma “concepção totalista de trabalho”, atenta às mais diversas facetas da vida do povo brasileiro: saúde, educação, alimentação, habitação etc.”

argumentação, Fonseca (2007, p. 27) destaca que “permanece, no entanto, pouco conhecida a história da saúde pública executada pelo Mesp a partir de 1930, no que se refere às suas especificidades, incluindo-se aí o formato de prestação de serviços e a clientela à qual se destinava”. Neste ponto, considero que ainda permanecem pontos de pouca visão no que se referiu a efetividade das ações ramificadas regionalmente sob tutela do Ministério da Educação e Saúde. Todavia, considero que este trabalho, no decorrer de suas seções, poderá trazer contornos mais claros, especialmente ao identificar a prestação de serviços de instituições privadas subsidiadas pelo repasse de verbas da União, algo que a análise de documentos orçamentários permite, e a análise do contexto municipal.

Diante disso, referencio-me em Charaudeau (2006) para evidenciar dois aspectos ao procurar as formas em que a saúde esteve inscrita nos discursos. Por um lado, a idealidade do discurso que permite compreender a saúde inserida dentro de um contexto simbólico e histórico, visando a mobilização e, sobretudo, a adesão a um projeto de governo que identificou, sustento, a saúde como um pilar significativo. Por outro, a disposição dos meios, que estaria ligada à construção jurídico-política voltada para a saúde pública, e que será tratada na parte final deste capítulo⁴⁹. A outra face desse processo, qual seja a materialização institucional dos instrumentos necessários para a realização das políticas, será objeto em capítulo posterior, através da análise da esfera municipal na qual houve a implementação das políticas públicas de saúde.

A análise do conjunto de discursos permite estabelecer que o contexto simbólico, ou nos termos de Charaudeau (2006), a “idealidade dos fins”, foi construída ao redor de um aspecto central: a nação⁵⁰. Essa estratégia discursiva foi recorrente como forma de mobilização dos públicos, principalmente por Getúlio Vargas⁵¹. A associação de oposição entre as ideias de coletividade e individualidade, a partir da crítica ao suposto caráter desagregador e individualista da democracia liberal, proporcionou que o governo impelisse os indivíduos a agirem, sempre, de acordo com os interesses da coletividade em prol da nação (Fonseca, 1989). Como observado por Vargas:

⁴⁹ Saliento que considero inseridos na esfera do discurso político não apenas os textos dos discursos, propriamente, mas também as disposições escritas em normas, decretos-leis, memorandos e atos do executivo, em geral. Este conjunto de palavras, que não foram redigidas com intenção semelhante a um discurso a ser proferido para determinado público, compõem o arcabouço léxico do governo, representando uma forma específica de considerar e intervir nas questões consideradas relevantes.

⁵⁰ Ao lado de nação, orbitam as ideias de nacionalidade, nacionalismo, família, coletividade etc.

⁵¹ Estratégia discursiva na acepção de Charaudeau (2009), que compreende a organização discursiva através de meios orais ou escritos e as estratégias para este intento. Para a construção do ideal de nação durante o Estado Novo, através de intelectuais propositores ou que influenciaram o regime, ver: Wesley Luiz de Azevedo Dias (2019). Estado Novo como propositor da nação: o tema do regionalismo perpassando a ideologia do regime entre 1938 e 1945. **REVES** - Revista Relações Sociais, 2(4), 0540–0555. <https://doi.org/10.18540/revesv12iss4pp0540-0555>.

O regime em que vivemos é o da mais franca colaboração de todos para os supremos objetivos da nacionalidade. A riqueza de cada um, a saúde, a cultura, a alegria, não são, apenas, bens pessoais; representam *reservas de vitalidade social*, que devem ser aproveitadas para fortalecer a ação do Estado (Vargas, 1939, p. 184, grifos meus).

A saúde, diante disso, pode ser compreendida como uma das engrenagens neste contexto discursivo maior, visto que poderia atender a elementos significativos do projeto de poder estado-novista. Este, genericamente referido à ideia de um tipo particular de desenvolvimento econômico baseado na relação corporativa entre as classes sociais (Viscardi, 2018)⁵². Em discurso em 10 de novembro de 1937, dia da implementação do Estado Novo, Getúlio afirmava que a instauração do novo regime, além de “desenvolver as instituições democráticas”, procurava fornecer as “garantias elementares de estabilidade e segurança econômica, sem as quais não pode o indivíduo *tornar-se útil à coletividade e compartilhar dos benefícios da civilização*” (Vargas, 1938, p. 20, grifos meus).

Considero o excerto acima representativo, pois sintetiza o modo no qual os indivíduos foram pensados pelo projeto político do Estado Novo⁵³. A ditadura manifestava-se com a pretensão de construir uma razão para a sua existência, enquanto governo que suprimiu dispositivos democráticos no âmbito social e político, e observou a repressão como uma prática estabelecida⁵⁴. Da mesma forma, manifestava-se com a ambição de delimitar a posição e atitude necessárias a serem assumidas pelos indivíduos para comporem a coletividade estabelecida pelo projeto de nação. Nesse sentido, em tom de advertência Vargas (1938, p. 127) sinalizava, na véspera do ano de 1938, que “a multiplicidade de setores em que age o Estado não exclui, antes afirma, um postulado fundamental: o da segurança para o trabalho e as realizações de interesse geral. A ordem e a tranquilidade públicas serão mantidas sem vacilações”. Em complemento, dizia que “todos os problemas em equação na vida brasileira tendem ao objetivo supremo de coordenar os valores humanos e os valores econômicos, a fim de tornar a Nação cada vez mais forte e próspera” (Vargas, 1938, p.127).

Ângela Maria de Castro Gomes (1982, p. 157) desenvolveu essa vinculação através da ótica do trabalho, demonstrando o papel da saúde nesse propósito:

A medicina social compreendia um conjunto amplo de práticas que envolviam higiene, sociologia, pedagogia e psicopatologia. Não se tratava unicamente de curar; havia toda uma dimensão sanitária que buscava a proteção do corpo e da mente do trabalhador. No próprio interesse do progresso do país, deviam-se vincular

⁵² A autora demonstra que não há uma interpretação historiográfica uníssona em relação ao modo e impacto do corporativismo no primeiro governo Vargas, em que pese se possa delimitar algumas características gerais.

⁵³ Para uma proposta de análise deste projeto político ver: (Oliveira; Velloso; Gomes, 1982).

⁵⁴ Lanço mão da literatura, através do livro de memórias “Memórias do Cárcere”, do escritor Graciliano Ramos, que narra sua experiência, assim como a de outras figuras relevantes da época como a médica psiquiatra Nise da Silveira, que foram presos e torturados pela polícia política Varguista. Ver: RAMOS, Graciliano. **Memórias do cárcere**. 31. ed. São Paulo: Record, 1994. v. 1, v. 2.

estritamente as legislações social e sanitária, já que o objetivo de ambas, era construir trabalhadores fortes e sãos, com capacidade produtiva ampliada.

Neste ponto, é possível traçar um paralelo entre a questão do trabalho e da saúde pública, pois a dinâmica empregada através do discurso foi semelhante⁵⁵. Presumo que se o progresso do país estaria na capacidade de ampliar e manter constante a força de trabalho, seria através de indivíduos e de coletividade saudáveis que se poderia conquistá-lo. Afinal de contas, “as possibilidades materiais, valiosíssimas em si, só valem efetivamente, nas mãos de homens inteligentes e empreendedores, de espírito esclarecido e corpo robusto, capazes de transformá-las em elementos de expansão individual e coletiva” (Vargas, 1939, p. 54)⁵⁶.

Embora a relação entre saúde pública e trabalho esteja explicitada, sobretudo, entre os anos de 1937 e 1945 neste exercício, isso não se apresenta como uma dinâmica inaugurada com o primeiro governo Vargas (1930-1945). Ana Paula Korndörfer (2007), por exemplo, demonstra que é possível identificá-la na transição de regime político da Monarquia para a República, no Brasil. De acordo com Korndörfer (2007, p. 166), neste momento:

Homens e mulheres deveriam ser higiênicos, sadios, moralizados, bons trabalhadores e membros de uma família que deveria atender a critérios de monogamia, conjugalidade, fidelidade e reprodutividade. A República trouxe consigo um novo modelo de cidadão, que seria alcançado através da medicina e dos especialistas.

Em perspectiva comparativa, observando a prudência de contextos, torna-se profícuo o entendimento de certo processo no que disse respeito ao avanço do Estado em relação aos indivíduos. Em grande medida, a observância de características do período anterior ao que abordo possibilita confrontar o próprio discurso de realizações inovadoras construído pelo governo estado-novista.

Em vista disso, em relação aos andamentos na área da saúde, em entrevista à jornalistas no início de 1938, Vargas (1938, p. 184) afirmava que o governo federal investira em serviços de saúde, citando os serviços de puericultura no Distrito Federal e prometendo “a instalação de maternidades, centros de puericultura, lactários, cantinas naturais, hospitais infantis, etc.” nos Estados. Meses mais tarde, em fins do ano, ao destacar o “problema da assistência à infância”, dizia que “o povo brasileiro, dotado de tão excelentes qualidades, reclama, apenas, para

⁵⁵ A dimensão sanitária da medicina social, a que se refere Gomes, não abrangeu, supõe-se, tão somente os trabalhadores e trabalhadoras organizados, mas também a população em geral, não vinculada a categorias profissionais organizadas, através da saúde pública.

⁵⁶ Se percebe que a dimensão metafórica da saúde foi utilizada como um recurso constante. A apresentação das medidas de governo como salutares, para os mais diversos aspectos da formação social brasileira, foi usual. Vargas, em discurso no Teatro Municipal do Rio de Janeiro, para uma plateia composta pela comunidade escolar do Colégio Pedro II, dizia que: “Falando aos mestres, numa hora, como esta, de comunhão patriótica, falo aos responsáveis pela saúde espiritual da nossa mocidade” (Vargas, 1938, p. 106).

completo desenvolvimento das suas energias, um cuidado permanente pelas gerações mais novas”⁵⁷ (Vargas, 1939, p. 108). Em que pese a retórica política, é preciso apontar que o Distrito Federal, como capital da República, exibia um contexto diferente em relação as outras unidades federativas (Fonseca, 2008)⁵⁸.

Dessa forma, entendo que a política pública de saúde se relacione com o discurso político justamente pela característica de complementaridade, no âmbito discursivo, entre “o político” e a “a política”, como compreendido por Charaudeau (2006). Diferentemente de ações na área da saúde privada - que, embora imersa, da mesma forma, no campo ideológico, não possui o compromisso público - a saúde pública está inserida em um contexto político público, de ação de um determinado governo, que lhe confere as ênfases e diretrizes a serem seguidas⁵⁹.

Nesse sentido, compreendo que o governo do Estado Novo dirigiu suas ações de modo sistemático, visando a construção de um desenvolvimento socioeconômico norteado por um ideal de nacionalidade, ancorado em uma percepção particular de trabalho e organização corporativista do Estado (Pandolfi, 1999; Pinto: Martinho, 2016; Viscardi, 2018). Assim, a própria relação instituída entre os órgãos de Estado e as instituições privadas voltadas à proteção da maternidade e infância presumivelmente foi organizada a partir desta orientação. Entendo, dessa forma, que as políticas públicas de saúde podem ser interpretadas como componentes deste conjunto político e econômico.

Prosseguindo nesse entendimento, trago a concepção metodológica de Michel Pêcheux (1995), que se debruçou sobre a semântica do discurso político, bem como a relação entre a base linguística de determinada formação social e os processos discursivos estabelecidos. Nesse sentido, Pêcheux (1995) entende que, numa formação social historicamente constituída, a base linguística compartilhada pelos grupos socioeconômicos é comum, no entanto, a constituição dos processos discursivos se desenvolve de modo distinto. Com isso, afirma a heterogeneidade dos discursos em um determinado contexto histórico, pois “a língua se apresenta, assim, como

⁵⁷ Cabe destacar que a saúde também foi considerada como uma questão das soluções do presente, como ao que se referiu ao povoamento das regiões remotas. Dizia Vargas, em 1939, que “É fundamental, entre nós, o problema da assistência sanitária e profilática. A demora em atacá-lo explica, talvez, a dificuldade de se canalizarem correntes imigratórias para ricas regiões do nosso país, onde as condições de salubridade muito deixam a desejar” (Vargas, 1940, p. 82).

⁵⁸ Detalhando algumas determinações do Decreto-Lei Nº 378, de 13 de janeiro de 1937, que deu nova organização ao Ministério da Educação e Saúde, Fonseca (2008, p. 98) observa que: “Na lei sancionada em 1937, a seção relativa a esses serviços distinguia-os da seguinte forma: aqueles dedicados à investigação, os serviços de saúde do Distrito Federal e os de abrangência nacional. Esse formato explicitava a lógica que orientou a organização administrativa do campo da saúde pública, separando os serviços da capital da República daqueles destinados aos demais estados da federação”.

⁵⁹ O Estado Novo observou a relação de cooperação entre instituições privadas e o Estado, através da regulação e financiamento por parte deste.

a base comum de processos discursivos diferenciados, que estão compreendidos nela na medida em que (...) os processos ideológicos simulam os processos científicos” (Pêcheux, 1995, p. 91).

Desse modo, o filósofo francês auxilia a análise dos discursos que contêm o tema da saúde pública a partir da possibilidade de formulação de um pressuposto que identifica o governo do Estado Novo como expressão ideológica de determinado contexto histórico (Thompson, 2011). Assim, se torna possível a interpretação das políticas públicas de saúde para as mulheres e as crianças não como fruto do altruísmo de um líder ou de sua habilidade visionária, mas como resultado de um projeto de poder historicamente condicionado pelas relações sociais estabelecidas, dentro de um contexto político que procurou organizar as suas instituições para que conciliassem os conflitos entre o capital e o trabalho.

2.1 O papel da mulher na construção do “novo Brasil”

Até o momento, procurei construir uma imagem abrangente na qual seja possível observar a ligação das políticas públicas de saúde com o projeto de poder do Estado Novo, através dos discursos de Getúlio Vargas. Dessa forma distingo, de modo geral, a saúde e, de forma específica, os tópicos relacionados a saúde de mulheres e crianças como elementos significativos dentro do propósito de desenvolvimento econômico e social do governo (Charaudeau, 2006; Thompson, 2011; Pêcheux, 1995). Ao mesmo tempo, delinheiro sua historicidade, pois identifico os propósitos políticos abrangentes que levaram à formulação das políticas públicas no governo do Estado Novo, entre as décadas de 1930 e 1940, e que foram irradiadas para os Estados, embora, em que pese a centralidade do executivo federal, obedecendo as particularidades estaduais, como demonstrado por Dilan D’Ornellas Camargo (2020) e Abreu (2005).

Como mencionado anteriormente, em consonância com Celina Souza (2006), considero que as políticas públicas se caracterizam por seu atrelamento a um propósito público, em que são atendidas – ou não - demandas de determinados grupos compositores de uma coletividade. Nesse sentido, Souza (2006, p. 25) observa que “as políticas públicas repercutem na economia e nas sociedades, daí por que qualquer teoria da política pública precisa também explicar as inter-relações entre Estado, política, economia e sociedade”. Desse modo, as demandas sociais, se transformadas em políticas públicas, podem ser alocadas no plano da ação conforme o jogo de intensões e interesses dentro de uma formação social e a capacidade de grupos de interesse

em dialogar com o projeto de poder de um governo que, eventualmente, tenha conquistado o poder de Estado⁶⁰.

No entanto, como observam Sonia Fleury e Assis Mafort Ouverney (2012, p. 9), “ao analisar uma política social, devemos, pois, ter em conta não apenas o benefício adquirido, mas fundamentalmente, o status atribuído na concessão desse benefício”. Este aspecto merece destaque, pois como analisado pela historiografia, mas também pela ciência política, a incorporação dos direitos sociais no Brasil pós-1930, sobretudo na área trabalhista, ocorreu, em grande medida, através dos mecanismos institucionais do Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio (Fonseca, 2007; Santos, 1979). As políticas públicas de saúde para mulheres e crianças, nesse sentido, estiveram imbuídas, é possível supor, de um status secundário, através do Ministério da Saúde, visto que o carro-chefe das ações de governo, inclusive na esfera de propaganda de governo, estiveram voltadas ao mundo do trabalho e sua regulamentação corporativa. Isso não significa, todavia, que resultaram em menor importância, pois fizeram parte de um mesmo movimento de incorporação de direitos sociais, embora através do que Wanderley Guilherme dos Santos (1979) conceituou como cidadania regulada⁶¹. Como compreendido por Sônia Fleury (1994, p. 145):

As indagações sobre se até 1930 se poderia falar de um Estado nacional no Brasil, ou mesmo se na maioria dos países da região a constituição de uma sociedade nacional estaria resolvida até os anos 50, não impediram que nestas décadas a questão da incorporação e participação das massas trabalhadoras urbanas em um contexto de crise do poder oligárquico, generalização da organização econômica capitalista e ausência de uma fração hegemônica, se colocasse de forma contundente no cenário político regional.

Deste modo, a identificação da forma como as mulheres estiveram presentes no discurso político permite que se interpretem os propósitos - ao menos na esfera de relação entre o governo e seu público – da sua inclusão nas políticas públicas de saúde, neste contexto de expansão institucional do Estado nacional no Brasil. Por outro lado, partindo do pressuposto de que as ações políticas possuem sua gênese de acordo com as demandas que circulam em determinado contexto histórico, há a possibilidade da identificação da temática na forma e

⁶⁰ Há momentos em que as políticas públicas podem ser elaboradas através de elementos ou grupos organizados da sociedade civil que levam suas demandas às instâncias do Executivo ou Legislativo. No entanto, no recorte temporal estabelecido, a dinâmica aponta para a proeminência de grupos ligados ao poder Executivo em detrimento de outras organizações, embora, no que se referiu à execução das políticas, a iniciativa privada tenha sido presente.

⁶¹ José Murilo de Carvalho (2002, p. 115) resume esta dinâmica ao dizer que: “De todo modo, como foram introduzidos, os benefícios atingiam aqueles a quem o governo decidia favorecer, de modo particular aqueles que se enquadravam na estrutura sindical corporativa montada pelo Estado. Por esta razão, a política social foi bem caracterizada por Wanderley G. dos Santos como “cidadania regulada”, isto é, uma cidadania limitada por restrições políticas”.

conteúdo em que foram expressas pelos governantes. Como compreendido por Maria Helena Oliva Augusto (1989, p. 108):

Ainda que se apresentem como espaço neutro, as intervenções do Estado são, portanto, formas de reatualização ou de manifestação do padrão de domínio existente na sociedade. Embora financiadas com recursos extraídos da totalidade do público, o “interesse geral” que proclamam traduz-se como intermediação estatal dos interesses particulares.

A análise da série de discursos de Getúlio Vargas permite que se observe a caracterização da mulher a partir de concepções que auxiliam a compreender uma, dentre outras possíveis, percepções correntes, no contexto analisado, sobre as mulheres como estrato social no período. Da mesma forma, se percebe uma conexão entre a saúde, genérica, e as políticas de saúde voltada para as mulheres e para as crianças, especificamente. Isso se denota, pois se observa uma linha que deu os contornos a essa ligação, sendo consolidada pela própria construção jurídico-política que resultou em órgãos ligados à proteção da maternidade e da infância. Dessa forma, se torna possível realizar a conexão entre as ideias correntes e sua materialização em determinado âmbito institucional, através dos órgãos e dos Decretos-Leis voltados para a assistência à saúde.

Nesse sentido, partindo do domínio das políticas de saúde para as mulheres, Ana Paula Vosne Martins e Maria Martha de Luna Freire (2018), realizaram uma análise histórica das políticas públicas que se voltaram à saúde das mulheres e crianças no Brasil. A partir deste estudo se pode perceber a articulação da classe médica, mas também de movimentos sociais organizados, como por exemplo das correntes feministas, no sentido de uma disputa sobre a concepção de saúde da mulher quando se procurou a sua institucionalização nos meios médicos do país.

Para realizar a interpretação teórica deste contexto, as autoras elaboraram a noção de binômio mãe-filho que se constitui em arranjo teórico-metodológico profícuo para a apreensão das questões de maternidade sob uma perspectiva histórica e não natural, o que auxilia a construção do presente trabalho. Dessa forma, Martins e Freire (2018, p. 182) observam que:

Criação histórica e cultural, a homogeneidade e essencialidade do par mãe-filho, a redução da definição da feminilidade à maternidade, bem como a correlata vinculação das mulheres às funções domésticas e aos cuidados com as crianças, estão na origem de campos de conhecimento e especialidades médicas como a obstetrícia e a pediatria - e sua derivada, a puericultura - e das práticas de assistência que a partir do final do século XIX e ao longo do século XX foram ressignificadas como políticas públicas.

Devido à organização de meu argumento, postergarei a reflexão mais apurada sobre a noção de binômio mãe-filho para seção posterior. Todavia, cabe ressaltar que as considerações desenvolvidas por Martins e Freire, quais sejam, as ideias de redução da definição de

feminilidade à maternidade, a vinculação das mulheres às funções domésticas, e o cuidado com as crianças, são constantes que foram identificadas nos discursos analisados por este trabalho. A constatação teórica observada pelas autoras se consolidou como evidência empírica em minha pesquisa, pois os discursos abordados percorrem todo o período de governo podendo indicar, desse modo, um padrão temático e de implementação de ideias no contexto social e político pesquisado⁶².

Na dissertação “Uma família chamada Brasil”: família e política na Ditadura do Estado Novo (1937-1945)”⁶³, foi desenvolvida uma pesquisa nos mesmos volumes de “A Nova Política do Brasil”, que fez parte de um conjunto documental maior, que incluiu obras publicadas de outros personagens e políticos do governo estado-novista, como Gustavo Capanema, Azevedo Amaral, Oliveira Viana e Alexandre Marcondes Filho. Para o referido intento, procurei interpretar como a noção de família esteve presente na obra dos agentes supracitados e como foi instrumentalizada politicamente pelo governo, que realizou a correlação entre a ideia de família e a de nação.

Embora com propósitos teórico-metodológicos distintos, o exercício de pesquisa nos discursos políticos demonstrou determinado padrão nos momentos em que a ideia de família foi desenvolvida. Este padrão possibilitou observar que, reiteradamente, nos momentos em que a ideia de família veio à tona, as mulheres estiveram presentes como constituintes da construção narrativa a partir do binômio mãe-filho e seu corolário, como apontado por Martins e Freire (2018).

Por um lado, as mulheres apareceram como integrantes de uma concepção conservadora de família, estruturada a partir da desigualdade de gênero, ao menos no que se referia à divisão social do trabalho e da moralidade, em que o homem estaria na posição central do núcleo familiar a partir da ótica de sua força de trabalho (Wilke, 2017, p. 93). Dessa forma, as mulheres foram retratadas como um pilar significativo para a manutenção da família, para a conservação de seu estatuto moral e, principalmente, como instrumento de sustentação desta instituição, no âmbito intrafamiliar, pois o espaço do trabalho seria, em linhas gerais, ocupado pelo homem/chefe de família, ao qual caberia, em primeiro lugar, a busca pelo sustento econômico da prole (Wilke, 2017, p. 83).

⁶² Inspiro-me em: CHARTIER, Roger. Introdução. Por uma sociologia histórica das práticas culturais. In: _____. **A História Cultural entre práticas e representações**. Col. Memória e sociedade. Trad. Maria Manuela Galhardo. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1990, p. 13-28.

⁶³ WILKE, Fábio Roberto. **Uma família chamada Brasil: família e política na Ditadura do Estado Novo (1937-1945)**. Dissertação (Mestrado em História) – Programa de Pós-Graduação em História, Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2017. Disponível em: <https://repositorio.ufsm.br/handle/1/13647>. Acesso em: 16 ago.2021.

Por outro, as mulheres foram referidas a partir de sua pretensa característica materna, de seu dever para com os trabalhos no ambiente doméstico, de sua disciplina no cuidado com os filhos, incluindo, neste ponto, a questão de higiene e com seu dever de maternidade, como um dos elementos de sua contribuição para com a nação (Wilke, 2017, p. 85). No discurso abaixo, o ministro do Trabalho, Indústria e Comércio, Alexandre Marcondes Filho, manifesta como parte significativa do governo estado-novista considerou a contribuição das mulheres para a ditadura⁶⁴:

Começo relembando que o termo “proletário” – cuja etimologia vem de prole e significa “classe que tem muitos filhos” – o termo proletariado constitui uma consagração à esposa, assinala a glória da maternidade, evoca a música dos berços; e, povoando de imagens de crianças o nosso pensamento, logo remete às gerações porvindouras, aos problemas do futuro, à continuidade da vida nacional.

Não ao acaso este discurso, do ano de 1943, possui o título “A senhora do lar proletário”, pois essa foi uma das distinções das mulheres na divisão social do trabalho pretendida pelo governo estado-novista. Ressalte-se que esta foi *uma forma* de compreender a inserção das mulheres, mas não a única, pois ao passo em que setores políticos se apresentaram com um discurso marcado por estereótipos pautados por concepções de gênero, outros discutiram a inserção das mulheres no mercado de trabalho, embora, da mesma forma, a partir de pressupostos desiguais e, muitas vezes, conservadores do ponto de vista de gênero⁶⁵.

⁶⁴ Fonte: Discurso “A senhora do lar proletário”. In: MARCONDES FILHO, Alexandre. **Trabalhadores do Brasil**. Rio de Janeiro: Edição da Revista Judiciária, 1943.

⁶⁵ Sobre este ponto, algumas perspectivas podem ser abordadas sobre a relação entre as mulheres e o espaço social e de trabalho permeado pela moralidade nas primeiras décadas do século XX, no Brasil: Cynthia Pereira de Sousa Vilhena (1992, p. 53) investigou as relações entre a Igreja Católica e sua Doutrina Social e as políticas sociais durante o Estado Novo (1937-1945). Sobre a educação, referiu-se: “Um dos problemas muito discutidos entre católicos e escola novistas foi a coeducação — a educação comum a ambos os sexos — combatida pelos primeiros como nefasta para a formação adequada da mulher, na fase da adolescência. Demonstrando partilhar dessa convicção, o Ministro Capanema chega a sugerir, no texto da lei da Reforma do Ensino Secundário de 1942, que os colégios mistos organizassem classes separadas para a educação das meninas”. Sobre as posições em relação à inserção no mercado de trabalho, diz: “Quanto ao trabalho feminino é importante ressaltar a questão da participação feminina no apostolado social da Igreja. Enquanto no governo estadonovista, Capanema manifestava-se pela “restrição progressiva” ao trabalho feminino, por entender que ele se constituía em um dos meios de “desintegração” da família, a Igreja, também contrária ao trabalho da mulher fora do lar, chama o laicato feminino para participar da organização e desenvolvimento de suas obras de assistência social”. Sob outra ótica, Sueann Caulfield (2000, p. 159) trata sobre as políticas de reforma social no período entreguerras e o debate jurídico correspondente no Brasil. Ao discorrer sobre a moralidade que permeou as discussões, recorre ao influente teórico jurista Viveiros de Castro para exemplificar uma das correntes de pensamento conservador, o qual manifestava que: “O trabalho fabril feminino e a “educação moderna” teriam tirado as mulheres da “intimidade silenciosa do lar” e colocando-as diante de “todas as classes de sedução”. Novas atitudes entre as mulheres seriam o efeito mais daninho dessas mudanças”. Sob a perspectiva dos mundos do trabalho, ao tratar criticamente sobre o movimento operário, Margareth Luzia Rago (1997, p. 63-64) observa que: “Ao reproduzir a exigência burguesa de que a mulher operária correspondesse ao novo ideal feminino da mãe, “vigilante do lar”, o movimento operário obstaculizou sua participação nas entidades de classe, nos sindicatos e no próprio espaço da produção, demandando seu retorno ao campo que o poder masculino lhe circunscreveu: o espaço da atividade doméstica e o exercício da função sagrada da maternidade”.

Nesse sentido, é plausível denotar que as mulheres foram representadas pela política varguista no interregno entre uma concepção conservadora, mobilizada no meio político por grupos conservadores que engendraram suas concepções em relação, sobretudo, à moralidade, e outra que se voltou à regulamentação do trabalho das mulheres, à proibição do trabalho infantil e, inclusive, à participação política feminina através do voto, a partir de 1932. Como compreende Joel Wolfe (1994, p 35):

Embora o Estado Novo encorajasse mudanças no sistema de relações industriais, ele buscava reforçar os “tradicionalistas” papéis para homens e mulheres neste período de grande ansiedade sobre a participação de ambos os sexos no mercado de trabalho. Neste caso, quando se fala em tradicionais, está-se referindo a um ponto de vista nostálgico sobre a família burguesa, no qual o papel das mulheres era servir como mães ou manufatureiras domésticas, fora do sistema assalariado. Dentro da camada trabalhadora do Brasil, poucos haviam experimentado tal divisão do trabalho, mas essa realidade não impediu que o pensamento oficial continuasse insistindo na volta de um passado idealizado, em que os homens recebessem salários e as mulheres cuidassem de seus lares e crianças.

Embora as ponderações relativas ao mundo do trabalho aparentem estar apartadas da linha de análise que venho concebendo, circunscrita à saúde pública, relacionam-se ao contexto geral das ideias políticas e culturais circulantes no período. Assim sendo, auxiliam na construção de um panorama histórico de circulação das ideias e representações sobre as mulheres durante as décadas de 1930 e 1940 que, é possível supor, influenciaram nas concepções sobre as formas de atendimento médico no que se referiu à saúde das mulheres.

Afinal de contas, a forma como a divisão social do trabalho é exercida em determinada formação social demonstra, sobretudo, o modo em que o recorte de gênero se torna um fator de impacto no cotidiano de homens e mulheres através da probabilidade de acesso ao mercado de trabalho⁶⁶. Do mesmo modo, como é possível entender através da historiografia, com Araújo (1998), Diniz (1999), Martinho; Pinto (2016), e Cláudia Viscardi (2018), entre outros, a forma

⁶⁶ A historiadora Joan Wallach Scott (1989, p. 1-20) delinea uma crítica histórica em relação aos usos da categoria de gênero nas ciências sociais e humanas. A partir disso, propõe suas considerações como uma opção analítica. Considero que a elaboração que estou apresentando se coaduna com as proposições gerais de Scott. Nesse sentido, permito-me a reprodução de algumas ideias-chave as quais procuro perseguir em minha análise. A primeira, quando Scott (1989, p. 21) esboça as linhas gerais de seu conceito ao dizer que: “O núcleo essencial da definição baseia-se na conexão integral entre duas proposições: o gênero é um elemento constitutivo de relações sociais baseado nas diferenças percebidas entre os sexos, e o gênero é uma forma primeira de significar as relações de poder”. Posteriormente, a autora realiza a ligação entre a categoria de análise e a política. Dessa forma, Scott (1989, p. 22) diz que: “O gênero é, portanto, um meio de decodificar o sentido e de compreender as relações complexas entre diversas formas de interação humana. Quando os(as) historiadores(as) procuram encontrar as maneiras como o conceito de gênero legitima e constrói as relações sociais, eles/elas começam a compreender a natureza recíproca do gênero e da sociedade e das formas particulares, situadas em contextos específicos, como a política constrói o gênero e o gênero constrói a política”. Por fim, dois excertos que se ligam intimamente ao modo que apreendo as problemáticas propostas neste capítulo, quando Scott (1989, p. 28-29) questiona: “Qual a relação entre as leis sobre as mulheres e o poder de Estado?” e “como as instituições sociais têm incorporado o gênero nos seus pressupostos e na sua organização?” (Scott, 1989, p. 28-29).

em que o Estado brasileiro foi constituído institucionalmente, através do corporativismo, e como desenhou suas políticas públicas, de modo enclausurado no Poder Executivo, ocorreu com a finalidade de regulamentar as relações sociais, por um lado, e de pretensamente arbitrar os conflitos da relação entre o capital e o trabalho, por outro.

Assim, a forma através da qual a divisão social do trabalho e sua regulamentação por parte do Estado corporativo foi posta em prática, possuiu desdobramentos os mais diversos que impactaram, inclusive, na própria edificação da ditadura como regime político, instrumento de controle social e propositor de políticas públicas. No entanto, ao que aqui interessa, este fato pode ser visualizado, como demonstrado por Fonseca (2007, p. 18) e Gomes (1982, p. 156), na configuração dual dos sistemas de assistência à saúde, dividido entre as ações do Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio, restrita aos trabalhadores atrelados às organizações do Estado, e as do Ministério da Educação e Saúde, que desenvolveram as atividades de assistência médica ao conjunto da população através do acesso aos Postos de Higiene e aos Centros de Saúde.

Após essa sucinta reflexão sobre o contexto, faz-se proveitoso que não se afaste em demasiado do prosseguimento empírico, em que procuro analisar as manifestações que construíram uma forma específica de entendimento sobre a relação entre as mulheres e a saúde dentro do sistema político vigente. Neste ponto, se observa que a tonalidade que permeou os discursos, aliado à questão da moralidade, apontada acima, foi aquela do nacionalismo. Produto da particularidade histórica, uma análise que procura entender o papel das mulheres na construção do “novo Brasil”, sob a ótica do governo estado-novista, não deve subtrair esta qualificação.

Em breve, porém enfático, discurso de encerramento da “Semana da Pátria e da Raça”, transmitido em cadeia nacional de rádio no ano de 1938, Getúlio Vargas (1939, p. 54) dizia que o país havia passado de “um regime de ficção e desperdício para outro de realidade e trabalho, em que a nação se apresenta estruturada como um todo orgânico, dentro dos objetivos supremos do seu engrandecimento”, e prossegue salientando que “o momento é próprio para ressaltar a preponderância do fator humano no progresso de qualquer nação”. Trago este excerto como uma representação das recorrências em que se identifica a ideia de progresso da nação aliada à capacidade física e intelectual dos indivíduos. Nesse sentido, ao defender a necessidade de se comemorar anualmente a referida semana, Vargas apelava à colaboração de todos “com o poder público na obra de preparação das novas gerações, desde o berço à juventude, pelo amparo à maternidade e à infância, os dois planos mais poderosos da afetividade humana” (Vargas, 1939, p. 54).

De acordo com o argumento que venho construindo, a colaboração das mulheres viria conjuntamente ao seu dever de maternidade e aos preceitos ligados à higiene e aos conhecimentos e práticas estimuladas pela ciência da puericultura que se ramificava como política pública, mas também, como propaganda⁶⁷. Este elemento se apresentou disposto nos dois níveis em que a presente pesquisa se desenvolve, quais sejam as esferas federal e estadual. Nesta última, a educação em saúde para as mulheres esteve dispersa em material elaborado e distribuído pela Secretaria da Educação e Saúde Pública do Estado do Rio Grande do Sul, e nas produções do Departamento Estadual de Saúde, como na publicação deste último denominada “A defesa da saúde” que, em edição de novembro de 1942, trazia o título sugestivo “Na criança de hoje estará o soldado de amanhã”⁶⁸. Nesse sentido, a ideia de colaboração, no intuito da reunião das forças dos “fatores humanos”, se apresentou como elemento íntimo à ideia de nacionalidade⁶⁹.

A saúde, dessa forma, pode ser analisada sob o viés dessa unidade de esforços que procurou unir os interesses do indivíduo ao coletivo. Notoriamente, quando se referiu ao coletivo, durante o governo estado-novista, esteve se referindo à nação, capitaneada pelo chefe maior, Getúlio Vargas e seu projeto de poder político, assunto que já foi desenvolvido pela historiografia⁷⁰. Este aspecto foi demonstrado nos discursos como sendo significativo para a ditadura, pois as mulheres deveriam assumir o papel de orientadoras e guias das crianças – contemplando o presente -, mas também dos jovens, – o futuro da nação – pois, afinal de contas, seria a juventude que poderia/deveria perpetuar os pressupostos da ditadura do Estado Novo. Ao versar sobre o bem-estar e a saúde das mães e das crianças, na véspera de Natal, Vargas (1939, p 71) dizia que:

Pelo nosso vasto território, desde os centros urbanos aos pequenos núcleos de população, ainda não se conseguiu instalar uma rede eficiente de serviços de maternidade e amparo à infância, de útil e patriótica finalidade. Todos sabem quanto é, entre nós, precário o tratamento das gestantes e elevado o coeficiente de mortalidade de recém-nascidos, sobretudo, nas classes menos protegidas da fortuna. Problema de tamanha relevância, diretamente ligado ao progresso e ao futuro da nacionalidade, não

⁶⁷ Este foi um processo observado desde as primeiras décadas do século XX e que se estendeu ao período que abordo. Como esclarece Maria Martha de Luna Freire (2014, p. 982), a “preparação das mulheres para que assumissem a responsabilidade pela criação dos seus filhos, informadas pela ciência, representava uma das estratégias de materialização do discurso modernizador e a republicanização efetiva do país (Ferreira; Freire, 2005)”.

⁶⁸ A defesa da saúde – na criança de hoje estará o soldado de amanhã. Departamento Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul. Porto Alegre: Oficinas gráficas do Instituto Técnico Profissional do Rio Grande do Sul. 1942, 75p. (Material pertencente ao Museu de História da Medicina do Rio Grande do Sul).

⁶⁹ Ver p. 37.

⁷⁰ Por exemplo, sobre as ações do governo nesse sentido, aliando-se aos intelectuais defensores do regime, Velloso (1987, p. 28) observa que: “A doutrina do regime busca mostrar que o Estado só é capaz de assegurar a democracia, quando consulta diretamente o povo nas suas mais legítimas aspirações. Assim, entre o governo e o conjunto da sociedade não há necessidade de intermediários, quando o chefe sintetiza a “alma nacional”.

poderia ser relegado a segundo plano. Cumpria encará-lo de ânimo decidido, e, assim, procedemos, pondo em ação o máximo possível dos recursos administrativos.

Este ponto auxilia no argumento que construo, pois Vargas destaca o problema da assistência às gestantes e puérperas como um elemento “diretamente ligado ao progresso e ao futuro da nacionalidade”. Assim, a assistência à saúde, sobretudo para as gestantes, pode ser entendida como uma legítima questão nacional durante o Estado Novo⁷¹. Nesse sentido, se observa relativa consonância entre aquilo que foi dito por Getúlio Vargas, ao menos na esfera da propaganda política, e as ações de cunho institucional, sobretudo com a reorganização capitaneada por Gustavo Capanema dos serviços nacionais de saúde a partir de 1937, naquilo que Gilberto Hochman e Cristina M. O. Fonseca (1999, p. 82) denominaram de uma “consolidação da estrutura administrativa da saúde pública” no Brasil⁷².

No que se refere ao presente trabalho foi possível identificar o movimento, por parte do executivo federal em conjunto com a expressão regional dos serviços de Saúde, da reorganização administrativa e burocrática dos serviços estaduais de saúde no Rio Grande do Sul. Conforme detalhado por Brum (2013, p. 144):

Uma das primeiras ações oficiais de Bonifácio Costa enquanto Diretor de Higiene foi promulgar o decreto nº 7.481, de 14 de setembro de 1938, reorganizando os serviços de saúde pública do Rio Grande do Sul. Junto ao decreto é lançado o Regulamento do Departamento Estadual de Saúde, texto que além de regular alguns serviços e o funcionamento interno do Departamento, determinaria alguns tipos de conduta que deveriam ser observados para preservar a saúde da população rio-grandense. Este mesmo decreto cria ainda o Departamento Estadual de Saúde, em substituição à antiga Diretoria de Higiene.

Nesta mesma passagem, Brum (2013, p. 145) indica, demonstrando o caráter vertical da administração pública federal em sua relação com os estados, que o disposto no Regulamento do Departamento Estadual de Saúde possuiu inspiração no anteprojeto do Regulamento Federal de Saúde de 1934⁷³. Seu trabalho demonstra, do mesmo modo, que o Diretor Bonifácio Costa foi destacado pelo Governo Federal com o propósito, justamente, de realizar uma ampla reforma nos serviços de saúde do estado. Ressalte-se que este movimento pode ser identificado

⁷¹ Linha de análise compartilhada, dentre outros, por Fonseca (2007, p. 10): “Nesta mesma perspectiva, mas com algumas especificidades próprias, a área temática da saúde pública sugere um outro veio analítico também fértil. Trata-se daquele que toma a política social como um fator relevante na construção do Estado Nacional, quer na sua configuração simbólica, quer nas suas capacidades materiais”.

⁷² A partir desse ano, se observou a reorganização do Ministério da Educação e Saúde e a criação do Departamento Nacional de Saúde, este último, responsável pelas ações de amparo à maternidade e à infância. Por fim, no ano de 1940, as funções anteriormente sob a égide do referido Departamento foram realocadas sob os cuidados do Departamento Nacional de Criança, demarcando um status relevante para a questão da maternidade no Brasil, ainda que atrelando a saúde das mulheres à sua condição de gestante.

⁷³ Alves (2011, p. 111), por sua vez, entende que: “Porém, pode-se supor que este regulamento tenha herdado as ideias do código sanitário elaborado no estado a partir da Reforma Sanitária de 1929. O novo código estadual, que levava anos para ficar pronto, ao que tudo indica, não havia entrado em vigor”.

não apenas juridicamente, mas inscrito na análise documental, sobretudo do material de propaganda em saúde, o qual foi elaborado com a insígnia do Departamento Estadual de Saúde após a extinção referida da Diretoria de Higiene. O aspecto empírico das ações desenvolvidas será analisado em seção posterior⁷⁴.

Sendo assim, os elementos políticos mais amplos tratados nesta seção, os quais são a questão do trabalho e do nacionalismo, podem ter contribuído para um tipo específico de consideração sobre as mulheres, transformando o dever para com a maternidade e o cuidado com a infância como se fossem um dever cívico, em caráter ufanista de contribuição coletiva do indivíduo para com o projeto de nacionalidade do Estado Novo. Nesta linha interpretativa se apresentam trabalhos acadêmicos com orientações teórico metodológicas diversas como Gomes; Oliveira; Velloso (1982), Hochman (1993; 1998) Fonseca (1993; 2007), Rizzini (2011); Freire (2008; 2014), Martins; Freire (2018), entre outros.

Ao mesmo tempo, a forma como foi colocada a questão, elegendo a maternidade e o cuidado com a infância como legítimos problemas nacionais, pode contribuir para a impressão de que tenha havido a centralidade da saúde como política de governo. No entanto, é imperativa a cautela em relação a quaisquer proposições de cunho efetivo sobre a implementação das políticas públicas de saúde, sobretudo no Estado do Rio Grande do Sul. Todavia, espero contemplar tais proposições em seções posteriores, nas quais a análise se detenha de modo específico ao contexto empírico⁷⁵.

2.2 Maternidade e infância na Constituição de 1934: um prelúdio

Em que pese o recorte temporal estabelecido neste trabalho esteja entre os anos de 1937 e 1945, abrangendo um movimento histórico específico, sobretudo no que se referiu à organização dos serviços de saúde pública no Brasil, entendo que, eventualmente, seja

⁷⁴ Como compreendem Fleury e Ouverney (2012, p. 36): “Portanto, a materialização das políticas de saúde por meio de instituições e organizações concretas é também um fator que deve ser levado em conta na análise da determinação das políticas de saúde. Sua tradução em estruturas organizacionais, culturas institucionais, capacidades humanas e técnicas instaladas, recursos financeiros disponíveis, dentre outros, é também responsável pela configuração do campo social e das políticas sociais”.

⁷⁵ Gustavo Capanema dizia em 1941, em ocasião que propunha a remodelação dos serviços do Departamento Nacional de Saúde, que: “Nos primeiros anos de sua existência, por influência de recursos ou de processos, não pode o Ministério da Educação e Saúde operar em matéria de saúde, no plano nacional. Os seus serviços estavam quase todos limitados ao Distrito Federal, sendo de pequena projeção os esforços porventura empregados nas outras unidades federativas”. Nos primeiros anos de sua existência, por influência de recursos ou de processos, não pode o Ministério da Educação e Saúde operar em matéria de saúde, no plano nacional. Os seus serviços estavam quase todos limitados ao Distrito Federal, sendo de pequena projeção os esforços porventura empregados nas outras unidades federativas” (Fonseca, 2007, p. 209).

adequada a transgressão de alguns marcos para a compreensão de meus argumentos inseridos no processo histórico. Assim sendo, nesta seção procuro identificar, na Constituição de 1934, um ponto de inflexão no estabelecimento de direitos sociais em relação à maternidade e infância no regime republicano, o que pode ter estabelecido um degrau significativo para os arranjos institucionais posteriores relativos à saúde das mulheres e crianças.

A Constituição de 1934, promulgada no dia 16 de julho do corrente ano, conforme denotado por Bernardo Leôncio Moura Coelho (1998, p. 99), inaugurou “a interferência estatal na sociedade para assegurar o bem-estar social e econômico previsto no preâmbulo”. Esta característica teria sua conformação jurídica acentuada com a Constituição de 1937, resultando, inclusive, na forma de elaboração das políticas públicas e no fechamento político, em seu Art. 13, que permitiu a competência legislativa da União, e em seu Art.9, que possibilitou a intervenção do governo federal nos Estados. Como será demonstrado posteriormente, identificou-se na assistência à maternidade e à infância um elemento compreendido por Ângela Maria de Castro Gomes (1982, p. 157, grifos meus), quando, ao se referir a uma das formas de organização da saúde pública, ligada aos institutos de previdência, diz que:

No próprio interesse do progresso do país, deviam-se vincular estreitamente as legislações social e sanitária, já que o objetivo de ambas, era construir trabalhadores fortes e sãos, com capacidade produtiva ampliada. O papel da medicina social, tão bem concretizado pela ação dos Institutos de Previdência e Assistência Social, consistia explicitamente em *preservar, recuperar e aumentar a capacidade de produzir do trabalhador*.

No que se refere às intenções da presente investigação, a Carta de 1934 inaugurou a proteção à maternidade e à infância, sob a égide da regulamentação da força de trabalho que se afirmava gradualmente urbana e socialmente diversificada, embora de modo não uniforme pelo país e, sobretudo, no Rio Grande do Sul (Gertz, 2018). Este elemento foi consolidado através do Art. 121, em sua alínea H e Parágrafo 3º, que, sob a perspectiva da legislação do trabalho, versou sobre o amparo da produção e condições de trabalho tratando das gestantes, da maternidade e da infância; do Art. 138, alínea C, os quais dispunham, respectivamente, que incumbiria “à União, aos Estados e aos Municípios, nos termos das respectivas leis”, “amparar a maternidade e a infância”; e através do Art. 141, que dispunha que seria “obrigatório, em todo território nacional, o amparo à maternidade e à infância, para o que a União, os Estados e os Municípios destinarão 1% das respectivas rendas tributárias”⁷⁶.

⁷⁶ BRASIL. [Constituição (1934)]. **Constituições Brasileiras**: 1934. 3ª. ed. Brasília: Editora do Senado Federal, 2012. 163 p.

Devido ao escopo desta pesquisa, não formularei questionamentos de ordem analítica no que se refere à efetivação dos dispositivos através de políticas públicas. Em primeiro lugar, pois as reformas instituídas a partir de 1937 estabeleceram um contexto burocrático diferenciado com a criação e reorganização da arquitetura jurídica da saúde pública. Em segundo, pois, com o benefício da visão retrospectiva em relação ao processo histórico decorrido, sabe-se que a Constituição de 1934, devido aos acontecimentos de ordem política que se seguiram com o Golpe em 1937, observou um exíguo período de vigência (Coelho, 1998).

No entanto, como constatado por Coelho (1998, p. 100), a Carta se notabilizou por ter criado “a norma de proteção à criança, amparando-a mesmo em seu desenvolvimento ultra uterino – quando aí incluída a proteção à maternidade, com o que se engloba a proteção à mãe”. O exercício de comparação das Constituições de 1934 e 1937 permite que se destaquem diferenças na forma e no conteúdo e que resultaram em concepções distintas na apreensão da questão da saúde das mulheres e crianças, embora partindo de preceitos semelhantes.

Como a análise dos dispositivos contidos na Carta de 1937 estará em seção posterior, me restrinjo à análise da questão da maternidade e infância na primeira formulação, mas é possível destacar, de antemão, que do ponto de vista estrito da inserção temática no disposto constitucional, a Constituição de 1934 se apresentou em maior abrangência do que a de 1937, a qual praticamente suprimiu os dispositivos relativos à maternidade e ampliou aqueles voltados à infância e à juventude.

Os dispositivos relativos à maternidade e infância, na Carta de 1934, podem ser analisados sob dois aspectos: por sua forma e por seu conteúdo. Nesse sentido, no que se referiu ao último quesito, consta no Art. 121 que “a lei promoverá o amparo da produção e estabelecerá as condições do trabalho, na cidade e nos campos, tendo em vista a proteção social do trabalhador e os interesses econômicos do País”. Neste Artigo, se evidencia duas características que comporiam o projeto de poder estado-novista três anos mais tarde, mas que já ganhavam contornos desde a tomada de poder em 1930: a regulamentação dos interesses do capital e do trabalho e a subsunção dos direitos sociais por intermédio das categorias profissionais, sobretudo, urbanas.

Não ao acaso, na alínea H do referido Artigo, a assistência médica, bem como sanitária, às gestantes, esteve voltada ao amparo das mulheres trabalhadoras, assegurando “descanso antes e depois do parto, sem prejuízo do salário e do emprego, e instituição de previdência, mediante contribuição igual da União, do empregador e do empregado, a favor da velhice da

invalidez, da maternidade e nos casos de acidentes de trabalho ou de morte” (Brasil, 1934)⁷⁷. Ou seja, ao garantir a assistência médica às mulheres gestantes, a legislação buscava estabelecer as condições do trabalho dentro de um contexto maior de interesse nacional reorganizado a partir da regulação da força de trabalho.

Nesse sentido, quanto ao conteúdo, se percebe que a Constituição de 1934 concebeu suas diretrizes visando o amparo da maternidade e infância, sobretudo, de mulheres com ocupação profissional. Ao mesmo tempo, ressaltou que o amparo visava “a proteção social do trabalhador e os interesses econômicos do País,” em demonstração que as ideias de trabalho e de interesse nacional, ligadas ao desenvolvimento econômico, estiveram intrínsecas quando se estabeleceu a proteção constitucional da maternidade e infância. Como compreendido por Ostos (2012, p. 330-331):

Tratava-se de uma faceta do poder que buscava não agredir, reprimir, e sim incitar, produzir, criar novas práticas, incentivar certas condutas, modos de agir e comportamentos; sua eficácia residia, não na ação destrutiva, mas na sua capacidade de criação. No caso das mulheres, esse poder benfazejo fomentava a percepção de que a maternidade poderia ser experimentada de modo ainda mais positivo, no sentido de que traria, para aquelas que trabalhavam fora do lar, algum nível de proteção, benefícios práticos que promoveriam a vivência cada vez mais plena do papel maternal.

Este aspecto auxilia na construção de meu argumento, que procura identificar um sentido político nas expressões de governo sobre a saúde. Como será possível observar em seção posterior, a proteção à maternidade e infância foi desenvolvida de modo mais amplo a partir de 1937, pois ao passo que esteve reduzida no disposto constitucional do referido ano, foi ramificada através da reorganização dos serviços de saúde ligados às mulheres e crianças, especialmente com a criação do Departamento Nacional da Criança, em 1940.

No entanto, em 1934 se observa uma ordenação das ideias constitucionais em relação à assistência médica e social vinculada à legislação do trabalho, voltada para as mulheres e crianças, ideias que seriam acentuadas com o decorrer dos anos, sobretudo com o Decreto-Lei Nº 2.024, de 17 de fevereiro de 1940, que estruturou as atividades relacionadas à proteção da maternidade, infância e adolescência⁷⁸. Neste ponto, cabe destacar que a questão da maternidade, desvanecida na Constituição de 1937, retomou importância com o Decreto-Lei Nº

⁷⁷ BRASIL. [Constituição (1934)]. **Constituições Brasileiras**: 1934. 3ª. ed. Brasília: Editora do Senado Federal, 2012. 163 p.

⁷⁸ Ver: Decreto-lei Nº 2.204, de 17 de fevereiro de 1940. Fixa as bases da organização da proteção à maternidade, à infância e à adolescência em todo o país. **Coleção das leis de 1940**: atos do poder executivo - decretos-leis de janeiro a março, Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, ano 1940, v. 1, n. 1, p. 98-101, 1944.

5.452 de 1º de Maio de 1943⁷⁹, que aprovou a Consolidação das Leis do Trabalho. Este reservou sua Seção V para a proteção à maternidade das mulheres que dispunham de contrato de trabalho. Nesse sentido, entre os Art. 391 e Art. 400, encontram-se uma série de dispositivos que regulamentaram a proteção da maternidade em período pré e pós-parto, bem como do auxílio-maternidade e creches, e as obrigações dos empregadores, em inequívoca expansão e qualificação normativa do tema, em que pese a letra da lei estivesse voltada para mulheres inseridas em relações de trabalho mediadas por contratos empregatícios⁸⁰.

Ao mesmo tempo, um fato que requer atenção é que a assistência médica e sanitária às gestantes foi explicitada, em gradual importância, desde 1934, como preceito na legislação sobre o trabalho sendo confirmada, juridicamente, por ocasião da Consolidação das Leis do Trabalho em 1943. Entretanto, um olhar pouco atento a partir das normas da lei poderia formular a premissa de certa conquista progressiva do lugar das mulheres no mercado de trabalho. No entanto, como observado por Margareth Rago (2004, p. 583):

Apesar do elevado número de trabalhadoras presentes nos primeiros estabelecimentos fabris brasileiros, não se deve supor que elas foram progressivamente substituindo os homens e conquistando o mercado de trabalho fabril. Ao contrário, as mulheres vão sendo progressivamente expulsas das fábricas, na medida em que avançam a industrialização e a incorporação da força de trabalho masculina.

Em relação ao observado por Rago, a título de conhecimento, a análise do Censo Demográfico de 1940, na seção de dados sobre o estado do Rio Grande do Sul, permite observar que, de uma população total de 3 milhões, 320 mil e 689 pessoas, apenas o montante de 24 mil e 160 pessoas, declaradas como do sexo feminino, ocupavam categorias de trabalho tipicamente urbano e não liberais, ou seja, montante representativo a um universo inferior a 1% do contingente populacional declarado no Censo⁸¹. Em consonância, as análises de Pedro Cezar Dutra Fonseca (2012) e René E. Gertz (2018) apontam para o fato de que, no que se referiu ao desenvolvimento econômico no estado do Rio Grande do Sul, seja razoável conceber que não houve um ritmo de deslocamento acentuado, em comparação com os centros industriais, entre

⁷⁹ Ver: Decreto-Lei Nº 5.452 de 01 de maio de 1943. **Aprova a Consolidação das Leis do Trabalho**. Publicação Original [Diário Oficial da União de 09/08/1943] (p. 11937, col. 1).

⁸⁰ O Art. 592, da Seção II, que trata sobre a aplicação do imposto sindical, determinava que os sindicatos de empregados, assim como de trabalhadores autônomos, aplicassem parte dos recursos na assistência à maternidade, mesmo que não especificando em quais tipos de ações. Decreto-Lei Nº 5.452 de 01 de maio de 1943. **Aprova a Consolidação das Leis do Trabalho**. Publicação Original [Diário Oficial da União de 09/08/1943] (p. 11937, col. 1).

⁸¹ Enquadradas no item “atividade principal” como trabalhadoras em indústrias extrativas, indústrias de transformação, comércio de mercadorias, comércio de imóveis e valores imobiliários, créditos, seguros e capitalização, transportes e comunicações, administração pública, justiça, ensino público, defesa nacional, segurança pública.

as atividades agrícolas e industriais, que podem ter se desenvolvido em termos de complementaridade.

Assim sendo, trago esta breve discussão como forma de suscitar interrogações sobre o alcance das disposições sobre maternidade e infância alocadas nas Cartas constitucionais e Decretos supracitados. Ao associar os serviços de amparo à maternidade e à infância à legislação do trabalho, o governo deliberou para um contingente restrito de mulheres que ocupavam postos de trabalho, sobretudo organizados em categorias profissionais com registro. Contudo, a partir dos dispositivos constitucionais não se torna possível afirmar que houve a exclusão da assistência médica para as mulheres que orbitaram fora do mercado de trabalho regularizado, mas que se construiu uma direção de ênfase ao estabelecer as medidas de amparo à maternidade voltadas para um contingente inserido neste ambiente, sobretudo, como indica o parágrafo acima, urbano. Como observa Natascha Stefania Carvalho De Ostos (2012, p. 330):

Assim, as medidas que, concretamente, mais beneficiaram as mulheres trabalhadoras foram justamente aquelas concernentes à sua condição materna, que resguardavam a gravidez, o parto e o aleitamento, funções que garantiam a sobrevivência de um maior número de crianças, a preservação da saúde da mãe para que pudessem cuidar dos filhos e recuperar-se fisicamente para futuras gestações.

Dessa forma, no que se refere ao conteúdo da Constituição de 1934 relacionado à maternidade e infância, acredito que o alcance das disposições pode ser questionado, algo que pode ser retomado por pesquisas posteriores. Esta breve análise procurou interpretar de que forma a proteção à maternidade e à infância foi disposta constitucionalmente em 1934. Entendo que a explicitação dos dispositivos ligados ao Artigo 121 e Parágrafo 1º, que são relativos ao amparo à gestante, podem ser compreendidos como um elemento significativo de certo *status* em relação à assistência médica para mulheres e crianças. Ao mesmo tempo, considero que se possa presumir que a conformação de dispositivos relacionados ao amparo à maternidade e infância tenham alcançado seu ponto alto entre o final da década de 1930 e a metade da década de 1940. Com isso, refiro-me, especialmente, à demarcação dos serviços prestados pela rede de contribuição à previdência, ligada ao Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio, e de saúde pública, representada pelo Ministério da Educação e Saúde.

Por fim, em relação a forma assumida pela questão do amparo à maternidade e infância na Carta de 1934, aspecto interessante se demonstra em seu Parágrafo 3º, que estabelecia que “os serviços de amparo à maternidade e à infância, os referentes ao lar e ao trabalho feminino, assim como a fiscalização e a orientação respectivas, serão incumbidos de preferência a

mulheres habilitadas”⁸². Aqui reside evidente distinção de gênero no texto constitucional, ao se ter delimitado que os serviços prestados no cuidado com a saúde das mulheres deveriam ser exercidos, preferencialmente, por outras mulheres. Por outro lado, pode-se considerar o estabelecimento de uma distinção propiciada pelo acesso à habilitação profissional, propriamente. Nesse sentido, se pode vislumbrar duas questões: uma que demarca as atividades profissionais de acordo com o gênero e outra que, de certo modo, sacraliza o corpo da mulher, bem como o ambiente feminino, questões colocadas de modo pertinente pela historiografia, como em Rago (2000, p.13-14), quando sublinha que a “história do corpo feminino trouxe à luz as inúmeras construções estigmatizadoras e misóginas do poder médico, para o qual a constituição física da mulher por si só inviabilizaria sua entrada no mundo dos negócios e da política”⁸³. Estas são características que podem ser observadas no recorte temporal que desenvolvo neste trabalho e que constarão problematizadas, a partir de situações distintas, no conjunto da construção de meus argumentos no decorrer das seções.

No último quesito referente à forma está o modo como se garantiria, constitucionalmente, o amparo à maternidade e à infância. Como constado no Art. 138, da referida Carta, o amparo seria de incumbência compartilhada entre União, Estados e Municípios. Em concomitância se apresentava o Art. 141, que determinava, entre as esferas de governança, o financiamento tripartite através da destinação de um por cento das rendas tributárias. De modo geral, a Constituição de 1934 pode ser analisada sob o signo da novidade no que se referiu à proteção da maternidade e da infância, por um lado, e da falta de especificação em relação aos instrumentos de ação, por outro. Conforme observado por Cristina M. Oliveira Fonseca (1993, p. 101):

No Brasil, nos anos anteriores a 1930, os serviços voltados à área materno-infantil foram, na sua grande maioria, marcados por uma prática assistencialista, de caráter filantrópico, e contaram basicamente com a iniciativa de médicos como Moncorvo Filho, Fernandes Figueira, Olinto de Oliveira e Martagão Gesteira. No início dessa mesma década, os serviços de assistência à infância eram executados, principalmente, por instituições privadas, não tendo ocorrido até aquele momento uma atuação sistemática e intensiva do governo nesse setor.

⁸² BRASIL. [Constituição (1934)]. **Constituições Brasileiras**: 1934. 3ª. ed. Brasília: Editora do Senado Federal, 2012. 163 p.

⁸³ De Ostos (2012, p. 315-116) aponta que, no contexto de implementação de uma economia de mercado nas primeiras décadas do século XX, no Brasil, “as crescentes necessidades de consumo, que então foram criadas, diminuía o poder de aquisitivo das camadas pobres, já enfraquecidas pelos baixos salários e pela alta inflação que vigorava nas primeiras décadas do século XX. Paralelamente a esses fenômenos, o país se industrializava, e certos setores da economia demandavam o emprego preferencial de mão de obra feminina”. Nara Azevedo e Luiz Otávio Ferreira (2006, p. 241) trataram sobre políticas públicas de educação no período e dizem que: “Para que estivessem capacitadas a desempenhar seus novos papéis na “sociedade moderna”, as futuras gerações de mulheres deveriam receber na escola a socialização necessária para se tornarem “educadoras sociais”, isto é, mães, esposas e/ou trabalhadores preparadas tanto para conduzirem a administração da vida doméstica, quanto para dirigir a educação escolar, a educação sanitária, a assistência social segundo preceitos técnico científicos”.

Nesse sentido, o mérito do arranjo político esteve na consolidação da temática constitucionalmente. Do mesmo modo, a Constituição de 1934 pode representar um ponto de inflexão entre um momento de menor participação do Estado como proponente para outro, em que se inicia uma sistematização política capitaneada pelas instituições do Estado, como assinalado por Fonseca (2003). Por outro lado, a única deliberação que definiu de modo preciso uma incumbência foi a que determinava a destinação de 1% da renda de União, Estados e Municípios. Getúlio Vargas, em mensagem enviada ao Poder Legislativo, no dia 03 de maio de 1935⁸⁴, comentou sobre a criação da Diretoria de Proteção à Maternidade e à Infância, em 22 de maio de 1934, colocando que:

Iniciou as suas atividades, organizando um plano geral de trabalho, em benefício da criança brasileira. Procurou o novo departamento articular-se com os governos locais, solicitando-lhes a cooperação para uma intensa propaganda popular das modernas noções de higiene infantil e pré-natal. Circunscrita a orientação traçada e visando preliminarmente diminuir as cifras impressionantes da mortalidade infantil, a campanha iniciou-se pela alimentação da criança. Poucas realizações, em obras de assistência, puderam ser feitas, dada a deficiência das dotações orçamentárias. Provido o serviço dos recursos que a Constituição Federal lhe manda reservar, será possível levar a cabo, nesse terreno, empreendimentos de grande alcance⁸⁵.

Em maio de 1935, dez meses após as determinações estipuladas na Constituição promulgada em julho de 1934, persistia a impressão, externada pelo presidente da República, de que as ações foram escassas devido à falta de orçamento, mesmo com a disposição em lei de 3% de repasse das receitas somadas entre União, Estados e Municípios. Sobre este quesito, Martins e Freire (2018, p. 208) sublinham que os entraves se davam sob dois aspectos:

O primeiro tipo de obstáculo é visivelmente político, especialmente no interior do Ministério e do DNSP. Olinto de Oliveira demonstra preocupação com o que considera incompreensão das necessidades e especificidades da assistência materno-infantil no interior de uma estrutura voltada para a saúde pública como era o DNSP. O outro obstáculo era financeiro. Desde a criação do Ministério da Educação e da Saúde em 1930 as limitações orçamentárias eram notórias, mas a escassez se mostrava mais intensa para a Inspetoria de Higiene Infantil, afinal, ela não era uma prioridade do DNSP conforme bem sabia o seu inspetor mais atuante, Olinto de Oliveira.

Isso sugere que a questão da assistência à maternidade e à infância ainda não havia se consolidado de maneira adequada tendo o Estado como regulador e proponente, mesmo com a determinação das relações entre entes do Estado e instituições da iniciativa privada, como

⁸⁴Disponível em: https://www.senado.leg.br/publicacoes/anais/pdf/Anais_Republica/1935/1935%20Livro%201.pdf. Acesso em: 11 ago. 2021.

⁸⁵ ANAIS do Senado: **Ano de 1935** - Livro I. 1ª. ed. [S. l.]: Secretaria Especial de Editoração e Publicações - Subsecretaria de Anais do Senado Federal, 1935. 322 p. v. 1.

determinado pelo Decreto nº 24.278, de 22 de maio de 1934, que criou a Diretoria de Proteção à Maternidade e à Infância⁸⁶.

Em relação à esta Diretoria, o Decreto nº 24.278, de 22 de Maio de 1934, extinguiu a Inspeção de Higiene Infantil da Saúde Pública⁸⁷ e criou a Diretoria de Proteção à Maternidade e à Infância. Em seu Parágrafo 1º, determinava que: “Para melhor atingir seus fins, a Diretoria de Proteção à Maternidade e à Infância entrará em relações com os serviços federais e estaduais de Saúde Pública, os diversos serviços de Assistência Social, os Juízos de Menores e os serviços de Instrução Pública e de Registro Civil”⁸⁸. Em seu Parágrafo 2º, por sua vez, estabelecia que: “Com o mesmo intuito procurará a Diretoria estabelecer relações com todas as instituições privadas de assistência à mãe e à criança, existentes no País, registrando-as, orientando-as e promovendo a concessão de auxílios e subvenções às que necessitarem”⁸⁹.

Em linhas gerais, realizando a comparação das seções que se referem a sua organização administrativa, os Decretos de criação da Inspeção de Higiene Infantil da Saúde Pública (1923) e da Diretoria de Proteção à Maternidade e Infância (1934) sugerem que houve uma espécie de adequação institucional para que os serviços de assistência à infância fossem padronizados através do Departamento Nacional de Saúde. Em relação à Inspeção criada em 1923, a diretoria criada em 1934 pode ser percebida como melhor estruturada burocraticamente, delimitando conceitos e as atribuições dos setores de modo menos genérico, sobretudo na configuração da relação com os serviços federais e estaduais de saúde pública (Art. 1º). Conforme destacado por Martins e Freira (2018, p. 209):

Outro aspecto relevante a ser considerado com a criação da Diretoria de Proteção à Maternidade e à Infância é a articulação entre estruturas governamentais e o associativismo filantrópico na execução de políticas públicas materno-infantis no Brasil. Dificilmente o Governo Vargas e os que o sucederam poderiam manter hospitais, centros de saúde, creches, postos de puericultura e tantas outras estruturas

⁸⁶ Ver: Decreto nº 24.278 de 22 de maio de 1934. Extingue a Inspeção de Higiene Infantil da Saúde Pública; cria a Diretoria de Proteção à Maternidade e à Infância e dá outras providências. **Coleção das leis da República dos Estados Unidos do Brasil de 1934**: Atos do Governo Provisório - Janeiro e Fevereiro, Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, ano 1935, v. I, n. 1, p. 925-928, 1935.

⁸⁷ Sobre a Inspeção, Martins e Freira (2018, p. 205) apontam que: “A Inspeção de Higiene Infantil foi resultado da pressão médica sobre as autoridades republicanas e se pode dizer que representou um primeiro passo na direção de um programa nacional de proteção à infância e, por extensão, à maternidade”. Foi criada pelo Decreto Nº 16.300, de 31 de dezembro de 1923, que regulamentou o Departamento Nacional de Saúde Pública (não confundir com o Departamento Nacional de Saúde de 1937, criado pelo Decreto-Lei Nº 378, de 13 de janeiro de 1937). No capítulo reservado a organização administrativa do referido Departamento, o Art. 317 estabelecia que: “Os serviços de higiene infantil e de assistência à infância a cargo do Departamento Nacional de Saúde Pública ficam afeitos à Inspeção de Higiene Infantil e por ela serão executados no Distrito Federal”. Por sua vez, o Parágrafo 1º determinava que caberia “a mesma Inspeção promover iniciativas e orientar providências que tanto no Distrito Federal quanto em outras regiões do país, atendam aos interesses da vida e da saúde das primeiras idades”. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1920-1929/decreto-16300-31-dezembro-1923-503177-norma-pe.html>. Acesso em: 13 fev. 2022.

⁸⁸ (Brasil, Decreto N. 24.278 - de 22 de Maio de 1934, 1935, v. I, p. 925).

⁸⁹ (Brasil, Decreto N. 24.278 – de 22 de Maio de 1934, 1935, v. I, p. 925).

assistenciais à maternidade e à infância criadas a partir de então sem o apoio de pessoal e de gestão fornecido pelas instituições assistenciais sem fins lucrativos que se multiplicaram por todo o país.

Além do mais, a interpretação dos dispostos legais permite que se entenda que a Diretoria de Proteção à Maternidade e Infância tenha se colocado como um serviço federal, de fato, extrapolando as ações no território do Distrito Federal, ênfase percebida nas atribuições da Inspeção de Higiene Infantil. Dessa forma, entendo que seja possível alocar a Inspeção de Higiene Infantil da Saúde Pública (1923), a Diretoria de Proteção à Maternidade e Infância (1934) e o Departamento Nacional da Criança (1940) em uma linha do tempo da assistência à infância, simbolizando a busca por certa consolidação da temática como questão organizada a partir da esfera Federal.

2.3 A saúde das crianças como espelho da nação

Nesta seção, prossigo no argumento que procura identificar e interpretar a conexão entre as ideias sobre saúde e o discurso político do governo estado-novista. Conjuntamente, neste tópico, encerro a relação mais próxima que estabeleci entre a saúde, como um tópico da retórica política, e o projeto de poder da Ditadura do Estado Novo, iniciado nas seções anteriores.

Com esse propósito, em primeiro lugar, desenvolvi uma reflexão que alocou a saúde como um tópico da retórica política, analisando aspectos que ligaram os discursos políticos que tiveram a saúde de mulheres e crianças como tema, ao contexto de constituição corporativa do Estado e sua forma de regulamentar as relações sociais e de trabalho a partir de um ideal de nacionalidade.

O objetivo foi identificar a saúde pública como um tópico relevante para o propósito ideológico do Estado Novo e, a partir disso, procurei observar como o discurso estado-novista delimitou a maternidade como um papel social a ser exercido pelas mulheres. Com isso, busquei analisar como uma forma específica de considerar as mulheres impactou nos serviços de assistência à saúde que seriam fornecidos. Por último, encerro a tríade refletindo sobre o papel da saúde das crianças neste governo, visto que ocuparam uma posição no discurso político, mas também na organização institucional da saúde pública.

Com este intuito, identifiquei no discurso político as crianças designadas como o futuro da nação e a sua saúde como um caminho para esta conquista. O material analisado, referido até o momento aos discursos políticos e atos do Poder Executivo, demonstrou algumas formas

destacadas nas quais isso ocorreu: as crianças como força de trabalho porvindoura e como elementos de sustentação do crescimento populacional, além do próprio regime político.

Deste modo, com o desfecho das reflexões desenvolvidas durante o capítulo, almejo proporcionar um panorama que posicione o discurso sobre a saúde das mulheres e crianças como um elemento pertinente ao projeto de Estado do governo estado-novista em sua manifestação no Rio Grande do Sul (1937-1945). Construir este panorama através de uma perspectiva histórica auxilia no entendimento das formas como as políticas públicas de saúde foram colocadas em prática – possibilitando uma perspectiva comparativa, para investigações de outras áreas e locais - e, da mesma forma, das concepções de saúde que foram elencadas como ordenadoras de uma linha de ação, através dos serviços de atendimento no Estado do Rio Grande do Sul.

O contato com as fontes que serão elencadas nesta seção, sobretudo as que se referiram aos discursos de Getúlio Vargas, em “A nova política do Brasil”, e o exame da historiografia consultada até o momento, sugerem que a política estado-novista possuiu duas formas predominantes de abordar as crianças: uma ligada à assistência à saúde que orbitou, sobretudo, através dos serviços de maternidade e infância, e outra, que se voltou à questão dos “menores”, em uma acepção de controle, por parte dos aparelhos de Estado, daqueles definidos ou como desvalidos ou como delinquentes⁹⁰. Este movimento dual foi assinalado por pesquisadores do período como Rizzini (2011, p.27), a qual destaca que:

A composição desses movimentos resultou na organização da Justiça e da Assistência (pública e privada) nas três primeiras décadas do século XX. Com discursos e práticas que nem sempre se harmonizavam entre si, a conexão jurídico-assistencial atuará visando um propósito comum: “salvar a criança” para transformar o Brasil.

De todo modo, sublinho que neste trabalho desenvolvo reflexões restritas à organização e regulamentação, por parte dos órgãos de Estado, do âmbito da assistência em saúde, o que

⁹⁰ Como exemplo jurídico, destaco o Decreto-Lei Nº 3.799, de 5 de novembro de 1941 que transformou, na capital Federal, o Instituto Sete de Setembro (Decreto nº 21.548, de 13 de junho de 1932) no Serviço de Assistência a Menores (S. A. M.). De acordo com a disposição de seu Art. 2, o S.A.M deveria “sistematizar e orientar os serviços de assistência a menores desvalidos e delinquentes, internados em estabelecimentos oficiais e particulares”. Ver: Decreto-Lei Nº 3.799, de 5 de novembro de 1941. “**Transforma o Instituto Sete de Setembro, em Serviço de Assistência a Menores e dá outras providências**”. Diário Oficial da União - Seção 1 - 11/11/1941, Página 21338 (Publicação Original). Ainda, de acordo com Lisiane Ribas Cruz (2017, p. 82), o termo menor “era definido pela passagem por instituições voltadas para a criança e o jovem. Esse termo está relacionado com a criminalidade, a pobreza e o abandono, além de ser utilizado como termo jurídico para designar o limite da menoridade penal. Contudo, precisamos compreender que a palavra “menor” recebe significados conforme a instituição e o contexto em que se insere a criança ou o jovem”. Irene Rizzini e Irma Rizzini (2004, p. 28-29) apontam que “no período republicano a tônica centrou-se na identificação e no estudo das categorias necessitadas de proteção e reforma, visando ao melhor aparelhamento institucional capaz de “salvar” a infância brasileira no século XX. Os debates tomaram conta do cenário da assistência à infância no Brasil, escorados na meta da construção da nação republicana, e subsidiados pelas resoluções dos congressos internacionais sobre assistência social, médico-higienista e jurídica à já consolidada categoria dos menores”.

exige a mobilização de documentos e literatura diversos no âmbito da medicina e saúde pública, bem como de análise da composição jurídica e institucional.

Dessa forma, considero que o cuidado com a saúde infantil, a partir do discurso político estado-novista, pode ser interpretado em termos semelhantes aqueles em que foi tratada a saúde das mulheres, inserindo ambos os grupos como elementos para o desenvolvimento econômico, mas também político. Como sustenta Rizzini (2011, p. 29), “foi por esta razão que o país optou pelo investimento numa política predominantemente jurídico-assistencial de atenção à infância, em detrimento de uma política nacional de educação de qualidade, ao acesso de todos”. Todavia, as crianças foram inseridas obedecendo, também, ao imperativo do futuro, voltado para a consolidação e permanência do projeto de nação do governo⁹¹. Neste ponto, a saúde e a educação, como a própria designação do Ministério da Educação e Saúde (1937) sugere, andaram juntas. Como aponta Maurício Prada (2011, p. 351):

A década de 1930 representou uma mudança nas concepções sobre o corpo da criança e do jovem no Brasil. Até aquele momento, apesar de algumas iniciativas governamentais e parlamentares, esse tema estava predominantemente associado a eventos patrocinados e desenvolvidos por clubes e organizações privadas. O governo Vargas consolidou uma prática intervencionista a respeito e, nesse processo, duas ideias conduziram a uma nova relação entre política e corpo: a preocupação com a educação e com o civismo.

O processo de organização, regulamentação e desenvolvimento das políticas públicas de saúde por vias do Estado está percebido, neste estágio do trabalho, como um ponto de convergência entre as análises sobre saúde pública entre as décadas de 1930 e 1940. Assim sendo, como forma de prosseguir na construção de meu argumento, estabeleço inicialmente considerações a partir deste excerto no qual Getúlio Vargas (1941, p. 252), Chefe de Estado durante uma década em meia, explicitou o entendimento de seu governo em relação às novas gerações quando dizia que:

Estamos na fase de formação social em que os destinos da nacionalidade tomam rumos definitivos. Produzir, industrializar, converter em riqueza efetiva a nossa riqueza potencial (...) educar, preparar, moral e tecnicamente, os moços, fazê-los fortes de espírito e de corpo, dar às novas gerações a consciência das suas responsabilidades: tudo isso é tarefa fundamental e urgente, que nos cabe levar a termo, para transformar em realidade o ideal de engrandecimento crescente da Pátria, dentro da ordem, do trabalho e da paz.

Entendo que a consideração de Vargas coaduna o espectro ideológico do governo estado-novista, pois ao falar em termos como “destinos da nacionalidade” ou “transformar em realidade o ideal de engrandecimento crescente da Pátria”, expressa uma retórica ufanista,

⁹¹ O mesmo, avalio, pode ser interpretado no que se refere à junção entre educação e saúde. A referida Tese em História de Pessoa (2018) aborda a questão a partir do estudo da cidade de Manaus, no Estado de Amazonas.

característica de regimes como o Estado Novo (Velloso; Gomes 1982), (Diniz; Seyferth, 1999). Da mesma forma, também é possível alocar nesta lógica discursiva os motivos que sustentaram a edificação jurídica e institucional observada desde 1930. Edificação expressa nas reformas de 1937 no campo da saúde pública, através da reorganização do Ministério da Educação e Saúde, demonstradas por Hochman e Fonseca (1999) para o contexto nacional, e por Brum (2013), entre outros, para o riograndense. Entendo que essa possa ser uma forma de apreender como a saúde pública esteve inserida na ideologia do regime estado-novista e se manifestou através das políticas públicas de saúde, naquilo que Prada (2011) definiu como uma “nova relação entre política e corpo”.

Nesse sentido, a edificação de ideologias de governos se apresenta como tema recorrente na análise histórica de regimes políticos. Ao mesmo tempo, entendo que seu entendimento concorra para a compreensão do processo histórico da política de governo, nas quais as políticas públicas estão inseridas. Para o caso brasileiro em questão, pesquisas como de Velloso (1987) e Alcir Lenharo (1986) contribuíram para o entendimento das estratégias utilizadas no sentido da consolidação ideológica de governo na sociedade. Sobre o papel da educação, Lenharo (1986, p. 49) sublinha que, “num setor estratégico para o controle social como o da educação infantil, o discurso dos livros escolares, especialmente editados neste período, relevam o “labor cotidiano”, “os cuidados do lar”, “a tenacidade” e “a grande virtude militar, a disciplina”, para a construção da pátria”. A educação, nesse período, pode ser interpretada dentro do universo da saúde pública, visto que uma parte específica sua, a que tratou sobre a educação em saúde, esteve presente no universo escolar, por exemplo⁹².

Do mesmo modo, desde a perspectiva da mobilização dos intelectuais, Velloso (1987) reflete sobre a mudança ocorrida nos anos 30, a partir do discurso modernista da década anterior, na acepção de “povo”. Conforme a pesquisadora, esta foi deslocada de “problema” para a “solução” das mazelas nacionais, desde que corretamente orientada e amparada. De acordo com Velloso (1987, p. 48), essa teria sido uma das estratégias políticas do Estado centralizado e autoritário:

Este tipo de raciocínio vem, portanto, fundamentar a intervenção do Estado na organização social. E isto tem lógica, posto que ele é visto como a única entidade capaz de salvar a identidade nacional. Para levar a efeito tal missão é necessário,

⁹² Vide publicações como a Revista do Ensino do Estado do Rio Grande do Sul (1939-1942). Sobre esta, ver (Stoll; Bica; Coutinho, 2020). Em abril de 1940, do mesmo modo, ocorreu o 1º Congresso Nacional de Saúde Escolar, na cidade de São Paulo, contando com a presença de inúmeros Diretores de Departamentos de Saúde, Secretários de Educação e Saúde, entre outros profissionais da área. Entre as temáticas estiveram: organização e orientação dos serviços de saúde escolar; a saúde escolar nos meios urbanos e rurais; morbidade e mortalidade no meio escolar; a educação sanitária nas escolas, entre outros. Observo que este tema será objeto de análise em capítulo posterior.

então, elaborar um projeto “político-pedagógico”, destinado a “educar” as camadas populares.

Nesse sentido, compreendo que embora seja possível identificar uma arquitetura ideológica do discurso, isso não significa que a ideologia, enquanto conceito, se demonstre apenas como uma projeção de vontades políticas arbitrárias ou que prescindia de qualquer conexão com a realidade traduzida em demandas dos grupos sociais⁹³. As formas trazidas por Lenharo (1986) e Velloso (1987) compreendem a análise de vieses de ação ideológica por parte do Estado e que influenciaram nas suas ações.

O caso da saúde infantil pode ser tomado como um exemplo, pois ao passo em que Vargas dissertou sobre sua importância para o futuro na nação, explorando uma posição política, os relatórios e documentos estatísticos demonstram, nas esferas nacional e estadual, que a questão da mortalidade infantil foi, efetivamente, uma das grandes problemáticas da saúde pública entre as décadas de 1930 e 1940⁹⁴.

Por exemplo, foi este o panorama apresentado por Mário de Assis Brasil, em Aula Inaugural do Curso de Puericultura na Escola Normal de Porto Alegre, em 1937, ao abrir a sessão expressando que “dentro da Higiene nenhuma questão sobreleva em importância a profilaxia da mortalidade infantil. Uma cuidadosa análise das estatísticas de obituário geral mostra que no Brasil cerca de 30% das crianças que nascem morrem antes de atingir o segundo ano de vida”⁹⁵. Panorama lastimoso corroborado pelo Anuário produzido pelo Serviço Federal de Bioestatística do Departamento Nacional de Saúde, relativo ao período entre 1939 e 1941, que alertava para a “alta taxa de morte de infantes” nas capitais, com destaque negativo para Porto Alegre, Recife, Fortaleza e Salvador⁹⁶.

Alguns anos depois, em contexto internacional latino-americano, o médico Mário de Assis Brasil, especialista do Departamento Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul, ainda

⁹³ Nesta elaboração, utilizo o termo ideologia na acepção conceitual destacada por John B. Thompson (2011, p. 75-76, grifos meus), na qual diz que: “A análise da ideologia, de acordo com a concepção que irei propor, está primeiramente interessada com as maneiras como as formas simbólicas se entrecruzam com as relações de poder. Ela está interessada nas maneiras como o sentido é mobilizado, no mundo social, e serve, por isso, para reforçar pessoas e grupos que ocupam posição de poder. Deixem-me definir este enfoque mais detalhadamente: *estudar a ideologia é estudar as maneiras como o sentido serve para estabelecer e sustentar relações de dominação*”.

⁹⁴ Ao analisar periódicos médicos nacionais das primeiras décadas do século XX, Maria Stephanou (2005, p. 35) aponta que: “A denúncia dos altos índices de mortalidade infantil associada à ignorância aparece insistentemente neste período. Também são expressivos, enquanto problemas, o alcoolismo, a sífilis e a tuberculose. Mesmo considerando que muitos artigos ligados à higiene e saúde não são escritos por médicos, sendo alguns, inclusive, traduções de autores clássicos da época, importa pôr em relevo essa proliferação discursiva, em que temas médico-sociais emergem a cada momento”.

⁹⁵ BRASIL, Mário de Assis. Causas da mortalidade na Primeira Infância: Aula inaugural do Curso de Puericultura na Escola Normal de Porto Alegre. **Arquivos Rio-Grandenses de Medicina**, Porto Alegre, v. 17, n. 5, p. 243-248, 1938.

⁹⁶ **Anuário de Bioestatística 1939-1941**. 1ª. ed. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1947. 196 p. v. 1.

alertava na IV Conferência Pan-Americana da Cruz Vermelha, ocorrida no Chile, em 1940, para o fato de que no Brasil⁹⁷:

A análise das estatísticas de obituário infantil revela a extraordinária predominância da mortalidade nos dois primeiros anos de vida. Essa letalidade é, em grande parte, determinada por enfermidades que são perfeitamente evitáveis à luz dos progressos da puericultura, de modo que, o número de óbitos produzidos por causas não evitáveis é relativamente insignificante comparado com os primeiros

Diante disso, no processo de análise dos discursos, é preciso que se desenvolva um exercício metodológico que posicione o discurso político conjuntamente ao contexto empírico em interação com o arcabouço ideológico manifestado⁹⁸. É justamente no resultado desse entrecruzamento de informações que se torna possível desvendar os caminhos da ideologia política, como manifestação para um determinado público, das ações concretas. Eventualmente, como no caso das ações de assistência à saúde infantil, os caminhos podem se entrecruzar, resultando em ganhos para o público-alvo, mesmo que as ações estejam guiadas por uma concepção restrita de saúde, como demonstrado para o caso das mulheres, abordadas pelas políticas de maternidade e infância a partir do binômio mãe-filho, como entendido por Martins e Freire (2018)⁹⁹.

Nesse sentido, prossigo com uma consideração realizada por Ângela de Castro Gomes (1982, p. 153-154) sobre a relação entre ideologia e trabalho durante o Estado Novo. Entendo que sua reflexão possa ser operada no âmbito teórico-metodológico para a análise histórica das políticas públicas de saúde:

A legitimidade do arranjo institucional de dominação não pode advir simplesmente da manipulação e/ou repressão políticas, mas precisa deitar raízes em práticas que incorporem - mesmo que em bases mínimas - interesses e valores concretos dos que estão excluídos do poder.

Neste excerto, Gomes reflete sobre a questão da dominação construída na relação entre o aspecto repressivo, compreendido como uma ação ideológica, propriamente, e outra, em seus termos, através de “práticas políticas não manifestadamente ideológicas”. Considero que seu

⁹⁷ IV Conferência Pan-Americana da Cruz Vermelha, 1940, Santiago do Chile. Fatores indispensáveis na organização da luta contra a mortalidade infantil [...]. Rio de Janeiro: Cruz Vermelha Brasileira, 1940. 14 p. In: **Arquivo Gustavo Capanema**, Produção Intelectual\GC pi Brasil, M. 1940.12.05 (2).

⁹⁸ Por arcabouço ideológico manifesto considero o mapa léxico de temáticas que constituem o discurso político e que demonstram o sentido das ações políticas de determinado governo.

⁹⁹ Por exemplo, no que se referiu ao combate à mortalidade infantil, os dados estatísticos apontam para uma evolução histórica nos seus números. Nísia Trindade Lima e Francisco Vaclava (2006, p. 240-241) denotam que: “De qualquer forma, os dados divulgados pelos anuários corroboram a tendência de declínio da mortalidade infantil que, segundo Oliveira e Mendes (1995), passou de 163,6%, em 1940, para 146,4%, em 1950, chegando a 121,1%, em 1960 e 113,8%, em 1970, um declínio relativo de 30% em 30 anos”.

fundamento teórico pode ser utilizado para o argumento que construo¹⁰⁰, pois conforme a autora assinala, o supracitado arranjo institucional de dominação geralmente não está contemplado apenas pelo aparato repressivo, mas pelo conjunto de instituições e respectivos ordenamentos jurídicos que asseguram o poder de Estado através do governo político - incluindo a saúde - e que asseguram a dinâmica entre as demandas sociais e os objetivos políticos¹⁰¹.

No que concerne aos interesses desta seção, cabe o destaque dessa característica na dinâmica entre as políticas de Estado e a sociedade, através das políticas públicas de saúde. Uma análise apurada da questão implicaria a necessidade de comparativos estatísticos que demonstrem, de fato, se as políticas resultaram em ganhos efetivos. Desse modo, reservo para seção posterior este exercício, que será desenvolvido a partir do contexto estatístico no Rio Grande do Sul, e retomo o argumento central que diz respeito ao apelo político do discurso sobre a saúde das crianças e jovens.

Irene Rizzini (2011) constrói seu argumento discutindo as raízes históricas das políticas públicas para a infância no Brasil, a partir dos significados sociais que a infância adquiriu desde o Império até as primeiras décadas de República. Nesse sentido, Rizzini (2011, p. 83) demonstra que:

Nas primeiras décadas do século XX, a preocupação com a infância, como problema social, refletia a preocupação com o futuro do país. Vê-se o desenrolar do pensamento e das ações em torno da proteção à infância. Proteção não mais predominantemente caritativa/religiosa, no sentido de ajudar, amparar, abrigar (aos *'orfãozinhos'* e aos *'desvalidos'*...); porém no sentido laico, crescentemente ambivalente e judicializado do termo – defender, preservando do mal (a criança e a sociedade).

O entendimento exposto engloba as duas acepções que destaquei anteriormente, que trataram sobre as formas proeminentes de intervenção do Estado em relação às crianças entre os anos de 1930 e 1940. A infância como um problema social, como destacado pela autora e apreendido neste trabalho, - a partir da questão da saúde - não se encaixa por intermédio da perspectiva judicializada de proteção à infância, mas do amparo à saúde das crianças e jovens, tendo a puericultura como a ciência que, de certo modo, organizou o entendimento sobre as ações.

¹⁰⁰ Embora considere que, desde uma perspectiva estritamente teórica, todo e qualquer ato esteja no âmbito da ideologia.

¹⁰¹ Ao refletir sobre o papel da burocracia nos Estados modernos, Yida (1994, p. 19) diz que: “Dividida, fragmentada, mas ao mesmo tempo, homogeneizada e unificada em torno do Estado-Nação, a burocracia tem um importante papel, como demonstram Cloward & Piven, na diminuição da influência das classes populares na esfera pública, influência a que o Estado se contrapõe, e, nesse sentido, a utilização de mecanismos coercitivos não deve ser vista apenas em seu aspecto negativo, de repressão, mas em seu aspecto positivo de construtor, de organizador das relações sociais de produção”.

Ao mesmo tempo, entendo que o sentido laico verificado pela autora pode ser apreendido, no que se referiu às ações de saúde, pela crescente influência do discurso científico, que se contrapunha às práticas e tradições culturais da população. Por esse ângulo, Alves (2011, p. 158) afirma que “dos anos vinte até os anos quarenta, foi praticamente consenso entre médicos e governantes gaúchos, a ideia de que a educação sanitária deveria ser a base dos serviços de saúde pública. Acreditava-se que sem a educação do povo, as demais medidas de profilaxia seriam inúteis”. Dinâmica semelhante traz o entendimento de Maria Stephanou (2006), que estudou o discurso médico e sua interação com a educação durante o período que abordo, e sublinha que:

Nos periódicos dirigidos ao público em geral, a presença assídua de artigos escritos por médicos, ou a multiplicação discursiva de temas ligados à higiene individual e social, a circulação de informações sobre doenças, a relevância das obras de saneamento, inclusive moral, a importância da participação do povo nas campanhas sanitárias e, muito especialmente – competindo com o prestígio do tema educação escolar –, uma grande atenção à educação das mães, a puericultura, considerando-se que aí residia o enigma da caixa-preta: eduquemos as mães para que eduquem adequadamente os filhos, para que persigam a higiene pré e pós-natal.

Nessa perspectiva, pode-se supor, se encontre a relevância do sentido educacional contido em grande parte das políticas de saúde, sobretudo aquelas voltadas ao âmbito do público escolar, mas do mesmo modo, para além deste¹⁰². Conforme indica Alves (2015, p. 282-284), no contexto das reformas de saúde no Rio Grande do Sul, “a partir de 1938 os centros de saúde e os Postos de Higiene fazem o serviço de higiene da alimentação, higiene do trabalho, higiene pré-natal, higiene infantil, pré-escolar, escolar, dentária, polícia sanitária e saneamento”. Ao mesmo tempo, de acordo com os dados apresentados por Brum (2013, p. 186), no que se se referiu à tentativa de educação e esclarecimento da população, por parte do Departamento Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul, as “atividades foram desenvolvidas em todos os meios de divulgação disponíveis no período: transmissões de rádio, conselhos de saúde na imprensa regional e local, folhetos, cartazes, colaboração em revistas oficiais e privadas, publicação de periódicos e de livros”.

¹⁰² Este processo é demonstrado por Érica Mello de Souza (2012), que analisa a institucionalização da educação sanitária no Brasil, entre as décadas de 1920 e 1940, através do histórico de criação do Serviço de Propaganda e Educação Sanitária (1923) até a constituição do Serviço Nacional de Educação Sanitária (1941). Sobre estes serviços, diz: “O Serviço de Propaganda e Educação Sanitária, do Ministério da Educação e Saúde, teve seu período de atuação entre os anos de 1937 e 1941, quando então, devido à reorganização do Departamento Nacional de Saúde, as ações voltadas para educação sanitária foram ampliadas na tentativa de dar a essas práticas uma dimensão nacional. Assim, o Serviço de Propaganda e Educação Sanitária foi substituído pelo Serviço Nacional de Educação Sanitária, responsável por centralizar as práticas de educação sanitária de todo o país (...)” (Melo, 2012, p. 13).

Ainda nessa perspectiva, Rizzini (2011, p. 83) observa que, nas primeiras décadas de República, ocorria “a materialização da ideia de infância como futuro da nação, ou seja, nos termos em que se concebiam os problemas e visualizavam as soluções para salvar a infância pobre e enquadrá-la socialmente como elemento importante para o projeto civilizatório do país.” A análise dos discursos permite supor que a saúde infantil foi um dos mecanismos avaliados nesse sentido, como uma espécie de complemento aos demais instrumentos, sobretudo de ordem disciplinar e, em última medida, policialesca¹⁰³.

Prosseguindo nessa direção, Rizzini (2011, p. 23) aponta que na transição do século XIX para o século XX, “a criança deixa de ser objeto de interesse, preocupação e ação no âmbito privado da família e da Igreja para tornar-se uma questão de cunho social, de competência administrativa do Estado”¹⁰⁴. A título de exemplo, completados dois anos do regime ditatorial, em 10 de novembro de 1939, Getúlio Vargas (1940, p. 88-89) realçava como um problema nacional a questão da proteção da maternidade e infância e demonstrava as ações de seu governo nesse sentido, ao dizer que:

O problema de proteção à maternidade e à infância vem, desde muito, preocupando o Governo. Para constituir um centro de estudos e pesquisas sobre a matéria, foi resolvida a criação, na capital da República, de um instituto especializado, de onde irradiarão as diretrizes de ordem técnica. Mas, além desse empreendimento, resolveu-se iniciar, no corrente ano, uma ação construtiva e generalizada, distribuindo-se, recentemente, a importância de 3.200:000\$000 à edificação e instalação de maternidades e de centros de puericultura em quase todas as unidades federativas.

Como será demonstrado, em capítulo posterior, foi constatado um movimento jurídico-institucional que procurou contemplar a questão da infância, sobretudo ligada à assistência pré-natal e dos recém-nascidos, em âmbito mais restrito, e da educação em higiene e alimentar no âmbito escolar, em consonância com o averiguado por Brum (2013), Alves (2011; 2015) e Souza (2012), entre outros. De acordo com Pessoto, Ribeiro e Guimarães (2015, p. 15), nas primeiras décadas do século XX, “o campo da saúde pública vivia um período de redefinição

¹⁰³ Ao discorrer sobre os projetos de colonização em áreas pouco habitadas e tomando o exemplo da Amazônia, Getúlio Vargas dizia que: “A propósito, convém observar que o clima da Amazônia, ao contrário do que muitos pensam, é, geralmente, salubre e possui condições favoráveis a uma vida saudável e ao trabalho produtivo. Prova-o o fato de encontrarmos, a cada passo, famílias numerosas e uma grande população infantil. O crescimento demográfico é evidente. E bastará cuidar dessas gerações, defendendo-as contra as moléstias, preparando-as física e culturalmente, dando-lhes educação moral e cívica para transformá-las em valiosos fatores do povoamento da região. É o que queremos fazer sem perda de tempo” (Vargas, 1941, p. 88).

¹⁰⁴ Ressalte-se que ao passo que a criança progressivamente se torna um interesse administrativo do Estado, as concepções sobre a assistência infantil presentes na sociedade entram em disputa, da mesma forma. Como observa Célia Maria Magalhães (2017, p. 107): “Nesse momento, percebem-se rupturas entre governo e a sociedade civil organizada, causadas pelas diferenças entre visão, procedimento e postura perante a infância. Os sanitaristas idealizaram um projeto de caráter filantrópico, a partir do ponto de vista de que o governo federal deveria ter controle de todas as instituições de assistência às crianças. A igreja católica, de sua parte, concebia a atenção à infância a partir de visão mais assistencialista, de natureza caritativa, religiosa, própria de ordens que se dedicavam às obras assistenciais, de maneira geral, e especificamente, à infância desamparada”.

de rumos e de inversões de prioridades expressas segundo a agenda definida pelo movimento sanitarista, com ênfase na educação sanitária e no combate às endemias rurais”¹⁰⁵. Dentro desse panorama, a infância foi tomada como uma das questões sociais a serem enfrentadas pelo governo estado-novista, em conjunto a endemias e epidemias que assolavam o território de norte ao sul e que, de acordo com a avaliação do médico Mário de Assis Brasil, muitas das quais, evitáveis¹⁰⁶.

Contudo, ao mesmo tempo em que a saúde das crianças esteve demarcada como um imperativo presente, esteve, como indicado por Fonseca (1993), Rizzini (2011), Eduardo Silveira Netto Nunes (2011), entre outros, voltada ao futuro da nação, como se pode evidenciar nesta manifestação de Vargas (1941, p. 184) quando diz que:

O problema da infância é, em nosso país, dos mais urgentes. À geração que dirige a vida nacional cumpre enfrentá-lo corajosamente. Precisamos dominar as endemias, para que, dentro em pouco, a média de crescimento da população melhore e o seu rendimento econômico alcance os coeficientes dos países civilizados.

Nessa passagem se sobressai a preocupação com a saúde das crianças como um fator para o desenvolvimento econômico. Como sublinhado anteriormente, a saúde infantil pode ser identificada a partir de seu aspecto médico e científico, propriamente, mas, do mesmo modo, político¹⁰⁷. Ainda, é possível denotar a linha que realiza a ligação entre o presente da “vida

¹⁰⁵ Conforme aponta Alves (2011, p. 141), “diversas doenças contagiosas foram endêmicas ou epidêmicas no estado do Rio Grande do Sul, entre os anos de 1928 e 1945”. De acordo com a autora, é possível citar a febre tifoide, lepra, tuberculose, varíola e, por fim, verminoses (Alves, 2011, p. 141). Por exemplo, para o estado de São Paulo, Rita Barradas Barata (2000, p. 337-338) aponta que, no período entre 1930 e 1945, foram registrados surtos de leptospirose, febre amarela (silvestre), leishmaniose, três grandes epidemias de malária, tracoma, difteria, meningite meningocócica, escarlatina, sarampo, febre tifoide, tuberculose e poliomielite. Simone Petraglia Kropf (2009, p. 223-271) demonstra o percurso da comunidade científica, em relevo Carlos Chagas, na tentativa de afirmar a doença de Chagas como um problema nacional de saúde pública. Benchimol (2001) e Da Silva Magalhães (2021), entre outros, demonstram os impactos da febre amarela pelo Brasil tropical.

¹⁰⁶ Para além disso, a questão deve ser interpretada como um movimento histórico de incorporação de demandas sociais por parte do Estado. Yida (1994, p. 61) sublinha que: “Uma análise histórica da incorporação dos problemas, que constituirão áreas tradicionais da saúde pública, mostra a relação do privado-público e como o aparelho estatal vai incorporando-os, desenvolvendo atividades, destinando-lhes recursos iniciais e estruturando-se em organizações burocráticas mais complexas. Como foi assinalado, a tuberculose, a lepra e a mortalidade infantil já aparecem no cenário nacional como fenômenos relevantes no século anterior, ficando a responsabilidade de seu controle, basicamente, para as Santas Casas. Ao adquirirem maior transparência com as aglomerações urbanas dão origem a movimentos civis que congregam médicos e leigos, basicamente, e mulheres que se dedicam a filantropia, em associações ou ligas. Estas ligas (contra lepra e tuberculose, e de proteção à infância), servindo-se da divulgação e propaganda, arrecadam recursos da população em geral, criam taxas de contribuição, buscam auxílios governamentais fundando sanatórios, leprosários ou casas de proteção a órfãos”. Observo que este tema, trazido em outros momentos neste texto, será desenvolvido em capítulo posterior.

¹⁰⁷ Rizzini (2011, p. 28-29, grifos da autora), em tom crítico, dirá que: A análise da proposta de proteção à infância tendo em vista a defesa da sociedade, revela que o discurso da educação/reeducação, a despeito da magnanimidade de muitos dos nossos reformadores, longe de constituir apenas um gesto de humanidade, na verdade, serviu de obstáculo à formação de uma consciência mais ampla de cidadania no país. Salientava-se que a criança deveria ser educada visando-se o futuro da nação; no entanto, tais palavras, transformadas em ação, revelavam que, em se tratando da infância pobre, educar tinha por meta *moldá-la* para a submissão”.

nacional” e o futuro, quando Vargas destaca o problema da infância e das endemias como um problema que afeta o crescimento da população e, com isso, os coeficientes de produção, argumento, por sinal, identificado em outros países do Continente Latino-Americano no período, como demonstrado por Nunes (2011)¹⁰⁸. Neste ponto, faz-se necessário ressaltar que nação, como uma das acepções apresentadas nesse contexto, sobretudo nas manifestações de Vargas, pode ser entendida como o amálgama entre as esferas política e econômica, pois ambas deveriam caminhar juntas para o engrandecimento da pátria e a conquista de um patamar de civilização aos moldes europeus ou norte-americano.

Prosseguindo nesse raciocínio, trago Maria Martha de Luna Freire (2008), que trata sobre a construção da ideia de maternidade científica, no Brasil, a partir da década 1920. De acordo com Freire, a ideologia da maternidade como uma função primordial das mulheres não possuiu sua gênese no século XX, mas observou neste uma nova perspectiva, “encontrando sua justificativa em questões demográficas, sanitárias ou patrióticas, o maternalismo associou-se, na década de 1920, à valorização social da ciência, a qual lhe conferiu novo caráter” (Freire, 2008, p. 154). Para além disso, Freire (2008, p. 154) observa que:

No Brasil esse fenômeno apresentou dimensão singular, associada às especificidades do cenário econômico, político e social, em particular o projeto modernizador republicano, que depositava na conservação das crianças, entre outros elementos, esperança para a viabilidade da nação. Tal concepção fundamentou uma convergência identitária entre saúde, educação e nação, e uniu a intelectualidade urbana na elaboração de ampla proposta reformadora que tinha na higiene seu eixo central.

A consideração realizada por Freire dialoga com elementos encontrados em documentos do Departamento Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul, especialmente nos artigos publicados por seu corpo técnico. Ao mesmo tempo, também se relaciona com o que se percebe nas manifestações do governo, como neste pronunciamento de Vargas (1939, p. 160, grifos meus) no Natal, quando diz que:

Acudindo a este apelo em favor da maternidade e da infância, feito, deliberadamente, no dia de Natal, tereis, por certo, prestado homenagem bem grata Àquele que veio ao Mundo como símbolo da bondade, amparo dos fracos e das crianças, e contribuireis de maneira decisiva para o *fortalecimento da juventude, garantia futura do engrandecimento da nacionalidade brasileira*.

No entanto, o fato de identificar nos documentos a junção entre saúde, educação e nação, não implica na mera confirmação do pressuposto teórico na documentação. Compreendo que este seja o ponto de partida para a análise teórico-metodológica das políticas, propriamente, que

¹⁰⁸ A infância como valor de futuro foi identificada por Nunes (2011, p. 15) como uma noção que permeou o Continente Latino-Americano durante a primeira metade do século XX. Para isso, abordou documentos relativos aos Congressos Panamericanos da Criança, entre os anos de 1916 e 1948).

serão abordadas nos próximos capítulos. Nesse sentido, como destacado no início das considerações, neste capítulo, observo que o argumento se faz completo na apreensão conjunta dos tópicos anteriores. Afinal, um tema específico como a localização das crianças em um discurso político necessita ser visualizado, entendendo, a partir de sua soma a outros elementos que compõem o contexto que, neste exercício, trata-se das políticas públicas de saúde. Conforme indicam Martins e Freire (2018, p. 190):

No cenário impregnado pelo ideário higienista, o “problema da infância”, representado principalmente pela elevada mortalidade infantil - supostamente resultante da falta de cuidados adequados com as crianças - associou-se ao “problema da mulher” - decorrente da alegada deterioração do comportamento feminino - como alvo prioritário da proposta reformadora. As estratégias de enfrentamento da questão não se reduziram a ações de assistência materno-infantil, mas também iniciativas de educação das mulheres mães visando a criação adequada de seus filhos.

Os excertos acima auxiliam que se compreenda como foi estabelecido um paralelo entre a saúde das crianças e a prosperidade da nação. Assim como a saúde das mulheres, através de seu suposto papel social de mães, a das crianças serviu a um propósito político de mobilização, tanto por parte dos propositores das teses científicas, como da população que foi objeto-alvo. Considero, dessa forma, que embora eu tenha dissociado para fins de análise, a saúde das mulheres, assim como das crianças, deva ser interpretada através de um movimento único. Assim sendo, é nesse sentido que a educação e a saúde para mães, e o cuidado com as crianças, se encontram com propósitos semelhantes.

Retomando a questão do ideário higienista, embora usualmente o higienismo, ou o movimento higienista¹⁰⁹, sejam apresentados como marcas das duas primeiras décadas de República, suas reminiscências são perceptíveis no pós-1930. Talvez desvanecido pelo extenso arcabouço jurídico-político representado nas instituições reorganizadas e criadas a partir da segunda metade da década de 1930, porém, certo “resquício higienista” é perceptível nos discursos, mas também nos tratados científicos, principalmente no que se referiu à relação entre saúde e educação. Como atenta Ristow (2011, p. 87, grifos da autora):

¹⁰⁹ Sobre o higienismo, alguns autores contribuem para seu entendimento. Ao tratar sobre higiene e higienismo entre o Império e a República, Denise Bernuzzi de Sant'anna (2011, p. 303) destaca que: “A antiga relação mimética entre o corpo humano e o cosmos parecia doravante substituída por outra, formada pelo par cidade-cidadão. A semelhança que muitos higienistas e escritores estabeleceram entre o que deveria ser o “corpo da cidade” e o de seu habitante facilitou a transformação da higiene em uma ciência capaz de contribuir para um duplo e simultâneo progresso: social e individual”. Maria Izilda Santos de Matos (2003, p. 109-110) compreende que: “O higienismo, como uma das bases da doutrina médica, criou todo um conjunto de prescrições que deveriam orientar e ordenar a vida, nos seus mais variados aspectos: na cidade, no trabalho, no comércio de alimentos, no domicílio, na família, nos corpos. Costumes e hábitos cotidianos, os prazeres permitidos/ proibidos e a sexualidade deveriam seguir o parâmetro médico-sanitarista. Nesse sentido, destacava-se a necessidade de impor uma profilaxia antimicrobiana aos lares. Caberia à mulher o cuidado com a saúde e o bem-estar da família, de modo que se ampliaram suas responsabilidades como dona de casa no controle dos mandamentos da higiene doméstica e em relação à infância (cf. Costa, 1979)”.

Nos anos 1920, dois termos passaram a ser utilizados com frequência, tanto no discurso político, como médico: *salubridade* e *higiene* (ou *higienismo*). O sentido desses termos era intercambiável e estava entre o político, o médico e o educacional, sempre dilatando o seu significado conforme as apropriações do campo social e essas áreas em específico.

Coloco, mesmo que brevemente, a questão deste certo resquício higienista, pois o sentido de informação, de esclarecimento, de educação, trazido pelas ideias higienistas podem ser percebido nos materiais educativos ligados à saúde, sobretudo das crianças¹¹⁰. Da mesma forma, a noção de que práticas antiquadas, ligadas muitas vezes ao meio em que se encontram os indivíduos, insalubres, necessitam ser modificadas através do esclarecimento do saber científico que teria a função de orientar os que não teriam hábitos considerados adequados¹¹¹. Nesse viés, Martins (2004, p. 198) acrescenta que:

O discurso médico sobre a infância, produzido no início do século XX, tinha, portanto, uma razoável fundamentação em princípios e informações que foi ampliada com a discussão em torno do valor da infância não só para as famílias, mas para a pátria. Aprimora-se o conceito de criação de crianças, ou da puericultura, entendido como o conjunto de medidas adotadas para aumentar a natalidade, como a higiene no casamento, a prevenção de doenças infantis e um grande número de regras higiênicas no cuidado com a criança, referentes à habitação, à alimentação, ao vestuário, aos cuidados corporais, aos exercícios físicos e à educação.

Como exemplo dessa persistência, trago Mauro Castilho Gonçalves (2011), que analisou uma série de palestras proferidas na Rádio Tupi, do Rio de Janeiro, pelo médico da equipe técnica do Serviço de Propaganda e Educação Sanitária do Ministério da Educação e Saúde, Savino Gasparini¹¹². A partir disso, conseguiu formular o que denomina de “Vocabulário de Eugenia e Higienismo do Estado Novo”, e o resultado foi a construção de palavras-chaves que dão o mapa conceitual das palestras e que foram: “criança, educação física, educação mental, escola, Estado, eugenia, fábrica, jovens, habitação, higiene, lei, operário, país, patrão, produção, religião, saneamento e saúde” (Gonçalves, 2011, p. 158). Este sentido se aproxima do observado por Stephanou (2005, p. 35) que, ao analisar a relação entre discurso médico, educação e ciência, percebeu que:

¹¹⁰ Refiro-me, sobretudo, aos artigos publicados na seção de saúde da Revista do Ensino do Estado do Rio Grande do Sul (1939-1942) que dispunha de artigos educativos contando com ilustrações e gráficos.

¹¹¹ Martins (2004, p.217-218) observa que: “A crença na missão ‘civilizadora’ dos médicos levou-os a formular um projeto de reorganização da sociedade, visando a produzir indivíduos saudáveis no corpo e no espírito, capazes de efetuar transformações não apenas em suas vidas particulares, mas no destino do país. Para cumprir esta missão elaboraram um discurso reformista sobre as principais instituições que, segundo sua interpretação, eram responsáveis por graves erros e vícios na formação do povo brasileiro, a começar pela família, alcançando as escolas, hospitais, quartéis, prisões, mercados, cemitérios, enfim, milhares de espaços públicos e privados que deviam seguir as normas da reforma higienista”.

¹¹² Verbetes sobre a Rádio Tupi, inaugurada em 1935, no Rio de Janeiro, e de propriedade de Assis Chateaubriand, Disponível em: <http://www.fgv.br/Cpdoc/Acervo/dicionarios/verbete-tematico/radio-tupi>. Acesso em: 03 mar. 2022.

No Brasil, uma evidência se mantém nas primeiras décadas do século XX: os médicos consideraram a escola o locus educativo por excelência, concebendo a educação de jovens e crianças como aquela que produzia os melhores resultados, mais intensos, arraigados ao próprio modo de ser e se portar do indivíduo. Por isso, dirigir às crianças e aos adolescentes a educação, e aos adultos, a assistência.

Retornando às fontes, na esteira de um ano do Estado Novo, em discurso improvisado no salão nobre do Palácio dos Campos Elíseos, Vargas se voltava “às crianças, sementeira sagrada, cujas almas cândidas guardam o mais puro amor da Pátria e as esperanças no regime novo” (Vargas, 1938, p. 325). A interpretação de seus discursos permite inferir que na retórica política o papel das crianças foi o de sustentação do presente e base para o futuro da nação. Conforme procurei argumentar nesta seção, a saúde das crianças, através do discurso político, foi abordada de um modo particular, ligando-a à nação e seus propósitos. Do mesmo modo, a exposição da necessidade de melhorias nos índices da saúde infantil foi colocada, pelo discurso médico, através de uma lógica educativa, de caráter esclarecedor, contando com a educação em saúde como um elemento preponderante. Entretanto, para que se possa realizar o exercício metodológico proposto por Charaudeau (2006) que articula a idealidade dos fins (o político) e a disposição dos meios para atingi-los (a política), é preciso a construção de argumentos e interpretações complementares, as quais serão desenvolvidas em seção posterior.

2.4 Saúde para infância e juventude na Constituição Outorgada de 1937

Nesta seção, procuro identificar e interpretar de que modo a infância e a juventude, através da perspectiva da saúde, foram estabelecidas como dispositivos jurídicos na Constituição Outorgada de 1937. Como demonstrado em seção anterior, na qual analisei a Constituição de 1934, o tema da maternidade foi reduzido consideravelmente em 1937, mas, por outro lado, houve o incremento de questões relativas à infância e juventude¹¹³.

Antes de mais nada, compreendo que não seja demasiado recapitular que a Carta de 1937 foi do tipo outorgada, como uma espécie de distintivo de instauração da Ditadura do Estado Novo, implementada em 10 de novembro de 1937. Para além de uma observação que não se apresenta como novidade analítica, perceber a Carta outorgada como desenho jurídico da Ditadura auxilia na compreensão desta como uma representação do jogo de forças dentro da

¹¹³ Análises sobre os textos das Constituições de 1934 e 1937 podem ser encontradas em: Fernanda Xavier da Silva (2010). Também: João Carlos Jarochinski Silva (2011). No que se referiu à proteção da legislação do trabalho em relação às gestantes houve a duração entre 10 de novembro de 1937 até 31 de agosto de 1942, quando o Decreto nº 10.358, de 31 de agosto de 1942 suspendeu os Art. 137 e 138 em suas completudes e não sendo revogados até o fim do Estado Novo, fato que carece considerações.

formação social referida. De acordo com Maria Tereza Aina Sadek (2019, p. 105), “com o golpe de 1937 e a instauração da ditadura varguista, o Estado de direito foi abolido e uma nova Carta foi outorgada. As principais características desse documento são a concentração de poderes no governo central; a restrição dos direitos civis e políticos; a censura prévia”.

O resultado desta composição de forças permitiu sua arquitetura de um modo específico, sobretudo, através da proeminência do Poder Executivo em detrimento do Legislativo, como percebeu Eli Diniz (1999), e que demarcou a forma de elaboração e execução das políticas, que foram irradiadas desde o Executivo federal e seguidas nos Estados, sob orientação e fiscalização federal, como indica o organograma do Ministério da Educação e Saúde¹¹⁴. Nesse sentido, conforme o entendimento de Luciano Aronne de Abreu (2016, p. 478), a Constituição de 1937 se constituiu “num importante momento de institucionalização do regime, daí o grande esforço dos seus intelectuais e juristas para tentar justificar e legitimar jurídica e politicamente os seus termos como os de uma nova democracia corporativa”.

De forma a evidenciar o autoritarismo na configuração dos Poderes, Abreu (2016, p. 472) define a Constituição Outorgada como sendo, paradoxalmente, uma “não-Constituição” ao salientar que os indícios de “concentração de poderes configurariam no Brasil um regime de presidente único, como dizia Oliveira Viana, ou seja, não subordinado ao Parlamento nem a ninguém, mas exercendo o seu poder em nome da nação, só a ela subordinado e só dela dependente”. Por sua vez, Coelho (1998, p. 8) a considera como uma peça que está assegurada por sua relevância analítica e jurídica e por seu caráter histórico, todavia, entende não ser plausível “dizer que não houve Constituição, pois havia uma norma superior que determinava a ordem básica do Estado, que buscava legitimar a ação tomada”.

Augusto de Andrade Barbosa (2012) analisou a história constitucional brasileira e delineou características que aproximariam manifestações políticas distintas, como as cartas constitucionais, de um caráter autoritário. Desse modo, Barbosa (2012, p. 23) destaca “a concentração do poder político, a redução dos limites impostos ao governo (não raro em prejuízo dos direitos fundamentais) e a desvalorização da democracia representativa” como traços definidores mínimos. Cita Francisco Campos para demonstrar o que define como “a expressão mais bem acabada das premissas autoritárias”, as quais citei acima, quando este manifesta que “a incapacidade do Poder Legislativo para legislar é hoje um dado definitivamente adquirido não só pela ciência política como pela experiência das instituições

¹¹⁴ Organização do Ministério da Educação e Saúde. Brasília: **Serviço de documentação do Ministério da Educação e Saúde**, 1974. 30 p.

representativas, em quase todos os países do mundo, inclusive nos de tradição parlamentar.” (Barbosa, 2012, p. 23 apud Campos, 2001, p. 47)¹¹⁵.

Caminho semelhante percorre Marco Antonio Cabral dos Santos (2007), que se vale, da mesma forma, de Campos para asseverar que:

Na retórica campista, o golpe de 1937 figura como uma medida preventiva, não apenas para sanar os “equivocos” da Constituição de 1934 - excessivamente liberal - mas para afastar os perigos que a inadequação daquele regime suscitava. Ajustando a política nacional aos imperativos da chamada “moderna sociedade de massas”, que em todo o mundo - especialmente na Europa - vinha mostrando a inoperância e a fragilidade das democracias tal como eram praticadas, era preciso refundar o regime democrático, livrando-o dos infrutíferos debates parlamentares, que obstaculizavam a natural relação entre o líder da nação e seu povo (Santos, 2007, p. 34).

Nesse sentido, de acordo com os entendimentos de Santos (2007), Sadek (2019), Abreu (2016), e Barbosa (2012), a Constituição de 1937 foi configurada a partir de um desenho autoritário. Ao mesmo tempo, enredou os poderes Legislativo e Judiciário nas salas do Executivo como forma de limitar a participação legislativa, com o intuito de realizar a ligação íntima entre os desígnios populares e seu líder. Assim sendo, parto deste cenário político, mas sobretudo jurídico, para analisar o tema desta seção.

Inicialmente, considero que, em relação a saúde da infância e juventude, a Carta apresentou a propriedade de sustentação da temática como um assunto de Estado. Aronne de Abreu (2016, p. 47) observa que a Constituição Outorgada de 1937 se constituiu como uma “norma de fato, cuja existência estaria limitada à força que a mantém”. Em linhas gerais, uma norma de fato, no constitucionalismo político e jurídico, constitui-se como uma espécie de concerto social - embora não imune a tensões de discordância - representativo de determinado momento histórico e materializado em norma superior: uma Constituição (Streck, 2003).

Isto posto, torna-se plausível considerar que as políticas públicas de saúde, como elementos de ação de determinado governo, logo, de seus pressupostos, funcionam como um pilar de sustentação de sua interação com os indivíduos. Conforme Pessoto, Ribeiro e Guimarães (2015, p. 17) ressaltam, “a saúde pública é um campo fértil para a investigação das relações de poder e da maneira pela qual o Estado é constituído e apropriado, no decorrer da política estabelecida e praticada”. Sendo assim, pressuponho que a Carta Outorgada de 1937 pode ter sustentado a temática da infância e juventude em seus dispositivos constitucionais através da estimativa de que seriam tópicos pertinentes ao projeto ideológico que

¹¹⁵ Sobre este personagem central no Estado Novo brasileiro, ver: Rogerio Dutra dos Santos (2007).

representava¹¹⁶. Do mesmo modo, se torna possível apresentar o caráter de historicidade de uma forma de ação política que proporcionou a manutenção do governo, baseado na execução de políticas públicas específicas que são, invariavelmente, uma forma de interação de um governo com os indivíduos ou grupos e, também, uma forma de hierarquizar interesses, como entende Augusto (1989, p. 107).

Isso pode ser evidenciado, por exemplo, pelo fato de ter corroborado o disposto inaugurado pela Constituição de 1934 que estabeleceu como dever do Estado a proteção da infância e da juventude através do imperativo, mesmo que genérico, do Art. 127 que estabelecia que “a infância e a juventude devem ser objeto de cuidados e garantias especiais por parte do Estado, que tomará todas as medidas destinadas a assegurar-lhes condições físicas e morais de vida sã e de harmonioso desenvolvimento das suas faculdades”¹¹⁷. Dessa forma, para o intento deste exercício de análise, a efetividade propriamente jurídica da Constituição de 1937 não possui um lugar privilegiado, mas sim a demarcação da temática constitucionalmente, consolidando a União como ente responsável por definir as diretrizes sobre a saúde pública de mulheres e crianças. Não ao acaso, a partir do final da década de 1930 e durante a década seguinte, se estabeleceu uma ordenação institucional específica, sobretudo com o Departamento Nacional da Criança, em 1940, que estatuiu as bases da organização de proteção à maternidade, à infância e à adolescência no País¹¹⁸.

Esta demarcação pode ser observada no Art. 16 que definia competir privativamente à União o poder de legislar sobre determinadas matérias, entre as quais a contida no inciso XXVII, que se referia às “normas fundamentais da defesa e proteção da saúde, especialmente da saúde da criança”¹¹⁹. Este inciso apresentou uma novidade conceitual em relação à

¹¹⁶ Em que pese discordâncias acerca da aplicabilidade/efetividade jurídica da Constituição de 1937, o apelo sistemático às ideias de nação, nacionalidade, pátria e família foi consubstanciado, no discurso político estado-novista, ao desenvolvimento político e econômico, como pude observar em meu trabalho de dissertação (Wilke, 2017). Entendo que a compreensão deste nexos discursivo pode auxiliar na abordagem analítica da questão da infância e juventude, visto que, por lógica, a sustentação de tópicos políticos centrais significava a validação do próprio regime de exceção, como a própria configuração da Constituição de 1937 sugere.

¹¹⁷ BRASIL. [Constituição (1937)]. **Constituições Brasileiras**: 1937. 3ª. ed. Brasília: Editora do Senado Federal, 2012. 120 p. v. 4.

¹¹⁸ Coelho (1998, p. 102-103), ao destacar as generalidades contidas na Carta Outorgada, observa que: “(...) a Constituição de 1937 trouxe uma programaticidade social-democrática, herdada em parte da Constituição de 1934, aparecendo amiúde regras de caráter programático. As regras programáticas, as quais hão de orientar os Poderes Públicos, são aquelas em que o legislador, constituinte ou não, em vez de editar uma norma de aplicação concreta, apenas traça linha diretora. A legislação, a execução e a própria justiça ficam sujeitas a esses ditames, que são como programas dados à sua função”.

¹¹⁹ BRASIL. [Constituição (1937)]. **Constituições Brasileiras**: 1937. 3ª. ed. Brasília: Editora do Senado Federal, 2012. 120 p. v. 4.

Constituição de 1934, pois inaugurou a utilização do termo “criança”¹²⁰. Ao mesmo tempo, designou como competência privativa da União o atributo de definir as diretrizes gerais e a competência de delegar a elaboração de leis e normas específicas para a esfera estadual em relação a saúde da criança e assistência pública, de modo geral¹²¹. Todavia, na Constituição de 1934, o amparo do Estado esteve referido aos termos infância e ao termo menor, definindo idades, a partir do limite de 14 anos, para a proibição de trabalhos específicos. De todo modo, a definição do termo criança, em acordo com Niehues e Costa (2012) e Bezerra, Coutinho da Silva, Bezerra e Féres (2014), pode sugerir a ascensão, em disposto constitucional, da influência do entendimento médico em relação à especificação do cuidado com a saúde da criança, propriamente, e suas particularidades.

Retomando, a demarcação temática tomou forma através do Art. 18, no qual se determinou que, a despeito de autorização da União, “os Estados podem legislar, no caso de haver lei federal sobre a matéria, para suprir-lhes as deficiências ou atender às peculiaridades locais, desde que não dispensem ou diminuam as exigências da lei federal, ou, em não havendo lei federal e até que esta regule”¹²². Sublinho que a matéria em destaque se referiu a Alínea C do referido Artigo, que tratou sobre assistência pública, obras de higiene popular, casas de saúde e clínicas, indicando que, em que pese o domínio sobre o tema estar sob a égide da União, os Estados poderiam dispor de certa autonomia administrativa rompendo, ao menos em tese, a verticalidade administrativa expressa.

Prosseguindo, o exercício comparativo entre as Cartas de 1934 e 1937 possibilita denotar uma diferenciação do papel do governo federal em relação à saúde das crianças. De modo sucinto, do ponto de vista da inserção temática, em 1934 os cuidados com a infância estiveram ligados à díade maternidade e infância, regulamentadas a partir do Art. 121 que tratou sobre a proteção social do trabalhador, o amparo da produção e as condições de trabalho. De

¹²⁰ Nesse sentido, Mariane Rocha Niehues e Marli de Oliveira Costa (2012, p. 287) dialogam com literatura voltada ao entendimento do percurso histórico dos termos infância e criança e apontam que: “A concepção de infância que possuímos hoje foi uma invenção da modernidade, sendo constituída historicamente pelas condições socioculturais determinadas. ‘A infância seria um conceito, uma representação, um tipo ideal a caracterizar elementos comuns a diferentes crianças’ (Fernandes; Kuhlmann Júnior, 2004, p. 28)”. Nessa linha se apresenta o entendimento de Samuel Lincoln Bezerra Lins, Maria de Fátima Oliveira Coutinho da Silva, Zoraide Margaret Bezerra Lins e Terezinha Féres Carneiro (2014, p. 131), quando dizem que: “A ciência moderna, ao elaborar um conjunto de características sobre a criança, reconhece a infância como um momento do desenvolvimento humano, abrindo campo para vários estudos e orientações no cuidado e educação desse grupo etário –o universo infantil–. Entretanto, a análise da produção existente sobre a história da infância permite afirmar que a preocupação com a criança encontra-se presente somente a partir do século XIX, tanto no Brasil como em outros lugares do mundo”.

¹²¹ É de interesse metodológico a verificação de como ou se essa dinâmica de competências ocorreu no Estado do Rio Grande do Sul. No entanto, reservo esta discussão para capítulo posterior.

¹²² BRASIL. [Constituição (1937)]. **Constituições Brasileiras**: 1937. 3ª. ed. Brasília: Editora do Senado Federal, 2012. 120 p. v. 4.

outra forma, em 1937, ocorreu o acréscimo do termo “criança”, sublinhando discriminação entre os termos infância e criança e, para além disso, destacando a ideia de uma “saúde da criança” pela primeira vez em disposto constitucional. Na Carta anterior, o único paralelo em que se percebe tal distinção é na Alínea F do Art. 138, em que se incumbiu à União, Estados e Municípios “adotar medidas legislativas e administrativas tendentes a restringir a moralidade e a morbidade infantis; e de higiene social, que impeçam a propagação das doenças transmissíveis”¹²³.

Ainda em perspectiva comparada, a Constituição Outorgada diferenciou-se pela forma de atribuição dos entes da federação. Como referido, a legislação concernente à defesa e proteção da saúde e, como destacado na letra constitucional, em especial a da criança, competiu privativamente à União. Embora os Art.17 e 18 instituíssem a possibilidade de os Estados regularem matéria de acordo com suas demandas, e na falta de lei federal equivalente, resta clara a predominância dos interesses do governo federal no que se refere ao assunto da matéria. Isso se evidencia nos próprios Artigos 17 e 18 os quais, respectivamente, sinalizam que, em caso de ação estadual para a criação de novas leis, “a lei votada pela Assembleia estadual só entrará em vigor mediante aprovação do Governo federal” e “desde que não dispensem ou diminuam as exigências da lei federal, ou, em não havendo lei federal e até que esta regule”¹²⁴.

Neste ponto, a Carta Outorgada demonstra a proeminência da perspectiva da União em relação aos Estados, centralizando nas decisões do Executivo as matérias de interesse, de um modo que não se observa na disposição constitucional anterior. Embora a competência privativa não delimite a legislação - que no caso do Estado Novo ocorreu via Decretos-Lei - apenas ao Executivo Federal, a este proporcionou o controle programático das políticas, a ênfase institucional. A título de exemplo, no Art. 10 da Constituição de 1934, se estabeleceu a competência concorrente à União e aos Estados para “cuidar da saúde e assistência públicas”, tema de seu inciso segundo¹²⁵.

Desse modo, considero que a análise da Constituição Outorgada de 1937 permite que se apreenda sua relevância, no que diz respeito à saúde das crianças ou ao cuidado com a saúde infantil, a partir da sustentação do tema em linhas constitucionais. Embora a efetividade jurídica

¹²³ Embora não seja uma discussão central desta pesquisa, a comparação do termo infância nos dispostos constitucionais de 1934 e 1937 sugere que no segundo ocorre certa delimitação dos significados de infância, pois neste, em primeiro lugar, ocorre a inserção do termo “saúde da criança”, desprendido do termo maternidade e infância. Em segundo lugar, o termo infância, que em 1934 vinha conjugado à maternidade, passa a ser apresentado na díade infância e juventude.

¹²⁴ BRASIL. [Constituição (1937)]. **Constituições Brasileiras**: 1937. 3ª. ed. Brasília: Editora do Senado Federal, 2012. 120 p. v. 4.

¹²⁵ BRASIL. [Constituição (1934)]. **Constituições Brasileiras**: 1934. 3ª. ed. Brasília: Editora do Senado Federal, 2012. 163 p.

da carta constitucional possa ser contestada, como assinalado por Aronne de Abreu (2016) e Coelho (1998), seu valor reside no caráter político da sistematização apresentada, pois conformou, em linhas gerais, a dinâmica corporativa, a centralidade do Executivo federal e o desenho ideológico do governo, elementos que ditariam a forma institucional elaborada com as reformas, sobretudo, a partir de 1937.

Do ponto de vista da competência material, o conjunto de 1934 demonstrou teor mais assertivo destacando, como visto, inclusive alíquotas das rendas tributárias da União, Estados e Municípios para o amparo à maternidade e infância. No entanto, ao delimitar como competência privativa à União as normas fundamentais da defesa e proteção da saúde, de modo geral, e das crianças, de modo específico, a Carta Outorgada sublinhou o mérito da questão como um propósito de governo. Da mesma forma, embora tenha observado menor assertividade no disposto constitucional, é preciso que se contemple o contexto burocrático estabelecido após 1937, pois possuindo as novas atribuições do Ministério da Educação e Saúde como dianteira, estabeleceram-se serviços distintos para o cuidado da saúde infantil no Brasil.

2.5 Políticas materno-infantis: uma crítica histórica

No tópico anterior encerrei o segmento deste capítulo no qual o objetivo foi identificar e analisar a relação entre a política, através dos discursos de Getúlio Vargas e as Constituições de 1934 e 1937, e os tópicos saúde e saúde de mulheres e crianças. Como mencionado anteriormente, como propósito que percorre este capítulo, procuro identificar no discurso do líder estado-novista determinados parâmetros em relação à saúde que podem indicar ênfases temáticas que se deslocaram do plano retórico ao plano institucional e jurídico de assistência à saúde¹²⁶.

Ao concluir este primeiro movimento de análise, considero que o contexto político terá sido delineado, possibilitando o prosseguimento da investigação através de tópicos mais específicos do ponto de vista das políticas públicas de saúde, sob os vieses científico e institucional, sobretudo no Estado do Rio Grande do Sul¹²⁷. Dessa forma, contemplada esta

¹²⁶ Parâmetros foram edificados institucionalmente desde a Constituição de 1934, passando pela Carta Outorgada de 1937, e consubstanciados com a reorganização do Ministério da Educação e Saúde, através da Lei Nº 378, de 13 de janeiro de 1937. Neste ponto, considero metodologicamente adequado observar que, embora o Estado do Rio Grande do Sul seja o objeto primário deste exercício, a conjuntura política e econômica do recorte temporal que estabeleço demanda a apreciação entre o contexto nacional e estadual como requisito analítico.

¹²⁷ Contexto que se apresenta como recurso metodológico, ao delinear uma dinâmica que prescinde do recorte espacial do Rio Grande do Sul. Com isso, por contexto não me refiro ao “plano de fundo dos acontecimentos”, mas sim à conjuntura política que deu forma à dinâmica entre os executivos federal e estadual.

primeira finalidade, entendo que seja adequado partir para o último aspecto abordado neste capítulo, no qual trago à tona reflexões de ordem social em relação a maternidade e infância e que servirão como elementos para a interpretação empírica das políticas em âmbito estadual nas seções seguintes.

De antemão, saliento que os termos maternidade e infância se apresentam como tópicos, neste capítulo, por terem sido destacados pela retórica política quando da manifestação em relação à saúde de mulheres e crianças, como procurou-se demonstrar¹²⁸.

Nesse sentido, a dinâmica que realizo pretende situar maternidade e infância como elementos norteadores do discurso político estado-novista, dentro da especificidade da saúde pública, pois o atendimento às mulheres e às crianças, nesta estrita acepção, se traduziu em importância institucional. Neste processo, a coordenação das atividades nacionais relativas à proteção à maternidade, à infância e à adolescência, no Brasil, fora concentrada num órgão próprio, o Departamento Nacional da Criança, criado em 1940¹²⁹. Ao mesmo tempo, conforme aponta Rizzini (2011, p. 30), “foi sobretudo entre finais do século XIX e as três primeiras décadas do século XX que houve a gestação das ideias e das práticas que se processaram no país até os dias de hoje (Pilotti e Rizzini, 1995)”. Com isso, a autora se refere basicamente às leis de proteção e assistência às crianças, mas também à compreensão geral da necessidade de intervenção na família, retirando, em partes, sua autoridade sobre os filhos (Rizzini, 2011, p. 64).

Por último, parto das considerações historiográficas realizadas por Martins e Freire (2018) e Martins (2004) para desenvolver argumentos que problematizam as noções de maternidade e infância, na acepção destacada pelos discursos abordados durante este capítulo. Sobretudo, por terem alocado nas mulheres atribuições específicas relacionadas à construção social do gênero¹³⁰ e que podem ser traduzidas, genericamente, a partir de sua presumida

¹²⁸ Reparo que nesta seção, quando me refiro à maternidade e infância, este último termo é tomado a partir das políticas de saúde para crianças e não propriamente a partir da discussão do caráter histórico de formação da ideia de infância, algo que levaria a discussão para um campo o qual não desenvolvo. Para um balanço historiográfico sobre a infância como objeto da história ver: Braga (2015). Para uma reflexão filosófica e um resgate histórico ver: Gagnebin (2005).

¹²⁹ Decreto-lei Nº 2.024, de 17 de fevereiro de 1940. **Fixa as bases da organização da proteção à maternidade, à infância e à adolescência em todo o país.** Coleção das leis da República dos Estados Unidos do Brasil de 1940: atos do poder executivo - decretos-leis de janeiro a março primeira parte, Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, ano 1940, v. 1, n. 1, p. 98-101, 1944.

¹³⁰ RAGO, Margareth. Epistemologia feminista, gênero e história. In: PEDRO, Joana Maria e GROSSI, Miriam Pilar (Org.). **Masculino, feminino, plural.** Florianópolis: Editora Mulheres, 2000. Quando me refiro a construção social do gênero, procuro sublinhar como, historicamente, o discurso político situou socialmente parte das mulheres em sua inserção nas relações sociais, ocupando determinados postos de trabalho ou, da mesma forma, sendo excluídas dos mesmos. (Scott, 1989; Rago, 1995).

predisposição natural à maternidade, a qual seria valorizada devido sua contribuição à nação¹³¹ (Freire, 2008; Ostos, 2009).

Como argumentei durante este capítulo, a especificidade da saúde no período estudado pode ser interpretada pela forma de sua inserção no projeto de nação proposto. Para os propositores políticos do Estado Novo, a saúde possuiu um caráter de instrumento da nacionalidade, de “edificação da raça”, mas também de simbiose entre as aspirações individuais e coletivas, entre o indivíduo e a nação, entre a política e a economia, como se observa nesta passagem de Getúlio Vargas quando diz que:

Todo trabalhador, qualquer que seja a sua profissão é, a este respeito, um patriota que conjuga o seu esforço individual à ação coletiva, em prol da independência econômica da nacionalidade. O nosso progresso não pode ser obra exclusiva do Governo, sim de toda a Nação, de todas as classes, de todos os homens e mulheres, que se enobrecem pelo trabalho, valorizando a terra em que nasceram (Vargas, 1940, p. 291).

Neste ponto, não se trata de alçar a saúde a um elemento central da retórica estado-novista, o que seria um equívoco, mas de sublinhar sua dimensão dentro da lógica de assistência social, trabalhista e corporativa que visava, em última instância, o fortalecimento da autodenominada democracia social do Estado Novo¹³².

Na inserção social pretendida à parte das mulheres, foi atribuído o papel social da maternidade, embora as tensões advindas em consequência da divisão sexual do trabalho tenham colocado em interação posições divergentes, sobretudo, a partir de grupos ligados aos interesses das próprias mulheres (Marques, 2016; Rohden, 2001). Ao mesmo tempo, às crianças e aos jovens se atribuiu o futuro do país, os novos braços a sustentarem o porvir, imbuídos dos princípios da nacionalidade estado-novista. Diante disso, como objetivo nas próximas linhas, procuro compreender as noções de maternidade e a infância contidas no discurso político estado-novista.

Gisele Sanglard e Luiz Otávio Ferreira (2018, p. 145) refletem sobre a relação estabelecida entre as elites, o estado e a assistência à saúde, no Brasil, entre fins do século XIX e primeiras décadas do século XX. Nesse sentido, observam que “até o início do século XX,

¹³¹ A missão “saneadora” do país, no que disse respeito à infância, foi elaborada como parte do projeto de construção nacional, desde os primeiros anos de instauração do regime republicano, característica verificada durante o Estado Novo e apontada por Rizzini (2011, p. 77) em período precedente.

¹³² Ao se referir ao trabalhador nacional, *persona* criada pelo governo estado-novista, Gomes (1982, p. 164) diz que: “A ascensão social do trabalhador estava, portanto, relacionada e na dependência da intervenção do poder público, única força capaz de superar os enormes problemas socioeconômicos que condicionavam e impediam sua realização pessoal. O Estado, personificado na figura de Vargas, possibilitaria o acesso aos instrumentos de realização individual e social. A relação homem do povo/Vargas está cuidadosamente estruturada nesta mitologia do trabalho como fonte de riqueza, felicidade e ordem social”. Em concordância com Gomes, compreendo que a saúde, nesse sentido, ocupou uma posição privilegiada, pois a condição *sine qua non* para que haja o exercício do trabalho, na amplitude de sua acepção, é um estado adequado de saúde.

assistência significava uma gama variada de ações que passavam pela parturiente, pela criança, pelo idoso e pelo doente”. Prosseguem destacando que a “profissionalização da atenção a cada um desses grupos é um processo longo e que deve ser entendido em suas especificidades e temporalidades” (Sanglard; Ferreira, 2018, p. 145). Embora o objeto que desenvolvo, assim como o recorte temporal, sejam diversos deste cenário apresentado, historiograficamente, considero útil para que se especifique as particularidades de cada contexto. Isso, pois a arquitetura jurídica dos anos 30 e 40 voltada ao atendimento de mulheres e crianças, que foi conformada através da lógica de maternidade e infância, possui sua gênese nos empenhos somados desde a Primeira República¹³³.

Dessa maneira, no corrente exercício de pesquisa, procurei denotar o acréscimo da interferência do Estado e a organização de uma arquitetura burocrática, em nível federal, que visou a assistência em saúde para mulheres e crianças. Durante o Estado Novo (1937-1945), parte da assistência a mulheres e crianças foi desenvolvida em parcerias público-privadas entre o Estado e instituições de cuidados materno-infantis, tendência apontada por Sanglard e Ferreira (2018, p. 174) em concordância com Fonseca (2007) e Hochman (1998). Este movimento pôde ser denotado pela intenção através dos discursos, mas também pela execução orçamentária da União por meio de transferências de recursos financeiros às instituições privadas, tópico que será retomado devidamente quando for abordado o Estado do Rio Grande do Sul¹³⁴.

Trago à tona este assunto para sublinhar que as questões de maternidade e infância, nas décadas de meu interesse, atingem inserção institucional (embora seja preciso quantificar este dado para o Rio Grande do Sul), escoando do domínio privado, como a tendência exibida na

¹³³ Sobre o cenário entre 1889 e 1930, Martins e Freire (2018, p. 205) afirmam que: “O primeiro serviço público de atendimento à saúde tinha como objetivo principal atender aos interesses da vida e da saúde das primeiras idades, ou seja, os cuidados médicos às mulheres ficaram subsumidos à saúde e assistência infantil. Defendemos, portanto que foi a partir desse momento que a organização dos serviços de públicos de saúde no Brasil criou e fortaleceu uma visão muito reduzida e particular de “saúde da mulher”, ou seja, um conjunto de ações médicas e assistenciais recortadas especificamente para as mulheres grávidas, parturientes e puérperas, bem como para as mães de crianças pequenas”.

¹³⁴ Este movimento ocorreu de duas formas: por um lado, através das políticas de Estado, propriamente, e por outro das ações de particulares financiados pelo Estado, caso que retomarei em momento oportuno, e ações particulares de filantropia, casos que não serão abordados. Sobre a relação entre o Estado e particulares, Vargas (1939, p. 90) dizia, ao tratar sobre as questões de higiene pública e assistência médico-sanitária a mulheres e crianças, que: “Neste setor, vem o Governo Nacional realizando obra de excepcional alcance, diretamente e por intermédio do Conselho Social, incumbido de examinar, fiscalizar e auxiliar as iniciativas particulares que se proponham secundar os poderes públicos. Essa organização se desdobra por todo o território nacional, concedendo-se subvenções anuais às instituições que provem merecê-la pelos seus propósitos e atos de verdadeira e útil assistência social”. De acordo com Vargas, no ano de 1938 foram subvencionadas 1.128 instituições particulares de assistência. Trabalhos como a Tese de Hélio Alexandre Mariano (2006), demonstraram a dinâmica entre os âmbitos público e privado na assistência à infância e o aparato à maternidade no Brasil.

Primeira República, e chegando até as políticas públicas¹³⁵. Nesse sentido, Martins e Freire (2018, p. 203) demonstram que figuras de prestígio no campo médico, e que também acessaram cargos públicos no Estado, realizaram a defesa da expansão dos serviços de assistência médica:

Médicos como Moncorvo Filho, Fernandes Figueira, Martagão Gesteira, Olinto de Oliveira e Fernando Magalhães eram alguns dos mais destacados representantes de um grupo crescente desses profissionais que defendiam a organização pública dos serviços de saúde materno-infantil e do que eles então chamavam de assistência à maternidade, um conjunto de políticas sociais de amparo envolvendo a legislação protetora, abonos e instituições prestadoras de serviços de saúde e de assistência social.

Diante disso, Ana Paula Vosne Martins e Maria Martha de Luna Freire (2018), assim como Sanglard e Ferreira (2018), Fonseca (2007) e Hochman (1998), entendem que se distinguem um período com menor participação do Estado, entre fins do século XIX e início do XX, e outro em que ocorre certa ampliação, em especial a partir da década de 1930, no que se referiu à assistência à saúde de mulheres e crianças. Isso não significa que a participação de particulares necessariamente tenha diminuído, mas que a gradual presença do Estado, inclusive em cooperação com a iniciativa privada, absorve a medicina que se estabelece, se institucionaliza e se contrapõe a eventuais voluntarismos assistencialistas que ainda poderiam persistir desde os primeiros anos de República. Este movimento, que neste estágio da análise pôde ser evidenciado no âmbito jurídico, será investigado na seção que tratará sobre a saúde pública no Rio Grande do Sul, permitindo que se comprove ou não a tendência geral.

Nesse sentido, é possível avaliar que o Estado, nessa perspectiva, tenha assumido gradual e expansivamente a interferência na família e, no que interessa a este estudo, nos indivíduos crianças e mulheres, como percebeu Rizzini (2011). Nessa perspectiva, Martins e Freire (2018, p. 182) sublinham que:

A responsabilização exclusiva das mulheres mães com os cuidados das crianças passou a ser matéria de interesse, vigilância e intervenção da medicina e das políticas de proteção e assistência materno-infantil e da família. Esse processo envolveu diferentes agentes como médicos, educadores, filantropos, mulheres ligadas a obras de caridade e a correntes feministas maternalistas, religiosos, profissionais liberais e agentes públicos que exerceram funções políticas e administrativas nos órgãos estatais voltados para a política de cuidados.

Dessa forma, na dinâmica apresentada acima, o Estado, assumindo as práticas médicas que ganham relevo no âmbito da assistência em saúde, desloca para as mulheres o cuidado com a saúde das crianças. Em consonância, neste mesmo percurso a saúde das mulheres recebe a

¹³⁵ Martins e Freire (2018, p. 203) assinalam que: “Médicos como Moncorvo Filho, Fernandes Figueira, Martagão Gesteira, Olinto de Oliveira e Fernando Magalhães eram alguns dos mais destacados representantes de um grupo crescente desses profissionais que defendiam a organização pública dos serviços de saúde materno-infantil e do

atenção da medicina a partir de uma presumida particularidade: o ser mãe. Do ponto de vista histórico e empírico se observa certa associação entre os interesses políticos e médicos. Em relação aos primeiros, pois as crianças e a maternidade foram alocadas em um lugar social específico na construção da nação. Em relação aos segundos, pois procuraram, desde o início do século XX, com as primeiras ações de cuidado com a saúde materno-infantil, o apoio e a institucionalização através do Estado¹³⁶. De certo modo, a proeminência dos órgãos de Estado na assistência em saúde pública foi uma tendência que se consolidou durante o Estado Novo. Como observado por Martins e Freire (2018, p. 194), a “combinação desses três elementos – ciência, filantropia e intervenção pública -, adotada no terreno da assistência como um todo, se consolidaria como protótipo de rede de cuidado materno-infantil e políticas públicas desenvolvidas no país a partir de 1930”.

Diante disso, é possível observar dois panoramas que compuseram a assistência à saúde materno-infantil durante o Estado Novo: por um lado, a configuração paulatina de uma rede institucional ligada ao Estado que coordenou as ações de saúde, seja através da regulamentação jurídica, bem como de recursos orçamentários. A título de exemplo, o Departamento Nacional da Criança foi o órgão que esteve à frente da coordenação das políticas de saúde e assistência materno-infantil durante quase 30 anos após sua criação, em 1940 (Martins; Freire, 2018).

No entanto, cabe ressaltar que ao mencionar rede institucional, sobretudo entre as décadas de 30 e 40, não me refiro a uma rede nacionalmente organizada e efetiva, mas a um certo esforço de articulação e coordenação por parte da União, elemento admitido nos relatórios de interventores e chefes de departamentos de saúde¹³⁷. Em relação ao Estado do Rio Grande do Sul, por exemplo, Brum (2013, p. 159) demonstra que o percentual orçamentário das receitas

¹³⁶ Neste momento anterior, até as proximidades dos anos 30, embora se denote limitada presença do Estado formulando e executando políticas públicas, se observa certa tendência que se evidenciou na documentação, exibindo determinado caráter higienista, civilizador, moralizador. Como observado por Irene Rizzini (2011, p. 53): “A missão civilizatória e porque não idealista, de “fazer o povo” (Lopes Trovão, 1896), incluindo-se aí a ação sobre a infância, será assumida mais pela classe de intelectuais - filantropos e reformadores (médicos, juristas, sociólogos e demais profissionais liberais) - do que propriamente por aqueles que tinham nas mãos o governo do país. Foram eles os idealizadores das proposições por uma “reforma moral” do país, na qual a infância veio a ocupar um lugar bastante central”. Da mesma forma, com a reorganização do poder a partir de 1930 e alcançando a Ditadura do Estado Novo, o Estado absorve fração considerável da elite científica e intelectual, seja cooptando-os em cargos no governo, seja como consultores ideológicos (Miceli, 1979).

¹³⁷ Em mensagem ao Poder Legislativo, em 03 de maio de 1937, Vargas admitia que no que se referia aos serviços de amparo à maternidade e à infância nos Estados: “A ação federal, nos Estados, no que respeita à saúde da criança, não pôde concretizar-se ainda em iniciativas diretas. Vem se fazendo sentir, todavia, de modo benéfico na campanha promovida pela boa alimentação da criança e por meio de auxílios a grande número de instituições consagradas ao amparo da maternidade e da infância. A partir do corrente ano, terá execução um programa de realizações visando o estabelecimento de serviços diretos de puericultura”. Mensagem apresentada ao Poder Legislativo em 3 de maio de 1937 pelo Presidente da República Getúlio Dornelles Vargas. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1937.

do Estado voltadas para a saúde, entre 1938 e 1943, cresceram durante praticamente todo o período, com decréscimo apenas em 1943.

Dando continuidade, outro panorama que compôs a assistência à saúde materno-infantil durante o Estado Novo foi a consolidação institucional de práticas médicas que partiram do pressuposto da condição materna das mulheres, ao mesmo tempo tornando-as, assim como as crianças, alvos das políticas públicas através da lógica materno-infantil¹³⁸. Foi através desse fundamento que foram estabelecidas as políticas de assistência médica às mulheres e crianças, bem como a propaganda educacional de saúde que pretendia a mudança de hábitos de higiene no espaço intrafamiliar. Contudo, esse movimento deve ser abordado através da consciência de seu gradual estabelecimento, a partir do século XX, através do diálogo entre as tendências médicas e as perspectivas ou demandas sociais. Como demonstram Martins e Freire (2018, p.205):

A organização de serviço de atendimento médico às mulheres deu-se, portanto, a partir da definição da sua especificidade reprodutiva com a organização das enfermarias obstétricas ou das maternidades; ou então a partir de uma definição sexual fortemente marcada pela condição patológica, sobressaindo o atendimento ginecológico isoladamente ou em associação com outras especialidades, como foi o caso da psiquiatria (Barreto, 2005; Martins, 2004; 2010).

Dessa forma, é possível compreender o caminho da institucionalização de certos preceitos que foram delimitando a saúde da mulher e da criança, de modo amplo, ao binômio maternidade e infância. Ao mesmo tempo, através da concepção demonstrada na organização jurídico-política da saúde pública, se percebe o trato com as crianças, em grande medida, voltada para os recém-nascidos, através da preocupação com a mortalidade infantil, que exibia altas taxas até mesmo na década de 1940, e para os jovens, mas com um teor distinto, ligado à um carácter moral, com finalidade disciplinar e patriótica¹³⁹. Matos (2003, p. 110) salienta que “ao identificar a criança como elemento-chave para a construção de uma sociedade centrada na família, os médicos atribuíam às mães a responsabilidade pela mortalidade infantil, e procuravam divulgar novos preceitos de higiene, hábitos e dietética infantil”.

¹³⁸ Para uma discussão acerca da utilização contemporânea do termo saúde materno-infantil ver: Schramm (2005).

¹³⁹ Como expresso por Vargas (1944, p. 166): “Oferecemos oportunidades novas à juventude, com a ampliação dos quadros educacionais, iniciando a formação técnica e reformando o ensino em todos os graus, de modo que corresponda às exigências da Nação em franco crescimento. Empenhados na preservação da saúde do povo, construímos e fizemos funcionar vasta rede de hospitais, centros sanitários, postos de tratamento das endemias e serviços de puericultura, em quase todas as regiões do país”. Sobre a mobilização dos jovens brasileiros a partir de uma finalidade patriótica, ver: Aline de Almeida Hoche (2015).

Prosseguindo nesse caminho, ao tratar sobre a institucionalização da medicina da mulher, no Brasil, nas primeiras décadas do século XX, Ana Paula Vosne Martins (2004, p. 14) assinala que:

Mais do que afirmar que as mulheres foram destinadas pela Natureza ao exercício da função reprodutiva, a medicina da mulher provava com dados estatísticos e argumentos materialistas o fardo do corpo sobre as existências femininas; em contrapartida, acenava com as delícias reservadas àquelas que seguissem seu destino natural, promovendo a mulher-mãe e o exercício da maternidade a uma função não só natural, mas de ordem moral e política.

Não almejo, nesta seção, o exercício que demonstre se houve finalidade objetiva entre as ideias políticas e o discurso médico, no entanto, as manifestações de Getúlio Vargas permitem a suposição da consonância de interesses no que se referiu à questões de ordem moral e política, como citado. Nessa direção, Vargas (1940, p. 159) discorria sobre a necessidade da cooperação de particulares na assistência à maternidade e infância, no anseio de que em “todos os recantos do nosso território se levantarão vozes de apoio e se organizarão esforços, formando um movimento de edificante solidariedade, capaz de assegurar completo êxito à campanha destinada a amparar a maternidade e a oferecer à Pátria gerações vigorosas”.

Diante disso, se ao homem foi destinado o posto simbólico de “trabalhador”, através do aparato institucional corporativo de assistência médica e previdenciária, a diferenciação do corpo feminino, tendo como base sua função reprodutiva, alocou as mulheres - embora pautadas em diferenças socioeconômicas, e na divisão sexual do trabalho - em certo *status* na formação social que, historicamente, deve ser avaliado. Como observa Maria Lúcia Mott (2001, p. 211):

Se essa qualidade – a “natureza feminina” – foi usada em muitos casos para segregar as mulheres ao lar e como argumento para impedir a obtenção de direitos civis, políticos, econômicos, intelectuais e sociais, começou também a ser usada num sentido inverso: para lhes abrir as portas e levar as aptidões maternas para fora de casa, para o exercício de determinadas profissões consideradas próprias às mulheres, como a assistência social compatível com a “missão altruística” das mães e, até mesmo, para o exercício dos direitos políticos devido a uma “moralidade” específica ao sexo feminino.

Considero que este aspecto político pode ser interpretado como um componente pertinente do ponto de vista analítico, pois uma tendência ou concepção médica pode exibir receptividade institucional ou não. Desse modo, ao ser absorvida pelas instituições como política de Estado, como de fato foi pelo governo estado-novista, a concepção de saúde que englobava maternidade e infância pode ter contribuído para uma perspectiva social para determinados indivíduos. Ao mesmo tempo, este caráter de “finalidade social” para as mulheres deve ser percebido a partir de uma mudança histórica na percepção sobre a saúde da

mulher e, também, de sua própria representação social que se modifica, sobretudo, nas primeiras décadas do século XX. Sobre isso, Matos (2003, p. 122-123) indica que:

A partir da década de 1920, porém, a teoria da complementaridade entre os sexos, já anteriormente difundida na Europa, provocou o deslocamento na trajetória discursiva, desviando o acento dado à inferioridade feminina para a ideia de que as diferenças biológicas e sociais seriam necessárias e complementares. Tal teoria, no entanto, ao contrário de ser emancipadora para as mulheres, reforçava nas falas médicas a divisão sexual de áreas de atuação, do trabalho e do espaço.

Por esse ângulo, a conjunção entre as concepções médicas e a absorção institucional pode proporcionar o caráter histórico da aplicação médica das noções de maternidade e infância, resultando em implicações para os indivíduos mulheres e crianças, ainda mais se a questão da saúde for interpretada como parte da expressão de um governo e, com isso, representando uma de suas faces ideológicas. Como alerta Martins (2004, p. 208):

(...) todas as medidas propostas e efetivadas, como a construção das maternidades, as obras assistenciais e principalmente a discussão sobre a legislação, devem ser entendidas como expressão das relações de classe e de gênero e como contribuição para a construção do discurso médico sobre a assistência materno-infantil no Brasil.

Deste modo, em meio aos campos de discussão médica, social e política, houve também as implicações de ordem individual, no âmbito propriamente das subjetividades do ser mulher enquanto indivíduo à que se impele o dever de tornar-se mãe¹⁴⁰. Nesse aspecto, Solange Maria Sobottka Rolim de Moura e Maria de Fátima Araújo (2004, p. 44) salientam que, “historicamente, o valor dado ao relacionamento mãe-criança nem sempre foi o mesmo, sendo que as variações que as concepções e práticas relacionadas à maternagem apresentam são produzidas por uma série de agenciamentos sociais, dentre os quais os discursos e práticas científicas assumem um importante papel”¹⁴¹. Nesse aspecto, Martins (2004, p. 16) observa que a questão a ser problematizada, “é a relação entre liberdade e corporalidade”, pois as implicações que a medicina, mas também as perspectivas sociais impõem ao corpo feminino acabam por definir as mulheres a partir de uma redução que as associa à maternidade. Conforme aponta Martins (2004, p. 142), nesse contexto a institucionalização de uma medicina da mulher teve a sua atribuição em aspectos diversos, através da:

(...) transformação das mulheres em objetos de análise devido à determinação do aparelho reprodutivo sobre suas vidas e, por fim, da construção de uma representação naturalizada da mulher, que ora a qualifica como mãe e esposa, o lado positivo do seu

¹⁴⁰ Compartilho da noção de subjetividade utilizada por Moura e Araújo (2004, p. 44) que, ao relacioná-la ao tema da maternidade, compreendem esta como um: “(...) processo que determina a maneira de os indivíduos perceberem o mundo e apreenderem sistemas de valores e sistemas de submissão (Carvalho, 1997), que modela, portanto, seus comportamentos, sua percepção, sua memória, sua sensibilidade e a forma como se relacionam”.

¹⁴¹ Sobre as concepções históricas de maternagem ver: Silvia Mayumi Obana Gradvohl; Maria José Duarte Osis; Maria Yolanda Makuch (2014). Também: Renata Feldman Scheinkman Lemos; Luciana Kind (2017).

destino natural, ora a desqualifica como a mulher doente, o lado negativo de uma natureza limítrofe entre a fisiologia e a patologia.

Nesse sentido, embora de modo não exaustivo, procurei traçar duas perspectivas que serão importantes nos momentos posteriores deste trabalho por auxiliarem na forma de interpretação das políticas efetivadas. Em primeiro lugar, a diferenciação entre um panorama com menor presença estatal, nas primeiras décadas de República para outro, com maior, a partir dos anos 1930. Em segundo, um panorama gradualmente composto a partir dos anos 30, referido à assistência médica em saúde materno-infantil, que subsumiu as mulheres ao papel de mães.

Do ponto de vista social, pode-se avaliar que a saúde da mulher organizada especialmente para sua condição materna, representou um aspecto relativo à divisão sexual da formação social em questão¹⁴². Como manifestam Martins e Freire (2018, p. 210-211), “num contexto de hipervalorização política e ideológica da infância as mulheres foram tratadas como aliadas dos médicos que precisavam de atenção, proteção, amparo e cuidados a fim de bem desempenharem a função maternal”. No entanto, as autoras destacam duas resultantes daquilo que denominam de ideário maternalista e a consequente concepção instrumental das mulheres mães:

Um deles é o impacto na experiência social e cultural das mulheres, formadas desde a família e a escola e depois por diferentes instituições públicas e privadas para se reconhecerem somente a partir da maternidade e de uma responsabilidade exclusiva com os cuidados dispensados aos filhos (...) O outro desdobramento é mais problemático porque diz respeito ao imaginário e à constituição das subjetividades (...) Afirmar que ser mulher é ser mãe é algo não só limitador, pois nem todas as mulheres podem ou querem ser mães, mas é uma enunciação que do ponto de vista político restringe as possibilidades de ação para as mulheres, bem como de sua identificação, que é secundária, subsidiária ou sempre relativa ao filho (Martins; Freire, 2018, p. 212).

Desse modo, compreendo que a questão das políticas de saúde conformadas de modo a contemplarem a maternidade e infância, como denominado por Martins e Freire (2018) através do binômio mãe-filho, auxilia no entendimento histórico sobre como se constituíram as redes institucionais de saúde pública no período abordado. Sintoma das discussões sociais que permeavam a formação social brasileira, a maternidade e a infância ganharam status de questão nacional e, com isso, seu atendimento foi destino de esforços por parte do poder público.

¹⁴² No entanto, torna-se prudente considerar que a ideia de maternidade esteve na pauta dos próprios movimentos de mulheres, representado, não apenas uma imposição social, mas uma discussão social e política no seio dos movimentos de mulheres. Como observa Freire (2008, p. 154): “O surgimento de leis e medidas de proteção social a mães e filhos coincidiu também com o apogeu mundial dos movimentos feministas ‘maternalistas’, cujas formulações teóricas e práticas reivindicatórias tinham a maternidade como ponto central (Bock, 1991)”.

Por fim, permito-me concluir esta seção com a indagação de Natascha Stefania Carvalho De Ostos (2012, p. 322) quando interroga, afinal, “como conciliar a noção de que as mulheres, com sua presença no espaço doméstico, eram imprescindíveis para a multiplicação dos brasileiros e para o aprimoramento físico e moral da população, com a crescente participação feminina no mundo público?”. Nesse sentido, entendo que a conclusão deste exercício de pesquisa, e parte das questões levantadas durante o trajeto, podem contribuir, modestamente, com esta indagação. Afinal, a disposição jurídico-política organizada a partir de 1937 permite a suposição de que esta tenha sido estabelecida para contemplar este quesito não apenas como tarefa de saúde pública, mas como questão nacional.

Dessa forma, no capítulo a seguir, pretendo compreender os argumentos científicos que posicionaram a saúde pública, no geral, e a saúde das mulheres e das crianças, em específico, como um tópico de estratégia e ação médica e científica no Continente Latino-americano e no Brasil entre as décadas de 1930 e 1940. Assim, este se apresenta como um complemento ao capítulo inicial, pois o arcabouço jurídico-político constituído durante o período foi, presume-se, estabelecido a partir das discussões e entendimentos do círculo médico e científico, entre outros elementos.

Diante disso, a partir de expressões escritas e de eventos da categoria médico-científica, os quais serão discriminados na próxima seção, pretendo identificar o mapa temático das discussões médico-científicas na América Latina e no Brasil. Quando possível, identificar ações concretas que partiram do âmbito médico-científico e foram absorvidos pelas políticas públicas, visto que profissionais que ocuparam cargos de Estado na área da saúde pública estiveram presentes nestes eventos, em âmbito internacional, relativo à América, e no Brasil. Desse modo, tomados em conjunto, o segundo e o terceiro capítulo pretendem fornecer o contexto histórico e político sob o qual investigarei as políticas de saúde para mulheres e crianças no Estado do Rio Grande do Sul, no prosseguimento deste trabalho.

3 A SAÚDE COMO CIÊNCIA: A EMERGÊNCIA DA SAÚDE PÚBLICA (1934-1947)

Neste capítulo, analiso argumentos do debate médico-científico que estipularam a saúde pública, no geral, e a saúde das mulheres e das crianças, em específico, como um tópico de ação no Continente Americano e, em maior medida, no Brasil durante as décadas de 1930 e 1940¹⁴³.

A partir de congressos e conferências de profissionais da saúde, – mas também administradores públicos - identifico as discussões que foram desenvolvidas nestes espaços voltados ao diálogo sobre saúde na América Latina e no Brasil, sobretudo, nos encontros em que representantes da saúde pública brasileira estiveram presentes.

Para alcançar este objetivo, analisarei as Conferências Sanitárias Pan-americanas (CSPA) de 1934, 1938, 1942 e 1947, ocorridas em Buenos Aires, Bogotá, Rio de Janeiro e Caracas, respectivamente, através dos Boletins da Oficina Sanitária Pan-Americana, os quais contemplam os anos entre 1934 e 1947¹⁴⁴. As Conferências e os Boletins constituem-se, na devida ordem, como órgão diretor e publicação da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS)¹⁴⁵, fundada no ano de 1902, em Washington, capital dos Estados Unidos da América, (Birn, 2006)¹⁴⁶.

Por fim, buscando contemplar a investigação em âmbito nacional, analisarei a revista “O Brasil-Médico”¹⁴⁷, entre 1935 e 1946, e dois eventos que se pretenderam nacionais, realizados no ano de 1941, que se referem ao 1º Congresso Nacional de Saúde Escolar, e a 1ª Conferência Nacional de Saúde (CNS).

Dessa forma, compreendo que este movimento permita a elaboração de um retrato acerca dos interesses em saúde pública por parte de pesquisadores, instituições e governos, durante as décadas de 1930 e 1940, no Continente Americano, mas, sobretudo, no Brasil. Ao mesmo tempo, identificar consonâncias, ou não, entre as práticas discutidas e deliberadas nos círculos de profissionais da saúde pública e o desenho praticado nas políticas públicas no Brasil do período.

¹⁴³ Neste capítulo, utilizo o termo Continente Americano para ressaltar o recorte espacial das discussões. No entanto, observo que os países com representantes nas discussões das instâncias ligadas à Organização Pan-Americana da Saúde, sobretudo as Conferências Sanitárias Pan-Americanas, não correspondem à totalidade de países dispostos no Continente.

¹⁴⁴ Permitto-me a extensão cronológica como recurso metodológico, pois contribui para a visualização do processo, permeado por correspondências e conformidades. No entanto, a construção do argumento se concentra nos anos destacados pelo recorte temporal deste trabalho.

¹⁴⁵ No desenvolvimento do texto utilizarei, eventualmente, a sigla OPAS substituindo a grafia completa de Organização Pan-Americana da Saúde.

¹⁴⁶ Informações complementares podem ser encontradas em: <https://www.paho.org/pt>. Acesso em: 02 mai. 2022.

¹⁴⁷ Na grafia original: “O Brazil-Medico”. Optarei por utilizar a grafia contemporânea, pois entendo não haver prejuízo metodológico.

Este exercício se encontra em sintonia metodológica com Nísia Trindade Lima (2002, p.27), que procurou indícios da “formação de uma base comum para o desenvolvimento da agenda de problemas e da adoção de políticas de saúde”, através da Organização Pan-Americana da Saúde, em que pese tenha chegado a algo próximo de uma conclusão para período posterior ao deste trabalho¹⁴⁸.

Ao mesmo tempo, para compreender este movimento, parto da suposição de que o estabelecimento destes fóruns de discussões, mas também deliberações, tenha sido constituído por disputas que foram permeadas por interesses científicos e demandas intrínsecas à saúde pública nacional. Nesse sentido, a ideia de campo científico proposta por Pierre Bourdieu (1983, p. 124-126), permite apreender que este processo de constituição possa ter influenciado na organização da saúde pública no Brasil, por exemplo. Partindo desta perspectiva, Bourdieu (1983, p. 126) entende que:

É o campo científico, enquanto lugar de luta política pela dominação científica, que designa a cada pesquisador, em função da posição que ele ocupa, seus problemas, indissociavelmente políticos e científicos, e seus métodos, estratégias científicas que, pelo fato de se definirem expressa ou objetivamente pela referência ao sistema de posições políticas e científicas constitutivas do campo científico, são ao mesmo tempo estratégias políticas.

Diante disso, suponho que seja plausível partir desse pressuposto para investigar o conjunto de fontes presentes nesta seção. E, a partir disso, analisar as políticas públicas e a organização institucional que as colocaria em ação¹⁴⁹. A identificação dessa dinâmica surge na revisão dos pressupostos de Korndörfer e Brum (2021), que analisaram a implementação do modelo de Centros de Saúde norte-americano no Rio Grande do Sul, e de Lima (2002), que averiguou a relação entre a Organização Pan-Americana da Saúde e o Brasil.

Assim sendo, em relação à construção do argumento integral desta tese, o segundo e o terceiro capítulos possuem o propósito de demonstrar a historicidade das políticas públicas de

¹⁴⁸ De forma conjunta, inspiro-me nos trabalhos de Anne-Emanuelle Birn (2006) e Marta de Almeida (2006), que desenvolveram estudos que problematizam a circulação de políticas no Continente Americano durante o recorte estabelecido neste trabalho de pesquisa. O trabalho destas pesquisadoras contribui para o entendimento dos modos de circulação dos saberes médicos e científicos no Continente. Da mesma forma permitirá, ainda que em segundo plano, que se mensure a relevância dos círculos especializados, no que se referiu à sua capacidade de influência e atuação na gestão da saúde pública, no âmbito das governanças nacionais. Em perspectiva semelhante, trabalhos como de Korndörfer (2013; 2019), Marcos Cueto (2004; 2007), entre outros, conseguiram demonstrar como instituições estadunidenses como a Fundação Rockefeller e a Fundação W. K. Kellogg, por exemplo, atuaram em cooperação e influenciaram órgãos nacionais de saúde, no Brasil e em outros países do Continente Americano, durante as décadas de 1930 e 1940.

¹⁴⁹ Por exemplo, a pesquisa de Ribeiro (2020, p. 215) sugere que na disputa de influências entre Olympio Olinto de Oliveira e Joaquim Martagão Gesteira pela implementação nacional das políticas de assistência à maternidade e à infância, o primeiro tenha se sobressaído, por estar em maior alinhamento com as diretrizes da política nacional proposta por Getúlio Vargas. Desta forma, dirigiu o Departamento Nacional da Criança, autônomo ao M.E.S, a partir de 1941.

saúde em seu caráter social e político, na acepção proposta por Patrick Charaudeau (2006, p. 252-258), a qual foi desenvolvida no segundo capítulo. Em sua compreensão metodológica, o autor examina o discurso em duas esferas complementares: *o político*, ou seja, elementos da retórica política construídos para certos propósitos (ideologia) e *a política* que, de acordo com o linguista, seriam os meios objetivos, materiais, através do qual se atingiriam os fins de determinado governo. Na pesquisa que realizo, entendo que esta tenha se materializado através das políticas públicas de saúde.

Desse modo, o caráter social se evidenciaria pelos grupos abordados pelo discurso (mulheres e crianças), e o caráter político através do sentido dado pelo governo ao proceder à justificação das políticas e sua implementação (a importância da saúde desses grupos para a nação e a forma como as políticas pretenderam ser executadas dando ênfase a determinados aspectos da saúde de mulheres e crianças).

Dessa forma, dentro do argumento geral deste trabalho, o exercício que se segue encerra a apreensão das políticas públicas como um fundamento inserido nas dinâmicas de governo de um Estado Nacional, em consonância com Gilberto Hochman (2012; 1993), Cristina M.O. Fonseca (2018; 2007), Hochman; Fonseca (1999), Sonia Fleury; Assis Mafort Ouverney (2012), Gilberto Hochman, Luiz Antonio Teixeira e Tânia Salgado Pimenta (2018)¹⁵⁰. Ao seu modo, estes pesquisadores inseriram as políticas públicas de saúde no processo de construção do Estado nacional, através da presença institucional do Estado, na execução de ações em saúde.

Ao mesmo tempo, este capítulo conclui um tipo de abordagem teórico metodológica que inseriu as políticas públicas na perspectiva ampla do discurso, seja ele político ou médico-científico, proporcionando que no capítulo adiante seja priorizada a análise através de uma perspectiva empírica, propriamente, pois já estabelecido o contexto social e político, com isso histórico, de sua constituição.

Desse modo, considero importante ressaltar que para além da caracterização de um contexto introdutório, os dois primeiros capítulos deste trabalho de Tese se apresentam como uma proposta particular de apresentação teórico metodológica do tema. Como produtos de uma Tese em História, pretendem posicionar o conteúdo das políticas públicas de saúde para

¹⁵⁰ Em sintonia com o levantamento realizado por Fonseca (2018, p. 408), que identifica trabalhos que realizaram a conexão entre políticas de saúde e o processo de construção da nação. Refiro-me ao argumento político aqui entendido como uma série de justificativas, reivindicações e neologismos que justificam, como estratégia de governo, a elaboração de determinadas políticas públicas. Compreendo que partir deste entendimento permita que sejam identificados os nexos das políticas abrindo espaço para que se questionem, da mesma forma, as ausências de outras políticas públicas.

mulheres e crianças no arranjo do campo historiográfico e com isso aparar, de certo modo, as arestas que uma temática multidisciplinar como a que abordo, involuntariamente, apresenta¹⁵¹.

Nesse sentido, como forma de organizar o conteúdo do capítulo, começo realizando uma introdução concisa para contextualizar a Organização Pan-Americana da Saúde, assim como as Conferências Sanitárias Pan-Americanas e os Boletins da Oficina Sanitária Pan-Americana. Do mesmo modo, no avançar das páginas, será possível identificar consonâncias entre o que foi identificado nas publicações da organização continental e a forma de algumas políticas públicas postas em prática no Brasil.

3.1 Organização Pan-Americana da Saúde: saúde pública no Continente

Dois pesquisadores que se debruçaram sobre a história da Organização Pan-Americana da Saúde contribuem para que se tenha a dimensão desta instituição no Continente Americano. Conforme demonstra Cueto (2007, p. 19), a OPAS se constitui na “mais antiga entidade de sua natureza ainda em funcionamento”¹⁵². Na mesma perspectiva, Nísia Trindade Lima (2002, p. 25) assinala que a instituição “é não só o mais antigo organismo de cooperação na área da saúde, mas também uma das primeiras instituições de cooperação internacional”. Dessa forma, conforme os autores, a longa trajetória institucional e a capacidade de inserção no campo da saúde pública, no Continente, sugestionam a sua análise histórica.

Pesquisas como as de Cueto (2007), Lima (2002), Birn (2006) e Chaves (2013) se debruçaram sobre as origens de uma cooperação internacional em saúde pública no Continente Americano. A partir desses trabalhos, se torna possível identificar duas perspectivas sobre a OPAS. Uma, que denotou certa simultaneidade entre europeus e americanos na formação das primeiras instituições de combate a doenças transmissíveis durante o século XIX; e outra, que evidenciou, neste contexto, a primazia do Continente americano na consolidação de um organismo de cooperação internacional em saúde.

Em relação a primeira perspectiva, autores como Birn (2006) e Cleide de Lima Chaves (2013) sinalizam que a constituição de uma rede organizada, na América, pode ser avaliada a partir da interação entre as nações do Continente americano e, concomitantemente, destas com

¹⁵¹ Com isso quero dizer que pretendo apresentar a temática políticas públicas de saúde para mulheres e crianças organizada como um produto do conhecimento histórico. No processo de construção deste trabalho, me deparo com o desafio teórico metodológico do trato com pesquisas de diversas áreas do conhecimento. Sendo assim, pretendo apresentar algo próximo de uma síntese que organize o conteúdo a partir dos pressupostos estabelecidos pela historiografia.

¹⁵² Fundada em 1902, no corrente ano, 2023, a instituição completa 121 anos de existência.

os europeus em um movimento, entendo, contemporâneo. Partindo desse princípio, Chaves (2013, p. 412) observa que “por muito tempo a historiografia sobre a saúde pública esteve centrada nas análises produzidas por historiadores europeus e norte-americanos, que desconheciam ou minimizavam os eventos ocorridos na América Latina”. De acordo com a autora, certo eurocentrismo permearia as análises, que identificavam o pioneirismo europeu na cooperação internacional em saúde.

Para corroborar seu argumento Chaves cita uma série de encontros, congressos e conferências ocorridos na América, durante o século XIX, compostos por países como Brasil, Argentina, Uruguai, Peru, Bolívia, Chile e Equador, os quais seriam os precursores de um movimento de integração. Prosseguindo, menciona os trabalhos de Cueto (2004) e Birn (2006) como representantes desta perspectiva, pois “interpretaram os congressos sanitários americanos por outra perspectiva, mais integrados às discussões que ocorriam na Europa” (Chaves, 2013, p. 413)¹⁵³.

Nesse sentido, Chaves (2013, p. 410) observa que “o movimento de cooperação sanitária internacional surgiu da necessidade de controlar surtos epidêmicos que atingiam grandes extensões de terra e ultrapassavam as fronteiras legais entre os países”, como a cólera, a febre amarela e a varíola¹⁵⁴. Por seu turno, Cueto (2007, p. 27) sinaliza que “só a partir de meados do século XIX é que as atividades relacionadas com o que hoje se conhece como saúde internacional tornaram-se sistemáticas, e resultaram em acordos destinados a ter implementação universal”¹⁵⁵. Nessa perspectiva, Chaves (2013, p. 412) sinaliza que o “movimento pela investigação da saúde pública tem origem no temor, muito concreto, das epidemias; tal apreensão suscitou tentativas de implementação de políticas sanitárias comuns”.

Dessa forma, de acordo com os autores, se presume que as dinâmicas de ação na América e na Europa tenham observado certa simultaneidade e interação, visto que, durante o

¹⁵³ CUETO, Marcos. **El valor de la salud**: historia de la Organización Panamericana de la Salud. Washington: Oficina Regional de Organización Mundial de la Salud. 2004; BIRN, Anne-Emanuelle. O nexó nacional-internacional na saúde pública: o Uruguai e a circulação das políticas e ideologias de saúde infantil, 1890-1940. **História, Ciências, Saúde** – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.13, n.3, p.675-708. jul-set. 2006.

¹⁵⁴ “Ao longo desse período, seis graves invasões de cólera asiático, resultantes de uma pandemia mundial, devastaram a Europa e a América, e outras doenças, como a febre amarela e a varíola, atingiram caráter epidêmico diversas vezes e em distintos continentes” (Chaves, 2013, p. 410).

¹⁵⁵ Cueto (2007, p. 27-29) realiza um inventário de encontros na Europa, como as Conferências Sanitárias Internacionais ocorridas em Paris (1851, 1859, 1903), Constantinopla (1866), Viena (1874) e Veneza (1892), os encontros internacionais de Dresden, Alemanha (1893), Veneza (1897), com destaque para a conferência ocorrida em 1907, em que se criou a Repartição Internacional de Higiene Pública, e a reunião ocorrida em Londres, em 1920, na qual foi criado o Comitê de Higiene. De acordo com o autor, estas duas últimas destacam-se por terem existência prolongada em relação às anteriores, exibindo atuação até a Segunda Guerra Mundial.

século XIX, doenças epidêmicas assolaram tanto a Europa quanto a América, exigindo a busca por soluções compartilhadas no campo da saúde pública (Chaves, 2013)¹⁵⁶.

Com interação, entenda-se a integração de pesquisadores americanos em eventos científicos europeus, como o brasileiro Carlos Chagas, que exerceu funções executivas no Comitê de Higiene, em Paris, assim como o argentino Gregório Araós Flórez¹⁵⁷, representante da Repartição de Paris e do Comitê de Higiene, dentre outros (Cueto, 2007, p. 31). Este panorama é igualmente compartilhado por Lima (2002, p. 25), que entende que a “consciência a respeito do 'mal público', representado pelas doenças transmissíveis, e da necessidade de estabelecer medidas de proteção em níveis nacional e internacional contribuíram para a criação de fóruns e organismos de cooperação em escala mundial”¹⁵⁸.

Em vista disso, é possível adentrar na segunda perspectiva, que aponta para a precedência, na América, de uma organização longeva na cooperação em saúde pública. Nesse sentido, como sublinha Cueto (2007, p. 30), no Continente Americano, “a percepção de que havia necessidade de uma organização internacional de saúde emergiu no fim do século XIX. A reunião que assinalou o começo do interesse por uma instituição dessa natureza foi a V Conferência Sanitária Internacional, realizada em Washington em 1881 (...)”¹⁵⁹. No entanto, autores como Chaves (2013, p. 412) defendem que esta gênese possa ser observada ainda anteriormente, em encontros realizados nos anos de 1873, 1887 e 1888 e que reuniram alguns países do Continente¹⁶⁰.

¹⁵⁶ Conforme demonstra Cleide de Lima Chaves (2013, p. 412): “Todo o século XIX foi caracterizado por grandes epidemias, que ocuparam lugar de destaque entre as ações de interesse de saúde pública. Ao longo desse período, seis graves invasões de cólera asiático, resultantes de uma pandemia mundial, devastaram a Europa e a América, e outras doenças, como a febre amarela e a varíola, atingiram caráter epidêmico diversas vezes e em distintos continentes”.

¹⁵⁷ Sobre Carlos Chagas, acessar. Disponível em: <https://www.icc.fiocruz.br/carlos-chagas-3/>. Acesso: 11 fev.2023.

¹⁵⁸ Renato da Gama-Rosa e Gisele Sanglard demonstram como uma Lei sobre saúde pública instituída na França, em 1902, pode ter influenciado na regulamentação dos serviços sanitários do Distrito Federal, à época de Oswaldo Cruz. Costa, Renato da Gama-Rosa e Sanglard, Gisele. Oswaldo Cruz e a lei de saúde pública na França. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos** [online]. 2006, v. 13, n. 2 [Acessado 15 Agosto 2022], pp. 493-507. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-59702006000200015>.

¹⁵⁹ No livro “Pro Salute Novi Mundi - A history of the Pan-American Health Organization”, (1992) se encontra o contexto que demandou esta reunião: “Na década de 1870, uma epidemia de febre amarela se espalhou do Brasil para o Paraguai, Uruguai e Argentina – causando mais de 15.000 mortes somente em Buenos Aires. Em 1878, chegou aos Estados Unidos por meio de contatos marítimos, desencadeando um grande surto no vale do rio Mississippi, que resultou em mais de 100.000 casos e 20.000 mortes” (OPAS, 1992, p. 19). (Tradução nossa).

¹⁶⁰ Vale destacar, nos estudos das conferências e congressos sanitários internacionais, a importância dos três congressos latino-americanos realizados na segunda metade do século XIX: os dois primeiros envolveram o Império do Brasil e as Repúblicas do Uruguai e da Argentina e foram realizados em 1873, em Montevidéu, e em 1887, no Rio de Janeiro; o terceiro ocorreu em Lima, no Peru, em 1888, e contou com a participação de Bolívia, Chile, Equador, além do país que o sediou” (Chaves, 2013, p. 412).

Nesse sentido, de acordo com Chaves (2013) e Cueto (2007), é possível identificar a gênese de uma articulação americana, com maior consistência, entre as três décadas finais do século XIX. É preciso observar, contudo, que essa precedência se refere à articulação e consolidação de uma organização pioneira e abrangente, a OPAS, em 1902. Sendo assim, Lima (2002, p. 2) entende que seja possível identificar, “desde as primeiras décadas do século XX, crescente intercâmbio entre especialistas e gestores de saúde, e o papel do organismo deve também ser considerado em termos da construção de uma agenda comum e, de certo modo, de uma comunidade de especialistas”¹⁶¹.

Dessa maneira, sobretudo na primeira metade do século XX, a expansão do comércio internacional, em meio à eclosão de duas guerras mundiais originadas na Europa, permitiu que o Continente Americano, sob a influência dos Estados Unidos da América, assumisse novas posições no concerto das nações. Diante disso, “o reconhecimento de que o trabalho era o elemento indispensável para o desenvolvimento levou os países a se preocuparem cada vez mais em garantir a saúde de sua força de trabalho” (OPAS, 1992, p. 27). Ao mesmo tempo, “no vácuo cultural deixado por uma Europa mutilada, os Estados Unidos da América assumiram uma importância crescente na Região (OPAS, 1992, p. 27).

Desse modo, como indica Lima (2002, p. 27), a relevância da OPAS residiu em sua capacidade de estabelecer a “formação de uma base comum para o desenvolvimento de agendas de problemas e da adoção de políticas de saúde, particularmente nos países da América Latina e Caribe”. Assim, este processo pode ser compreendido dentro de um complexo enredo de interesses que englobaram a saúde pública dos Estados nacionais, interesses comerciais, e conhecimento científico.

Para esse propósito, a OPAS concentrou suas atividades em duas linhas de atuação, nos seus primeiros cinquenta anos de existência, quais sejam, “a difusão de ideias científicas relacionadas a ações de saúde (...) e a proposta de regulação da notificação e formas de combate às doenças transmissíveis com a aprovação do Código Sanitário Pan-Americano, em 1924” (Lima, 2002, p. 102)¹⁶².

Assim sendo, neste processo de criação e estabelecimento da OPAS, as Conferências Sanitárias Pan-Americanas e o Boletim Pan-Americano da Saúde, se apresentaram como dois

¹⁶¹ A Organização Pan-Americana da Saúde teve sua fundação no ano de 1902 e, no período de quatro décadas, realizou conferências nos anos de 1902 (Chile), 1905 (Estados Unidos), 1907 (México), 1909/10 (Costa Rica), 1911 (Estados Unidos), 1920 (Uruguai), 1924 (Cuba), 1927 (Peru), 1934 (Argentina), 1938 (Colômbia), 1942 (Brasil) e 1947 (Venezuela). Observa-se que no período da Primeira Guerra Mundial (1914-1918) houve uma lacuna nos encontros, assim como na ocorrência da Segunda Guerra Mundial (1939-1945).

¹⁶² FINKELMAN, J., org. **Caminhos da saúde no Brasil** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002. 328 p. ISBN 85-7541-017-2. Available from Scielo Books.

instrumentos importantes no mecanismo da entidade ao longo dos anos. Em linhas gerais, pois a Conferência Sanitária Pan-Americana fazia parte do Órgão Diretor da Organização Pan-Americana da Saúde, ao lado do Comitê Executivo e do Conselho Diretor. Por sua vez, o Boletim Pan-Americano da Saúde constituiu-se como o canal de propagação das deliberações retiradas nos momentos de reunião entre especialistas, bem como das investigações científicas nas áreas de interesse da Organização, que eram publicadas periodicamente nos Boletins.

Dessa forma, nas linhas a seguir, desenvolvo algumas considerações sobre as Conferências e os Boletins as quais permitirão, em seção posterior, que se identifiquem eventuais correspondências entre a agenda estabelecida pela OPAS, no que se referiu a minha preocupação de pesquisa, e as políticas públicas no Brasil.

Ao acessar o *site* oficial da entidade, é possível encontrar o objetivo das Conferências Sanitárias Pan-Americanas (CSPA), segundo o texto de apresentação¹⁶³:

A Conferência Sanitária Pan-Americana é a autoridade suprema da Organização e se reúne de cinco em cinco anos para determinar suas políticas gerais. A Conferência também serve como fórum para o intercâmbio de informações e ideias para a prevenção de doenças, preservação, promoção e restauração da saúde mental e física e promoção de medidas socio médicas e instalações para a prevenção e tratamento de doenças físicas e mentais nas Américas.

A princípio, se faz necessário compreender que este excerto diz respeito ao funcionamento atual das Conferências, ou seja, expressa a função da organização, no ano de 2022. No entanto, destaco duas características, as quais permanecem como o propósito de existência das Conferências: sua atuação como fórum para o intercâmbio de informações e ideias, e como definidora das políticas gerais da entidade, pautando as ações do período posterior.

Diante disso, parto do destaque destes dois atributos como forma de delinear uma perspectiva sobre as Conferências, em sintonia com os trabalhos Lima (2002) e Cueto (2007), pois se apresentam como continuidades históricas em sua trajetória.

Nesse sentido, no relatório da IX CSPA, ocorrida no ano de 1934, o diretor Dr. Hugh S. Cumming afirmou como um dos 5 principais objetivos das Conferências: “(...) estimular as autoridades sanitárias de todas as repúblicas americanas a se esforçarem para o controle e erradicação de doenças, cooperando neste trabalho mediante solicitação, na medida em que nossos recursos permitirem”¹⁶⁴. Por sua vez, na seção de resoluções e recomendações, da Ata

¹⁶³ Disponível em: <https://www.paho.org/pt/orgaos-diretores/conferencia-sanitaria-pan-americana>. Acesso em: 22 mai. 2022.

¹⁶⁴ Prosseguindo, Cumming detalha alguns exemplos de cooperação na troca de informações, como no caso de um navio que atracara em “importante porto sul-americano” e no qual havia suspeita da ocorrência de casos de febre

Final da X CSPA, ocorrida em 1938, constou o estímulo à integração profissional e científica o que, entendo, tenha ocorrido de forma conjunta ao intercâmbio de informações. De modo complementar, na mesma seção, foi reiterada a necessidade da coordenação das atividades de saúde pública sob uma mesma administração, além da “seleção, permanência, promoção regular e remuneração adequada do pessoal da saúde pública”¹⁶⁵.

Considero que este quesito possa ter representado um eixo estratégico de atuação da OPAS, visto que a composição da entidade foi reservada a profissionais com inserção influente na saúde pública de seus países. No caso do Brasil, por exemplo, Lima (2002, p. 42) demonstra que figuras de prestígio como “Oswaldo Cruz, Raul de Almeida Magalhães e Carlos Chagas representaram o Brasil na condição de delegados nas Conferências Pan-Americanas de Saúde, e os dois últimos participaram também do corpo diretivo da organização”¹⁶⁶.

Em relação às décadas de 1930 e 1940, figuras que ocuparam cargos de relevo no governo do Estado Novo, como João de Barros Barreto, Diretor do Departamento Nacional de Saúde, Waldemar Nunes, Diretor do Serviço Nacional de Febre Amarela, e Heitor P. Fróes, Diretor Geral do Departamento Nacional de Saúde, entre outros, estiveram próximos da Organização, seja ocupando cargos ou publicando suas investigações e relatórios nos Boletins Sanitários Pan-Americanos. Ao mesmo tempo, quadros do campo político como Armando de Sales Oliveira, José Joaquim Cardoso de Melo Neto, Protógenes Pereira Guimarães e João Punaro Bley, entre outros, também constaram apresentando panoramas da saúde pública em seus estados¹⁶⁷.

Nessa linha, a X CSPA reforçou a recomendação para que se profissionalizasse a saúde pública nos países membros, sendo “estabelecida como tal com base no sistema de mérito, após a criação de escolas de higiene para formação especial de médicos e instrução de pessoal

amarela. De acordo com o diretor, ao passo que a notícia chegou aos jornais e se espalhou, causando certo temor entre as autoridades e população, “a Secretaria Sanitária telegrafou às Autoridades Sanitárias que detinham a embarcação e recebeu imediatamente a informação de que os casos eram da doença de Weill. Após a divulgação desta informação, a confiança foi restaurada”. Washington, D.C, US: Pan American Sanitary Bureau, Report of the Director, (1935, p. 8-9). (tradução nossa). Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/30973>. Acesso em: 19 mai. 2022.

¹⁶⁵ Washington, D.C, US: Pan American Sanitary Bureau, Report of the Director, (1935, p. 1-9). (tradução nossa). Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/30973>. Acesso em 19 mai. 2022.

¹⁶⁶ Em complemento, vale destacar que João de Barros Barreto (ocupando o cargo de Vice-Diretor na X Conferência Sanitária), Mario Pinotti, Geraldo de Paula Souza, Manoel Ferreira, Marcolino Candau e Ernani Braga, entre outros, ocuparam cargos e participaram das conferências (LIMA, 2002, p. 46).

¹⁶⁷ O primeiro foi o interventor, entre 1933 e 1935, e governador, entre 1935 e 1936, do Estado de São Paulo. O segundo, interventor do Estado de São Paulo, entre os anos de 1937 e 1938. O terceiro, governador do Estado do Rio de Janeiro, entre 1935 e 1937. E o quarto, interventor e governador do Estado do Espírito Santo, entre 1930 e 1943.

auxiliar”¹⁶⁸. Também foi afirmada a necessidade de ampliação e formação de equipes de enfermagem de saúde pública, a elaboração de uma farmacopeia nacional, institutos de saúde pública visando a formação de profissionais, exposições de saúde, museu da saúde, realização de cursos de engenharia sanitária, além do treinamento e supervisão de parteiras não graduadas, sob os auspícios das autoridades em saúde pública de cada país. Em que pese tenha havido uma constância nas recomendações, autores como Lima (2002, p. 61-62) consideram que o impacto efetivo nas políticas de saúde dos países deva ser ponderado, pois ligado a inúmeros fatores, inclusive conjunturais, estabelecidos pelo contexto político.

Nesse processo, o Boletim Sanitário Pan-Americano, fundado em maio de 1922 (Cueto, 2007, p.79), atuou como instrumento indispensável para a disseminação de notícias relativas à atuação da OPAS e das resoluções construídas durante as CSPA. Da mesma forma, entendo que o Boletim possa ser apreendido a partir de uma dimensão científica, mas também política. Afinal, ao reunir as descobertas e compartilhar protocolos de determinado campo profissional, os Boletins poderiam representar certo status profissional e, com isso, social entre os participantes do círculo¹⁶⁹.

Nesse sentido, uma descoberta pessoal poderia vir a tornar-se uma norma oficial exercida pelos demais, como no caso da descoberta do protozoário *Trypanosoma Cruzi* pelo cientista brasileiro Carlos Chagas, por exemplo. Construo essa suposição partindo de Bourdieu (1983, p. 127), quando diz que na “luta em que cada um dos agentes deve engajar-se para impor o valor de seus produtos e de sua própria autoridade de produtor legítimo, está sempre em jogo o poder de impor uma definição da ciência (...) que mais esteja de acordo com seus interesses específicos”.

Conforme atenta Cueto (2007, p. 57), o “Boletín foi uma das primeiras publicações dedicadas à saúde internacional e desempenhou um papel influente no discurso sobre a saúde pública ao longo de seus quase cem anos de publicação ininterrupta”. Diante disso, assim como a OPAS, o Boletim Sanitário Pan-Americano demanda seu valor por sua longevidade histórica. Este fato torna possível que seja examinado o percurso de determinado tema de saúde pública durante um século e, também, das formas de organização dos sistemas públicos de saúde que

¹⁶⁸ Lima (2002, p. 41-42) observa que o tema da “unificação dos serviços de saúde e a constituição de uma autoridade sanitária nacional”, que foi desenvolvido nos encontros da OPAS na década de 1930, era objeto de discussão, no Brasil, desde a década de 1910.

¹⁶⁹ Como demonstra Cueto (2007, p. 79), “o recebimento e a circulação de separatas eram uma forma de legitimação local e internacional para os autores do Boletín, muitos dos quais eram latino-americanos”.

foram propostas pela entidade oportunizando, com isso, avaliar as correspondências nos sistemas dos Estados nacionais.¹⁷⁰

Nessa linha, Lima (2002, p. 56) observa que, na década de 1930, “o Brasil progressivamente ocupa posição de mais destaque na OPAS, o que culminou com a escolha de João de Barros Barreto, diretor do Departamento Nacional de Saúde Pública, para Vice-Diretor na X Conferência, realizada em Bogotá, em 1938”. Assim, nas linhas que se seguem, identificarei os temas trabalhados por representantes do Brasil nas Conferências Sanitárias e nos Boletins. Do mesmo modo, os personagens e seus campos de atuação na saúde pública brasileira o que permitirá, em segundo plano, visualizar a inserção destes profissionais no sistema de saúde, em seus locais de atuação, no período.

3.1.1 Um panorama estrangeiro: O Brasil nos Boletins da O. S. P. (1934-1947)

Nesta seção, procuro identificar de que forma a saúde de mulheres e crianças esteve presente nos Boletins da Oficina Sanitária Pan-Americana, a partir de publicações de profissionais brasileiros, bem como as temáticas que observaram maior recorrência, entre os anos de 1934 e 1947.

Conforme demonstrado anteriormente, os boletins foram o meio utilizado pela OPAS para disseminar a concepção de saúde pública compartilhada pelos seus membros e atividades sanitárias em território continental. Nestes termos, se pode compreender que os Boletins representavam a OPAS em sua atividade nos períodos entre as Conferências Sanitárias, que eram os momentos de encontro e deliberação da comunidade médica e científica¹⁷¹.

Assim sendo, compreendo que a identificação de conteúdo relativos ao Brasil possa servir para observar os temas prementes e que foram levados por profissionais da saúde e, eventualmente, políticos brasileiros às instâncias da OPAS. Ao mesmo tempo, é possível realizar um mapeamento do que foi suscitado sobre a saúde de mulheres e crianças em nível continental durante o período abordado. Do mesmo modo, este exercício permitirá visualizar a

¹⁷⁰ Uma breve linha do tempo do Boletim indica que no ano de 1922 foi fundado o “Boletim Pan-americano de Saúde”. Em 1923 se publica a primeira versão em português. No ano de 1966, a publicação foi denominada como “Boletim da Organização Pan-Americana da Saúde”. Por fim, em 1997 a publicação se estabelece como “Revista Panamericana de Saúde Pública”, agregando as publicações anteriores e atingindo os tempos atuais.

¹⁷¹ De modo geral, as Conferências Sanitárias ocorreram em intervalos entre 3 e 5 anos. Uma exceção encontra-se no intervalo de 9 anos entre a 5ª Conferência, ocorrida em 1911, e a 6ª, ocorrida no ano de 1920.

inserção e o perfil de profissionais brasileiros em um significativo fórum internacional de saúde, entre as décadas de 1930 e 1940¹⁷².

Deste modo, no ano de 1934, foram identificadas 03 publicações brasileiras e que versaram sobre saúde de crianças e instalações para o cuidado materno-infantil. A primeira, de Gustavo Lessa, tratou sobre um inquérito realizado no Distrito Federal (RJ) que investigou as condições de estabelecimentos que abrigavam menores necessitados no modo internato¹⁷³. A segunda, por Alberto Novis, destacou a alta mortalidade infantil que assolava os menores de 7 anos na capital Belo Horizonte, causada, majoritariamente, por problemas de má alimentação¹⁷⁴. Por fim, há um relato de Heraldo Maciel sobre os serviços dos Postos de Higiene pré-natal e infantil no Estado da Bahia, com o destaque para a deficiência da rede hospitalar para a população, em geral¹⁷⁵.

No ano de 1935, foi identificado um aumento expressivo no número de publicações (14) e que versaram sobre puericultura, higiene escolar, proteção à infância e mortalidade infantil. Nesse sentido, na seção de “Crônicas sobre puericultura”, Bonifácio Costa trouxe dados sobre mortalidade infantil entre 1928 e 1932, para oito cidades do sul, centro e norte do Brasil, incluindo o Distrito Federal. Além disso, destacou a reserva de parte das receitas dos Estados, União e Municípios para a causa da saúde das crianças, elemento analisado em seções anteriores¹⁷⁶.

Prosseguindo na seção, Arnaldo de Moraes trouxe índices de natimortalidade nos Estados do Rio de Janeiro, Bahia e São Paulo¹⁷⁷. Baseado em inquérito do Departamento Nacional de Saúde, o autor afirmou que a sífilis e as complicações do parto seriam as maiores causas da natimortalidade nestas regiões. Por outro lado, devido às ações de higiene infantil, casos de diarreia infantil, enterites e infecções do aparelho respiratório deixaram de ser

¹⁷² Ressalto que identifiquei profissionais da saúde e temáticas que dialogam com esta pesquisa. No entanto, houve um maior número de publicações e profissionais que não foram contemplados devido ao recorte metodológico estipulado. Abre-se caminho para posteriores investigações.

¹⁷³ Originalmente publicado na Publicação da Inspetoria de Higiene Infantil, no ano de 1933. LESSA, Gustavo. Estabelecimentos que Abrigam Crianças Necessitadas no Rio de Janeiro. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP);13(3), mar. 1934.

¹⁷⁴ NOVIS, Alberto. A saúde pública em Minas Gerais. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP);13(10), out. 1934.

¹⁷⁵ Conforme consta no Boletim, este artigo foi publicado originalmente em “A folha médica”, em 5 de julho de 1934, p. 221. MACIEL, Heraldo. Condições sanitárias na Bahia. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP);13(11), nov. 1934.

¹⁷⁶ Originalmente COSTA, B.: Hyg. & Saúde Púb., 124. ab. 1934.1. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP);14(1), ene. 1935.

¹⁷⁷ Originalmente MORAES, A. de.: Folha Med., 515, obro. 5, 1933. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP);14(1), ene. 1935.

proeminentes como causa de mortes de recém nascidos. Nesse sentido, sublinhou a importância da assistência à mulher grávida, através da higiene pré-natal.

Ainda na edição de janeiro, Mario Mesquita, Álvaro Guimarães Filho e Francisco Borges Vieira trataram sobre os altos índices de natimortalidade e mortalidade neonatal na cidade de São Paulo¹⁷⁸. Ao mesmo tempo, requereram atenção para o item ilegitimidade na descrição técnica dos óbitos, o que, de acordo com os autores, representaria uma especificidade de determinado recorte social. Do mesmo modo, apontaram a precariedade dos censos estatísticos, a necessidade de melhor especificação nos atestados de óbito, entre outras estratégias. Por fim, defenderam o Centro de Saúde articulado à Clínica Obstétrica e à Maternidade como uma tríade indispensável no combate a óbitos pré-natais, natais e neonatais.

Prosseguindo na mesma edição, na seção “Crônicas sobre puericultura”, Geraldo Horácio de Paula Souza e Francisco Borges Vieira trataram sobre a elevada mortalidade infantil na cidade de São Paulo¹⁷⁹. Assim sendo, identificaram como principais causas de óbito, na faixa entre 1 e 4 anos, a diarreia, a enterite, a broncopneumonia, pneumonia, e doenças epidêmicas como sarampo, disenterias, difteria e coqueluche. Permanecendo na temática, Almir Madeira discorreu sobre as taxas de mortalidade infantil na cidade de Niterói¹⁸⁰ e, como nos demais artigos, identificou distúrbios digestivos e problemas nutricionais como causas preponderantes de mortalidade infantil em crianças de até 1 ano de idade¹⁸¹.

Chegando ao final da edição de janeiro, foi identificada uma publicação de Cesar Cals, na qual destacou a mortalidade infantil na cidade de Fortaleza, Ceará¹⁸². Apontando um índice de aproximadamente 43% na mortalidade infantil, atribuiu este número à “pobreza e a ignorância de braços dados com as moléstias e intoxicações”, sobretudo, das mães. Por fim, José Savarese encerrou a série sobre puericultura com um artigo sobre os lactários no Brasil¹⁸³. Neste texto, o autor defendeu o lactário infantil como um instrumento eficaz no combate à mortalidade infantil. Citando a experiência observada na zona rural da capital da República,

¹⁷⁸ Publicado originalmente em Revista Hygiene & Saúde Pública., 220, jul. 1934. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP);14(1), ene. 1935.

¹⁷⁹ Publicado originalmente em Revista Hygiene & Saúde Pub., 328, obre. 1934. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP);14(1), ene. 1935.

¹⁸⁰ Publicado originalmente em Folha Médica, fev. 25, 1933. E Revista Hygiene e Saúde pública, 154, maio 1934. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP);14(1), ene. 1935.

¹⁸¹ Em segundo e terceiro lugar, embora tenha advertido que o percentual comparativo estaria reduzido praticamente à metade, estariam as infecções do aparelho respiratório e “debilidade e malformações congênicas e traumatismos obstétricos”, o que Madeira atribuiu “não raro, confundidos ou mal classificados, e por assim entenderem velhas estatísticas que os englobavam na designação de moléstias dos recém-nascidos”.

¹⁸² Publicado originalmente em Ceará Med., 7 de março, 1934. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP);14(1), ene. 1935.

¹⁸³ Publicado originalmente em Folha Médica, 575. Novembro. 25, 1933. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP);14(1), ene. 1935.

considerou que a disseminação do serviço de lactários poderia atenuar a mortalidade infantil por razões nutricionais, que se demonstrava elevada na capital e no restante do país.

Em maio, foi encontrado um artigo da professora Maria Antonieta de Castro¹⁸⁴, no qual realizou um inventário das atividades realizadas pelo Serviço de Higiene e Educação Sanitária Escolar no Estado de São Paulo. De acordo com Castro, este serviço teria como peça fundamental a figura da educadora sanitária¹⁸⁵.

Na edição de novembro, há uma publicação extensa, de 16 páginas, escrita por Aristides A. Moll, redator científico da Oficina Sanitária Pan-Americana, sob o título “As obras sanitárias de proteção à infância nas Américas”¹⁸⁶. Embora não seja a publicação de um brasileiro, considero relevante sua identificação, pois contém índices relativos a cidades brasileiras, entre os anos de 1930 e 1934. As cidades retratadas foram Belém, Belo Horizonte, Recife, Rio de Janeiro, Santos e São Paulo. Foram demonstrados dados de natalidade, por mil habitantes; mortalidade infantil, por mil nascimentos; mortinatalidade, por mil nascimentos; e mortalidade materna, por mil nascimentos.

Retomando, na edição de novembro encontram-se notas de José Paranhos Fontenelle, bem como de Francisco Borges Vieira, Geraldo Horácio de Paula Souza e Mario Mesquita¹⁸⁷. A primeira, ressaltou que a mortalidade infantil seria causada, em grande medida, por elementos evitáveis. A segunda, denotou que a mortalidade entre crianças de 5 a 14 anos, na cidade de São Paulo, para o decênio 1920-1929, teve como causas, em ordem de importância, a pneumonia, em todas suas formas, “causas violentas”, tuberculose e afecções do coração, em geral.

Em dezembro, a edição trouxe, na seção denominada “Infância”, uma lista de instituições de saúde pública que se voltavam a proteção da infância¹⁸⁸. No item

¹⁸⁴ Publicado originalmente na Revista de Educação, 229. Dezembro, 1934. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP);14(5), mayo 1935. Sobre a trajetória de Maria Antonieta ver: Rocha, Heloísa Helena Pimenta. A educação sanitária como profissão feminina. **Cadernos Pagu** [online]. 2005, n. 24 [Acessado 7 Novembro 2022], pp. 69-104. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-83332005000100005>. Epub 13 Out 2005. ISSN 1809-4449. <https://doi.org/10.1590/S0104-83332005000100005>.

¹⁸⁵ Conforme Castro, o serviço atingiu 63 estabelecimentos de ensino e um total de 65.437 alunos, o qual foi posto em prática por educadoras sanitárias através de um programa de ação com as diretrizes de conservar e elevar o nível de saúde das crianças; conquista da saúde pela cura de moléstias e correção de defeitos físicos pelo Corpo Médico do Serviço com o auxílio da educadora sanitária; defender a saúde pelo aprendizado e prática das noções e preceitos de higiene para o combate às moléstias.

¹⁸⁶ Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP);14(11), nov. 1935.

¹⁸⁷ Publicados originalmente em Folha Médica, p. 375, ago. 25, 1935 e Revista Higiene e Saúde Pública, 395, dbro. 1934, respectivamente. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP);14(11), nov. 1935.

¹⁸⁸ Em lista: Ministério de Educação e Saúde Pública, Rio de Janeiro: Diretoria Nacional de Saúde e Assistência Médico-social: Diretoria de Proteção à Maternidade e a Infância; Instituto de Higiene e Medicina da Criança, compreendendo Hospital Infantil, maternidade, escola de puericultura, ambulatórios e laboratórios; serviço de cooperação com os Estados; Inspetoria de Higiene Pré-natal e Assistência do Parto e Inspetoria de Higiene e

“constituições”, a publicação se referiu como “muito interessantes as disposições” contidas na Carta de 1934, no Brasil, no qual foi destacado o Art. 121, que tratou sobre o dever do Estado no amparo à maternidade e a infância e definiu as contribuições estaduais para este fim. Ver análise realizada no capítulo II.

Encerando o ano de 1935, foi encontrado um artigo assinado pelo advogado Levi Carneiro, denominado “Organização da proteção legal da infância no Brasil”¹⁸⁹. Em resumo, o texto compreendeu um plano de organização nas esferas da União, Estados e Municípios para a legislação de proteção e assistência à infância. Para Carneiro, o “legislador federal” deveria assentar “numa grande lei, os fundamentos da política nacional da criança em todo o Brasil”. Algo que em linhas gerais, como dimensionado no segundo capítulo, foi a política posta em ação pelo governo Vargas através do Ministério da Educação e da Saúde, via Departamentos e seções estaduais, regidos por uma legislação federal, a partir de 1937. Ao mesmo tempo, esta foi uma demanda da Organização Sanitária Pan-Americana.

Assim sendo, conforme os Boletins analisados até o momento, é possível afirmar que a mortalidade infantil foi um tema preponderante nas investigações sobre o Brasil no período entre 1934 e 1935. As questões de higiene e alimentação, do mesmo modo, se apresentaram como prevaletentes. Da mesma forma, convém ressaltar o consenso, por parte da categoria médica, em torno do fato de que a mortalidade infantil, elevada no período, era ocasionada por causas, em grande medida, evitáveis e que seriam ligadas, na maior parte dos casos, a deficiências nas práticas de higiene e déficits alimentares em grupos sociais vulneráveis.

No ano de 1936, a série sobre infância observou prosseguimento e, no que se refere ao Brasil, foi destacado o elevado número de sociedades de assistência pró-infância, muitas das quais privadas, em localidades fora dos centros urbanos. De acordo com a publicação, existiriam mais de 1.000 entidades as quais se destacariam pelo serviço restrito às comunidades locais. Houve também, neste Boletim, uma listagem de publicações dedicadas aos temas de pediatria, obstetrícia e serviço social¹⁹⁰.

Prosseguindo na seção sobre infância, no tópico sobre maternidades, constou a falta de leitos de maternidade em “todas as partes da América”, excetuando-se a cidade de Buenos Aires. Em relação a hospitais infantis, foi apontada a insuficiência, em todo o Continente, de

Assistência à Criança; Secção de Assistência Social; Diretoria de Defesa Sanitária Interior e da capital; Serviço de Inspeções Médico-Escolares; Serviço de Lactários Rurais (D. F.).

¹⁸⁹ Trabalho apresentado à Conferência Nacional de Proteção à Infância, Rio de Janeiro. 17-27 set. 1933.

¹⁹⁰ Foram listadas as seguintes publicações: A pediatria, Archivos de Pediatria, Jornal de Pediatria, Revista de Ginecologia e d'Obstetrícia, no Rio de Janeiro; Boletim da Sociedade de Pediatria, na Bahia; Movimento Pediátrico, Belo Horizonte; e Pediatria Prática, São Paulo. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP);15(1), ene. 1936, p. 28.

serviços hospitalares para crianças. No Brasil, foram identificados apenas 13 hospitais de obstetrícia e ginecologia e a estimativa de 500 leitos em cerca de 22 maternidades para um número aproximado de 500 mil partos por ano¹⁹¹. Sobre estes dados, saliento que uma razão matemática simples evidenciaria a proporção de 1 leito para 1000 partos. Em que pese a carência de leitos, foi elogiada a iniciativa proposta pelo Instituto Moncorvo de Proteção à Infância que, conforme a publicação, pretendeu a disseminação de creches por todo o país¹⁹². Da mesma forma, foi destacada a cidade de Recife, que estabelecera em lei a existência de uma creche em todo estabelecimento industrial no Município.

A articulação entre as esferas pública e privada na assistência materno-infantil, no Brasil, foi objeto de pesquisas como a tese de Mariano (2006), que se debruçou sobre o processo de consolidação da assistência à infância e do amparo à maternidade, partindo dos debates Constituintes de 1933. Do mesmo modo, Marinho (2017), analisou a articulação entre os poderes públicos e as instituições de filantropia na formulação de políticas públicas materno-infantis no Estado do Piauí. No capítulo anterior, através da análise das Constituições de 1934 e 1937, demonstrei o arcabouço jurídico-político construído para esse fim a partir da Carta de 1934. No capítulo posterior, analisarei como se desenvolveu essa relação no Estado do Rio Grande do Sul. Dessa forma, o que resta é o apontamento da consolidação da relação público-privada neste âmbito das políticas de saúde do período.

Na edição de fevereiro de 1936, constou um relatório do governador de Sergipe sobre a saúde pública no Estado¹⁹³. Em relação à maternidade e infância, foram destacados o Hospital de Cirurgia, que através de seu Serviço de Higiene Pré-Natal atenderia casos pré e pós-natal, e a Maternidade Francino Mello, com sua assistência às gestantes. O governador destacou, ainda, o “Instituto de Proteção e Assistência à Infância de Sergipe, instalado em 23 de junho de 1932, nos moldes do Instituto de Proteção e Assistência à Infância do Rio de Janeiro”¹⁹⁴.

Sobre a mortalidade infantil, a seção sobre infância observou no Brasil um panorama semelhante ao identificado na América, salvo exceções. Conforme a publicação, as principais ações de combate à mortalidade infantil seriam realizadas por “serviços de iniciativa particular traçados nos moldes dos que se vêm fazendo nos demais centros civilizados, embora sejam realizados em pequenas proporções, dada a exiguidade dos recursos de que dispõem”¹⁹⁵. Assim,

¹⁹¹ Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP);15(1), ene. 1936, p. 31.

¹⁹² Sobre o Instituto, ver: Freire; Leony (2011).

¹⁹³ Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP);15(2), feb. 1936, p. 106-109.

¹⁹⁴ Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP);15(2), feb. 1936, p. 109.

¹⁹⁵ No que diz respeito ao Brasil, foi sublinhado o Estado da Bahia onde, em algumas cidades, era realizada a profilaxia da oftalmia neonatal, algo raro em todo o continente. Em relação ao cuidado com as crianças e recém-

este fato sugere que a associação entre órgãos de Estado e iniciativas particulares poderia vir a ser generalizada como uma tendência continental, elemento que necessita de investigações apropriadas.

Outro problema recorrente na extensão dos Boletins Sanitários, a questão da nutrição infantil, constou novamente nesta edição ao referir-se à situação do fornecimento de leite para recém-nascidos e crianças. Em relação ao Brasil, foram citadas as iniciativas do Instituto Moncorvo que, em dados para 1930, atendia as cidades de Rio de Janeiro, Recife, São Paulo, Bahía e Maceió fornecendo leite aos “desafortunados”.

Prosseguindo, na edição de maio de 1936 foi identificada uma publicação elogiosa aos esforços do governo de Minas Gerais em relação à maternidade e infância, sobretudo, através da criação da Inspetoria de Higiene Pré-Natal e Infantil¹⁹⁶. Em tom político, o governador sublinhou o auxílio prestado pela Diretoria de Saúde Pública à causa, proporcionando o suporte às ações de proteção às crianças, “consequência natural do patriótico apelo feito aos interventores nos Estados pelo Presidente Getúlio Vargas”¹⁹⁷.

No Boletim de abril, Rosalvo de Salles realizou a defesa dos Postos de Higiene e dos Centros de Saúde como centros técnicos para os assuntos de endemiologia, higiene pré-natal, infantil e escolar¹⁹⁸. Neste texto, restou a evidente influência em relação à organização dos Centros de Saúde proposta pela Fundação Rockefeller, pela qual Salles demonstrou entusiasmo.

Na edição de maio, constou a Ata Final da III Conferência Pan-Americana de Diretores Nacionais de Saúde ocorrida em 1936¹⁹⁹. Em relação ao Brasil, foi destacada a presença do Dr. João de Barros Barreto como Secretário Geral. Nesta Conferência, foram aprovadas resoluções sobre as questões de alimentação infantil, paralisia infantil, higiene pré-natal e infantil e centros maternos gratuitos. Mais uma vez, denoto o lugar de relevo ocupado pelo problema da alimentação infantil no Continente, tido como uma grande mazela sanitária e social.

No mês de agosto de 1936 foi publicado o trecho de uma mensagem apresentada por Getúlio Vargas ao Poder Legislativo, em 3 de maio de 1936. Embora não tenha tratado sobre temas específicos sobre saúde de crianças e mulheres, observo a intensão de estabelecimento de uma “Lei federal da saúde” que, em síntese, visaria articular e coordenar os serviços relativos

nascidos cegos, foram citadas instituições em São Paulo, Rio de Janeiro, Bahia e Minas Gerias: Liga Brasileira de Proteção aos Cegos (com 3 filiais regionais e 12 locais), União dos Cegos no Brasil (2 filiais no Rio, 1 em Niterói e 1 em São Paulo). Rio de Janeiro, Instituto Benjamin Constant, Sodalício Sacra Família; São Paulo, Instituto Padre Chico; Bahia, Instituto dos Cegos; Belo Horizonte, Instituto São Raphael; Santos, Escola para Cegos. (Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP);15(2), feb. 1936, p. 113.).

¹⁹⁶ Através do Decreto nº. 11. 421, de 14 de julho de 1934.

¹⁹⁷ Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP);15(3), mar. 1936, p. 218-220.

¹⁹⁸ Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP);15(4), abr. 1936, p. 336-338.

¹⁹⁹ Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP);15(5), mayo 1936.

à saúde pública no país²⁰⁰. Conforme demonstrado na análise das Cartas de 1934 e, especialmente, 1937, este foi um movimento consolidado na saúde pública brasileira, tendo a União, através do M.E.S, articulado e coordenado as ações em saúde pública por todo o território. Ao mesmo tempo, a coordenação da saúde através de órgãos reguladores e hierárquicos combinados com uma legislação normativa foram preceitos correntes encontrados nos Boletins da OPAS, o que indica certa consonância neste quesito.

No Boletim de novembro, a seção “Crônicas de Puericultura” trouxe informações sobre o Brasil²⁰¹. Em primeiro, uma nota em que a Dr^a Ema de Azevedo traçou um comparativo, por idades, de quesitos como peso e estatura, entre crianças do sexo masculino e feminino, até os 14 anos. Concluiu destacando a ligação entre as políticas de saúde e assistência social, ao sublinhar que:

As crianças das famílias abastadas apresentam melhor desenvolvimento que as das famílias operárias. A habitação confortável e arejada influi beneficentemente sobre o crescimento da criança. A alimentação constitui um fator de extraordinária importância no desenvolvimento físico da criança, daí a necessidade imperiosa de que os gêneros de primeira necessidade sejam de boa qualidade e estejam ao alcance de todas as bolsas e que o regime alimentar na criança brasileira seja orientado sob bases científicas.

Através deste excerto, denoto que fez-se possível identificar uma concepção geral nas publicações da OPAS que entendia como profícuas a conexão entre políticas de saúde e assistência social. No contexto brasileiro, Ribeiro (2020, p. 66) demonstrou que na disputa política por concepções de assistência materno-infantil entre Joaquim Martagão Gesteira e Olympio Olinto de Oliveira, este último, diretor e idealizador do Departamento Nacional da Criança, foi exitoso ao delinear as ações do DNCr a partir da união entre saúde e assistência social.

Retornando aos Boletins, o noticiário sobre o Brasil se encerrou com um relatório atestando o bom funcionamento do Instituto de Assistência e Proteção à Infância de Alagoas e seus dispensários na cidade de Maceió. O Estado permaneceu na edição seguinte, de dezembro, com um relatório apresentado pelo Dr. Rocha Filho, Diretor de Saúde Pública de Alagoas²⁰². Filho relatou a situação de abandono e deterioração da saúde pública no Estado, em 1935, ano em que assumiu a diretoria de saúde pública. Ao mesmo tempo, asseverou a falta de estrutura

²⁰⁰ Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP);15(8), ago. 1936, p.721.

²⁰¹ As notas citadas foram publicadas original e respectivamente em: *Pediatria Prática*, 60, marco-abril, 1935; Relatório do Inst. Assis. Prot. Inf. Alagoas., 9, 1935. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP);15(11), nov. 1936, p. 1090-1091.

²⁰² Apresentado em sua totalidade originalmente ao Secretário do Interior, Educação e Saúde. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP);15(12), dic. 1936, p. 1169-1172.

ao lamentar que nem ao menos o Centro de Saúde de Maceió, por falta de recursos, havia conseguido se estabelecer.

Por fim, demonstrou relativa satisfação com o Serviço de Higiene Infantil, que aumentara suas matrículas, entre 1934 e 1935, além de observar que “o serviço pré-natal passou a ser feito por uma instituição particular, o Instituto de Proteção à Infância, na rua Libertadora Alagoana”, somando-se a outros relatos da relação público-privada na assistência materno-infantil²⁰³.

O ano se encerrou com uma questão central nos Boletins que foi a alimentação e, assim, na edição de dezembro, constaram duas notas sobre assunto. A primeira, noticiou um inquérito em domicílios, realizado por técnicos da Diretoria Nacional de Saúde. O inquérito ambicionava informações das capitais brasileiras, abrangendo 10% da população, e teria o intuito de embasar os técnicos em ações para a melhoria da base nutricional da população. A segunda, tratou sobre a Policlínica de São Paulo, para noticiar a criação, em 1934, da Clínica de Doenças do Aparelho Digestivo e da Nutrição²⁰⁴.

Continuando, na edição de fevereiro de 1937, Armando de Salles Oliveira realizou um panorama sobre a saúde pública do Estado de São Paulo²⁰⁵. Em relação à saúde infantil, destacou as ações das 8 Delegacias de Saúde no interior do Estado, incluindo zonas agrícolas, e que desenvolviam os serviços de policiamento sanitário, epidemiologia, assistência médico-sanitária, ambulatórios de higiene pré-natal, higiene infantil, higiene pré e escolar etc.,²⁰⁶. Sobre o cuidado com a maternidade, o relatório destacou que, além de 207 hospitais gerais, existiam, no período, 6 maternidades no Estado. De acordo com os relatórios apresentados por outros governantes, é possível sugerir que a estrutura em saúde pública do Estado de São Paulo era superior à maioria dos Estados brasileiros.

Na edição de março, constou uma publicação do Dr. Mário Alvares da Silva Campos sobre a saúde pública no Estado de Minas Gerais²⁰⁷. Sobre a mortalidade infantil, sublinhou a necessidade do registro civil por parte da população, defasagem que resultaria na distorção dos índices de natalidade e mortalidade infantil. Em relação aos serviços de puericultura foi destacada a Inspetoria de Higiene Pré-Natal e Infantil, criada em 1934. Nesse sentido, lamentou

²⁰³ Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP);15(12), dic. 1936, p. 1170.

²⁰⁴ Publicados original e respectivamente em: Folha Med., 25 setembro, 1936; Gaz. Clin., 240, sbro. 1935. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP);15(12), dic. 1936, p. 1178.

²⁰⁵ Publicada originalmente, em sua totalidade, como mensagem à Assembleia Legislativa do Estado no ano de 1936. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP);16(2), feb. 1937, p. 101-11.

²⁰⁶ De acordo com o relatório, cada delegacia contava, no ano de 1936, 74 unidades sanitárias. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP);16(2), feb. 1937, p. 103.

²⁰⁷ Originalmente publicado como relatório da Diretoria de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais para o ano de 1935. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP);16(3), mar. 1937, p. 214-219.

a não participação proporcional da maior parte dos municípios com o complemento orçamentário de 1% do orçamento, mesmo disposto em lei federal, para ações de proteção à maternidade e infância.

O Diretor Geral do Departamento Nacional de Saúde, Dr. João de Barros Barreto, esteve presente na edição de julho do Boletim, através da transcrição de seu discurso de posse no cargo²⁰⁸. Sobre o tema materno-infantil, o qual definiu como do “terreno propriamente de assistência médico-social”, citou a ampla campanha nacional “em favor da alimentação da criança” que ocorria no país²⁰⁹. De acordo com Barreto, haveria êxito na articulação entre União, estados e municípios, fazendo com que 450 municípios e, aproximadamente, 500 instituições, estivessem envolvidas na campanha. Além disso, segundo Barreto, 300 jornais do interior haviam inaugurado uma seção de puericultura em suas páginas.

No mês de agosto, o Dr. Francisco de Menezes Pimentel, Governador do Estado do Ceará, publicou um inventário sobre a saúde pública do Estado²¹⁰. Em tom elogioso ao sistema de saúde, trouxe no seu artigo um diagrama da Diretoria de Saúde Pública no qual se percebe a divisão entre Centros de Saúde e Postos de Higiene, em sintonia com o padrão federal estabelecido após 1937. Nesse sentido, destacou que o “Dispensário Pré-Natal vem prestando relevantes serviços no exame e visitas às gestantes e na assistência ao parto e *post-partum*, quando necessária”.

O “Dispensário Escolar trata do exame de escolares em geral e dá assistência aos mesmos em casos de doenças contagiosas, fazendo uma triagem para enviá-las aos outros serviços anexos”²¹¹. Por fim, Pimentel sublinhou que no “Dispensário Infantil, que tem como finalidade administrar conselhos às mães sobre a alimentação da criança, assim como sobre cuidados de higiene em geral, inscreveram-se 2,091 infantes e atenderam-se 13,679”, para o ano de 1937²¹².

Como é possível observar, Menezes Pimentel foi um político e, com isso, como desenvolvido no segundo capítulo, sublinho a necessidade de ponderar os documentos elaborados com o intuito de representar determinado governo, em consonância com o

²⁰⁸ Originalmente: “Palavras pronunciadas pelo Dr. Barros Barreto ao tomar posse do seu novo cargo de Diretor do Departamento Nacional de Saúde, na presença do Sr. Ministro da Educação e Saúde Pública, Dr. Gustavo Capanema”. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP);16(7), jul. 1937, p. 611-614.

²⁰⁹ Ver Ribeiro (2020).

²¹⁰ Publicado originalmente como Mensagem apresentada à Assembleia Legislativa em 1º de julho de 1936. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP);16(8), ago. 1937, p.725-729.

²¹¹ Publicado originalmente como Mensagem apresentada à Assembleia Legislativa em 1º de julho de 1936. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP);16(8), ago. 1937, p.725-729.

²¹² Publicado originalmente como Mensagem apresentada à Assembleia Legislativa em 1º de julho de 1936. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP);16(8), ago. 1937, p.725-729.

entendimento de Albuquerque (2009). Por exemplo, os serviços de dispensários elogiados pelo governador, de acordo com o diagrama, estariam ligados aos serviços prestados na capital através dos Centros de Saúde. Nesse sentido, embora a eficiência possa ser correspondente, é preciso que se tangencie o seu alcance visto que os serviços de interior eram realizados pelos postos itinerantes e Postos de Higiene, que se constituíam em versões com menores recursos materiais e de pessoal em comparação aos Centros de Saúde²¹³.

Prosseguindo, a saúde pública no Estado do Espírito Santo foi um dos temas da edição de setembro na qual João Punaro Bley, Governador do Estado, realizou um panorama sobre saúde pública²¹⁴. Em destaque constaram a construção do Hospital Infantil Nossa Senhora da Glória, na capital Vitória, e os serviços dos dispensários de higiene pré-natal, e de higiene e assistência infantil. Segundo Bley, os serviços tiveram suas atividades reforçadas devido à “criação e manutenção em todo o país de um Serviço de Proteção à Maternidade e a Infância, a quota de 1 por cento sobre as rendas da União, dos Estados e Municípios”²¹⁵.

O ano de 1938 iniciou com uma publicação, em fevereiro, do Dr. J.P. Fontenelle, Diretor de Saúde Pública do Distrito Federal²¹⁶. Nela, o diretor realizou um panorama sobre a organização sanitária entre 1935 e 1936, após a reorganização dos serviços de saúde pública e assistência médico-social em 1934²¹⁷. Diante disso, defendeu o sistema de Centros de Saúde e Postos de Higiene e esclareceu que, a partir da reforma, o setor de saúde pública responsável pelos cuidados com a maternidade e a infância ficaram sob os auspícios da Diretoria de Proteção à Maternidade e à Infância, dentro da qual funcionariam a Inspeção de Higiene Infantil, e o Abrigo-Hospital Arthur Bernardes.

Sobre a “obra da saúde pública”, Fontenelle sublinhou uma concepção que se alinhava às políticas do Estado Novo e em congruência com as linhas gerais adotadas pela OPAS, que

²¹³ Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP);16(8), ago. 1937, p.727.

²¹⁴ Originalmente publicado como Mensagem apresentada a Assembleia Legislativa em 1. de julho de 1936. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP);16(9), set. 1937, p. 833-837.

²¹⁵ Originalmente publicado como Mensagem apresentada a Assembleia Legislativa em 1. de julho de 1936. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP);16(9), set. 1937, p. 833-837.

²¹⁶ Publicado originalmente em: A Folha Médica,571, novembro. 25,1937. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP);17(2), fev. 1938, p. 124-128.

²¹⁷ Observação: Fontenelle cita o Decreto nº 24.801 de 14 de julho de 1934 como o responsável pela reorganização dos serviços de saúde pública quando o correto seria ter citado o Decreto nº 24.814 de 14 de julho de 1934. Neste Decreto, foram incorporados ao Ministério da Educação e Saúde a Diretoria Nacional de Saúde e Assistência Médico-social, a Diretoria da Defesa Sanitária Internacional e da capital da República, a Diretoria dos Serviços Sanitários nos Estados, a Diretoria de Proteção à Maternidade e à Infância e a Diretoria de Assistência Hospitalar. Decreto nº 24.814 de 14 de julho de 1934. Estabelece, na conformidade do decreto nº 24.438, de 21 de junho último, o plano geral de organização dos serviços de saúde pública e assistência médico social, e dá outras providências, sem aumento de despesas. **Coleção das Leis da República dos Estados Unidos do Brasil de 1934:** Atos do Governo Provisório - Janeiro e Fevereiro, Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, ano 1935, v. I, n. 1, p. 1401, 1935.

via nas ações educativas um instrumento em favor da saúde pública, sobretudo, nas questões de higiene e alimentação:

A obra de saúde pública se executa principalmente em dispensários, nos domicílios e nas escolas. Aos dispensários são atraídas as pessoas sobre as quais queremos exercer um trabalho de diagnóstico, de tratamento, de auxílio e de educação e instrução. Nos domicílios, vamos ver as mesmas pessoas num ambiente que traduz condições certamente mais importantes para a resolução dos problemas. E nas escolas, travamos conhecimento com as crianças resumidamente, o que multiplica a ação sanitária, facilitada, ainda, pelo propício momento para todas as formas de educação (Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP);17(2), fev. 1938, p. 124).

Em junho, o Brasil voltou a ser tema no Boletim através de uma publicação de João de Barros Barreto²¹⁸. Neste artigo, realizou um inventário das atividades de sua Diretoria por todo o Brasil, destacando a boa relação entre a União e os Estados, através das Diretorias Estaduais de Saúde, o que teria resultado na expansão dos serviços de saúde pública, antes restritos basicamente ao distrito federal (até 1935)²¹⁹. Do mesmo modo, ressaltou a estreita relação entre o D.N.S. e a Oficina Sanitária Pan-Americana, bem como com a Fundação Rockefeller, devido ao intercâmbio de profissionais, materiais e o compartilhamento de relatórios sobre saúde e atividades.

Característica que reforça a hipótese, em que pese a prudência requeria por Lima (2002), de que o intercâmbio de profissionais possa ter resultado no compartilhamento de preceitos e configurações institucionais e sua adoção pelos gestores das políticas públicas no Brasil. Em linhas gerais, este foi o movimento observado por Birn (2006) e Chaves (2013) para a constituição da OPAS enquanto organização e que, avalio, possa servir para a análise das políticas públicas no Brasil.

Prosseguindo, a partir do resultado de um questionário sobre as organizações sanitárias estaduais, Barreto observou como “regra quase geral um descaso grande pela sorte das populações do interior e, na maioria dos Estados, bastante deficientes, no aparelhamento, certas peças essenciais da entrosagem sanitária nas próprias capitais incluindo, neste ponto, os serviços de amparo à maternidade e à infância”²²⁰.

Por outro lado, enalteceu as ações dirigidas pela Divisão de Amparo à Maternidade e a Infância, sob a coordenação de Olinto de Oliveira, e a campanha supracitada em favor da alimentação da criança, inaugurada em 12 de outubro de 1934 e que teria tido alcance nacional,

²¹⁸ Publicado originalmente como Relatório para 1937 apresentado ao Ministro da Educação e Saúde Pública, Gustavo Capanema. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP);17(6), jun. 1938, p. 479-494.

²¹⁹ Nesse sentido, por exemplo, Ribeiro (2020, p. 12), afirma que “até 1934, quando a Inspetoria de Higiene Infantil (IHI) foi transformada em Diretoria de Proteção à Maternidade e à Infância (DPMI), a política federal de assistência materno infantil apresentava suas ações restritas ao Distrito Federal”.

²²⁰ Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP);17(6), jun. 1938, p. 481.

campanha filantrópica que autores como Ribeiro (2020, p. 28) entendem que “se tornou a única grande iniciativa posta em prática pela DPMI fora do Distrito Federal”.

Dando continuidade à investigação encontra-se, na edição de junho de 1939, índices de mortalidade pré-escolar (depois do 1º e antes do 7º ano de vida) na cidade do Rio de Janeiro, por A. Paz de Almeida e Lincoln de Freitas Filho²²¹. Ambos apresentaram um elevado grau de mortalidade (14%), tendo como base os parâmetros médios do Comitê de Higiene da Sociedade das Nações (0,4 a 3%). Como causas de morte, apontaram, em primeiro lugar, doenças do aparelho digestivo; em segundo, doenças infectuosas e parasitárias e, em terceiro, doenças do aparelho respiratório, sem tuberculose.

Na seção sobre instituições de puericultura identifica-se informações sobre lactários em Belo Horizonte, que continha 4 unidades, sendo 1 oficial e 3 desenvolvidas pela iniciativa particular. Somados, os 4 lactários atendiam cerca de 200 crianças sendo, preferencialmente, crianças indigentes, aponta Francisco de Souza Lima²²². No tópico sobre mortalidade infantil, uma das grandes preocupações apresentadas nos Boletins, Abdênago da Rocha Lima denotou os elevados índices de natimortalidade e mortalidade infantil apontando, com isso, a deficiência no combate às causas de óbito pré-natal na cidade de Fortaleza²²³.

Em outubro, João de Barros Barreto retornou ao Boletim apresentando as realizações do Departamento Nacional de Saúde durante os anos de 1938 e 1939²²⁴. No tópico sobre maternidade e infância, Barreto destacou a atuação de Olinto de Oliveira e Gastão de Figueiredo à frente da Divisão de Amparo à Maternidade e à Infância e da Seção de Cooperação com os Estados, respectivamente. Ao mesmo tempo, lastimou a supressão do Art. 141 da Constituição de 1934, o qual analisei no capítulo anterior, que dispunha sobre a contribuição orçamentária de 1% da renda de Estados e municípios. Por sua vez, comemorou os esforços, entre os anos de 1936 e 1937, que resultaram no aumento das articulações dos municípios e Estados com a União para ações em parceria com a D.A.M.I., alcançando um total de 1076 municípios ou 71% das municipalidades do país²²⁵.

²²¹ Publicado originalmente: Arq. Hig., 247, novembro. 1937. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP);18(6), jun. 1939, p.555.

²²² Publicado originalmente em: Arq. Saúde Públ., 29, jun. 1937. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP);18(6), jun. 1939, p.560.

²²³ Publicado originalmente em: Ceará Méd.,3, novembro. 1938. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP);18(6), jun. 1939, p.560, p. 568-569.

²²⁴ Publicada originalmente como Exposição ao Ministro Capanema. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP);18(10), oct. 1939, p. 923-940.

²²⁵ Barreto indica que a sua Divisão cooperou com o Serviço de Puericultura através da organização do mostruário de Higiene Infantil na Feira Internacional de Amostras. Ainda em 1938 apoiou a exposição de Higiene Infantil, na Associação Cristã de Moços, no Rio de Janeiro e também no Cine Meyer. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP);18(10), oct. 1939, p. 936.

O Boletim entrou em 1940 com uma publicação extensa sobre demografia das Repúblicas americanas²²⁶. Nesse sentido, saliento o aspecto de colaboração entre instituições do Continente, pois a série demográfica foi introduzida com agradecimento aos “órgãos oficiais das Repúblicas da América pela cooperação efetiva que prestaram na compilação desses dados e pela presteza e assiduidade com que devolveram as planilhas-questionários que lhes foram transmitidas”²²⁷. Em relação ao Brasil, constaram dados sobre natalidade, mortinatalidade, mortalidade infantil e mortalidade materna, entre outras estatísticas vitais, contemplando os anos entre 1934 e 1938²²⁸. Dados que apenas citarei genericamente, neste momento, mas que poderão ser acessados por pesquisas posteriores.

Retornando ao âmbito nacional, ainda em janeiro, constou um artigo do Dr. Jorge Ferreira Machado sobre a relação entre sífilis e gravidez na cidade de Entre-Rios, Rio de Janeiro²²⁹. Partindo de um estudo de caso em dois distritos da cidade, Areal e Bemposta, Machado chega ao número alarmante de 80% de natimortalidade causada pela sífilis em ambos os distritos. Encerra o estudo defendendo a “profilaxia social da sífilis” como uma “obra patriótica muito meritória”.

Na edição de fevereiro, foi identificado um artigo sobre saúde pública e assistência social em Santa Catarina, em artigo não assinado, mas que defendeu a gestão de Nereu Ramos²³⁰. Assim sendo, destaca as reformas na saúde pública do Estado, além do incentivo orçamentário e técnico para a produção de estatísticas vitais para o controle de nascimentos, natimortalidade, mortalidade infantil e mortalidade materna.

Chegando ao final do ano de 1940, em novembro, encontra-se uma publicação de Samuel Libânio, Diretor Geral interino do Departamento Nacional de Saúde²³¹. Libânio apresentou as atividades do *stand* brasileiro na Exposição do Mundo Português, que ocorreu na cidade de Lisboa, Portugal, em 1940. Em relação à saúde pública, foi destacado um painel reservado “ao Departamento Nacional da Criança, em que se arrolam todas as atividades de proteção e assistência a infância, de iniciativa do governo federal, no terreno de saúde

²²⁶ Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP);19(1), ene. 1940, p. 15-29.

²²⁷ Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP);19(1), ene. 1940, p. 15.

²²⁸ As cidades com demonstrativos foram Rio de Janeiro, Belém, Belo Horizonte, Recife, Santos, São Paulo e Salvador. Entendo que estes dados se constituem como proveitosas fontes, sobretudo para métodos comparativos, em que pese não serão analisados neste exercício.

²²⁹ Originalmente foi um trabalho apresentado à Sociedade de Medicina e Cirurgia de Juiz de Fora, em Minas Gerais. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP);19(1), ene. 1940, p. 49-53.

²³⁰ Publicado originalmente em Médicos: a sua Revista, setembro. 1939, P. 39. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP);19(2), feb. 1940, p. 108-111.

²³¹ Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP);19(11), nov. 1940, p. 1114-1115.

pública”²³². De certo modo, o destaque em relação à saúde infantil, em uma exposição internacional, aponta a relevância do tema como questão política de governo e, ao mesmo tempo, sua proeminência em relação à saúde das mulheres, especificamente, desligadas do caráter materno-infantil.

O ano de 1941 conteve uma única publicação relativa ao Brasil, no mês de março, através do Dr. Francisco Figueira de Mello. Nesta, afirmou que o serviço médico escolar seria uma das mais antigas instituições oficiais de proteção à criança no Estado de São Paulo. Defendeu a importância da escola como um local de assistência médica infantil, pois atenderia a “crianças pobres, que sem essa assistência não teriam oportunidade de tratar-se e que em percentagem elevada constituiriam uma juventude fraca de índice vital baixo, não correspondendo às exigências da vida trepidante da civilização moderna”²³³. São Paulo, como se observará em seção posterior, realizou um Congresso no ano de 1941, o Congresso Nacional de Saúde Escolar, no qual proeminentes nomes da saúde pública discutiram a relação entre o ambiente escolar e a saúde infantil.

Prosseguindo, na edição de maio de 1942 constou um artigo, dividido em duas partes, denominado “Nutrição infantil na América Latina”, assinado por Arístides A. Moll e Shirley Baughman O’leary, secretário e bibliotecária, respectivamente, da Repartição Sanitária Pan-Americana²³⁴.

Embora não seja um artigo de autoria de um brasileiro, avalio pertinente incluí-lo nesta seleção, pois posicionou os brasileiros Arthur Moncorvo Filho, Olinto de Oliveira e Fernandes Figueira como personagens de relevo no histórico do cuidado infantil na América. Da mesma forma, citou o Instituto de Puericultura como uma referência em pesquisas sobre a saúde infantil e o ensino da puericultura, instituição que fora idealizada por Martagão Gesteira²³⁵. Na segunda parte, publicada em junho, encontram-se dados sobre mortalidade infantil causada por enterite nas quatro primeiras décadas do século para as cidades do Rio de Janeiro, Niterói, Manaus, Recife, Porto Alegre e Fortaleza, os quais cito para conhecimento, mas que não abordarei neste exercício²³⁶.

²³² Houve, também, “Oito painéis laterais, de dimensões mais reduzidas, aludem, respectivamente, às atividades do Departamento Nacional de Saúde, da Secretaria de Saúde e Assistência da Prefeitura do Distrito Federal, dos Serviços Estaduais de Saúde, do Serviço Nacional de Febre Amarela e dos serviços e campanhas contra a tuberculose, malária, peste, assistência hospitalar, lepra e doenças venéreas”. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP);19(11), nov. 1940, p. 1114-1115.

²³³ Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP);20(3), mar. 1941, p. 219-220.

²³⁴ Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP);21(6), jun. 1942, p. 450-466.

²³⁵ Refere-se ao Instituto Nacional de Puericultura, criado com a Lei Nº 378 de 13 de janeiro de 1937.

²³⁶ Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP);21(6), jun. 1942, p. 580-585.

Em novembro de 1943 constou nova publicação de João de Barros Barreto sobre a saúde pública no Brasil e as realizações do governo federal²³⁷. Ao que interessa este trabalho, Barreto destacou o Curso de Saúde Pública levado a cabo pelo Instituto Oswaldo Cruz. Com um total de 12 disciplinas, duração de um ano e dividido em 4 períodos, contava com as disciplinas de: “microbiologia, parasitologia e fisiologia aplicadas, estatística sanitária, saneamento, epidemiologia e profilaxia (duas cadeiras), nutrição, higiene industrial, mental e da criança, organização e administração sanitárias”²³⁸. Na edição de junho de 1946, prosseguiu o extenso panorama das atividades realizadas em saúde pública pelo Departamento Nacional de Saúde, sob a direção de Barros Barreto²³⁹. Nesta, foi ressaltada a padronização nacional das unidades sanitárias – Centros de Saúde e Postos de Higiene – e a indicação destas como o local de proteção médico-sanitária de gestantes e crianças.

Como se denota, a partir de 1941, as publicações que tiveram o Brasil como objeto, sobretudo no que disse respeito à saúde de mulheres e/ou crianças, observaram declínio. No entanto, ressalto que a diminuição se restringiu ao objeto desta investigação. O fluxo de Boletins demonstrou-se constante no período abordado, entre 1934 e 1947, com 1 volume e 12 números anuais.

Outro fato que pode ser avaliado entre a série analisada foi o predomínio de temas que envolveram a saúde de crianças, em detrimento da saúde das mulheres. De outro modo, a saúde das mulheres foi um tema diminuto, ainda que ligado à condição social de maternidade, que foi a característica dominante no recorte estabelecido. Entendo que neste quesito se abre espaço para investigações que poderiam avaliar adequadamente o motivo para a saúde infantil ter sido posicionada com tamanha distinção em relação à saúde da mulher. A análise dos Boletins permitiu, no entanto, observar que a medicina infantil, em suas páginas, demonstrou-se com maior desenvolvimento permitindo, inclusive, homenagens à nomes históricos no cuidado com a saúde infantil.

Nesse sentido, como forma de colocar em tela os assuntos publicados e a origem profissional dos autores, elaborei uma tabela que permite a observação de alguns elementos. Em primeiro lugar, em relação aos temas, a mortalidade e natimortalidade infantil foram

²³⁷ Publicada originalmente como Exposição apresentada ao Ministro Gustavo Capanema pelo Dr. João de Barros Barreto, sob o título “Atividades de um ano do Departamento Nacional de Saúde.” Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP);22(11), nov. 1943, p. 961-976.

²³⁸ Ainda de acordo com Barreto, o curso, que teve início em 1940, já havia certificado 69 sanitaristas dos quadros federais e de repartições estaduais. Para o ano de 1943 havia 35 candidatos inscritos. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP);22(11), nov. 1943, p. 963. Um dado interessante, o qual consta na edição de março de 1945, é que a partir do ano de 1943, apenas os médicos certificados no Curso poderiam ser classificados no concurso para carreira de médico sanitarista, (Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP);24(3), mar. 1945, p. 193).

²³⁹ Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP);25(6), jun. 1946, p. 481-511.

preponderantes durante o recorte estabelecido. Como causas, a nutrição inadequada e deficitária, e problemas gastrointestinais resultantes desta condição, assolaram as crianças brasileiras no período. Por sua vez, uma série de enfermidades, muitas vezes mal identificadas estatística e conceitualmente, ligadas à situação social de miserabilidade, aparecem em conjunto.

Em segundo, encontram-se assuntos ligados a dados e índices sobre a saúde de recém-nascidos e crianças, em sua maioria, acondicionados nos relatórios gerais sobre a saúde pública dos Estados. Conjuntamente, se identifica o panorama infra estrutural de suporte às ações em saúde como maternidades, lactários, hospitais e ações nas escolas através das educadoras sanitárias, entre outros. De acordo com os documentos analisados, percebeu-se o estímulo para que os responsáveis pela saúde pública nos países parceiros da OPAS realizassem a produção e o compartilhamento de informações especializadas, como observado acima. No período analisado (1934-1937) foram publicados relatórios de saúde pública de Rio de Janeiro, Minas Gerais, Bahia, Sergipe, Alagoas, São Paulo, Ceará, Espírito Santo e Santa Catarina.

Assim sendo, foi possível identificar que, no plano continental, a saúde das crianças foi o objeto de atenção dominante por parte dos pesquisadores e políticos brasileiros. A saúde da mulher, em menor grau, apareceu através de sua condição de gestante. Diante disso, é possível avaliar que as políticas públicas de saúde para mulheres e crianças executadas no Brasil estiveram em consonância com o debate internacional promovido pela OPAS através das suas Conferências Sanitárias Internacionais e dos Boletins Sanitários Pan-Americanos.

O fato de as publicações terem sido assinadas, majoritariamente, por integrantes de departamentos de saúde, seja da esfera nacional como estadual, corroboram essa evidência. Da mesma forma, figuras com inserção de destaque no funcionalismo público e no gerenciamento de políticas públicas como Geraldo Horácio de Paula Souza²⁴⁰, Bonifácio Costa, João de Barros Barreto, entre outros, estiveram presentes, sinalizando conformidade com o debate posto. Outro aspecto, que se referiu ao modelo de Centros de Saúde e Postos de Higiene, também foi observado, e poderá ser dimensionado de forma adequada no próximo capítulo.

Em relação ao Rio Grande do Sul, denotou-se a falta de publicações por profissionais do Estado e, também, de temas ligados à região, resultando em um número quase nulo de publicações.

Tabela 1 - Publicações sobre o Brasil nos Boletins da O. S. P. (1934-1947)

²⁴⁰ Ver. Disponível em: <https://www.academiamedicinasaopaulo.org.br/biografias/61/BIOGRAFIA-GERALDO-HORACIO-DE-PAULA-SOUZA.pdf>. Acesso em: 18 mar. 2023.

NOME	ASSUNTO	PROFISSÃO/CARGO
Gustavo Lessa	Abrigos para crianças necessitadas no RJ	Divisão de Proteção Social da Infância (1940)
Alberto Novis	Saúde Pública em Minas Gerais	Diretor Saúde Pública/MG
Heraldo Maciel	Saúde Pública na Bahia	Diretor Geral Saúde Pública/BA
Bonifácio Costa	Mortalidade infantil	Médico Inspetor do Departamento Nacional de Saúde
Arnaldo de Moraes	Natimortalidade no RJ, na Bahia e São Paulo	Departamento Nacional de Saúde
Mario Mesquita*	Natimortalidade e mortalidade neonatal	Instituto de Higiene/SP
Álvaro Guimarães Filho	Natimortalidade e mortalidade neonatal	Instituto de Higiene e Faculdade de Medicina da USP
Franciso Borges Vieira***	Natimortalidade e mortalidade neonatal	Diretor do Serviço Sanitário/SP
Geraldo Horácio de Paula Souza**	Mortalidade infantil na cidade de São Paulo	Diretor Instituto de Higiene/SP
Almir Madeira	Mortalidade infantil em Niterói, Rio de Janeiro	Diretor do Instituto de Proteção e Assistência à Infância de Niterói/RJ
Cesar Cals	Mortalidade infantil em Fortaleza, Ceará	Médico e político
José Savarese	Lactários no Brasil	Chefe do Serviço de Lactários na Zona Rural/RJ
Maria Antonieta de Castro	Serviço de Higiene e Ed. Sanitária Escolar em SP	Chefe das Educadoras Sanitárias/SP
José Paranhos Fontenelle**	Mortalidade infantil	Diretor de Saúde Pública/DF
Levi Carneiro	Legislação de proteção e assistência à infância	Advogado
Governador de Sergipe	Saúde Pública em Sergipe	Interventor Federal
Governador de Minas	Saúde Pública em Minas Gerais	Interventor Federal
Rosalvo de Salles	Centros de Saúde e Postos de Higiene	Dep. Prof. Da Lepra Sorocaba/SP
João de Barros Barreto*****	Saúde infantil	Diretor do Departamento Nacional de Saúde
Getúlio Vargas	Lei Federal de Saúde	Presidente
Ema de Azevedo	Desenvolvimento da criança no Brasil	*
Rocha Filho	Saúde Pública em Alagoas	Diretor de Saúde Pública/AL
Armando de Salles Oliveira	Saúde Pública em São Paulo	Interventor Federal
Mário Alvares da Silva Campos	Saúde Pública em Minas Gerais	Diretor de Saúde Pública/MG
Francisco de Menezes Pimentel	Saúde Pública no Ceará	Interventor Federal
João Punaro Bley	Saúde Pública no Espírito Santo	Interventor Federal
A. Paz de Almeida	Mortalidade pré-escolar na cidade do RJ	*
Lincoln de Freitas Filho	Mortalidade pré-escolar na cidade do RJ	Médico Sanitarista
Francisco de Souza Lima	Lactários em Belo Horizonte	Médico
Abdênago da Rocha Lima	Natimortalidade e mortalidade infantil em Fortaleza	Diretor do Instituto de Proteção e Assistência à Infância/CE
Jorge Ferreira Machado	Sífilis e gravidez	Médico
Nereu Ramos	Saúde Pública em Santa Catarina	Interventor Federal

Samuel Libânio	Exposição do Mundo português DNCr	Diretor do Serviço Nacional de Tuberculose
Francisco Figueira de Mello	Proteção da criança escolar em São Paulo	Inspetor Chefe do Serviço de Higiene Escolar/SP

Fonte: Elaborado pelo autor. *Número de publicações.

3.2 Um panorama nacional: A revista *O Brasil-Médico* (1935-1946)

Prosseguindo na intenção de realizar um retrato sobre a saúde de mulheres e crianças, saio do contexto continental americano e adentro no brasileiro, a partir do periódico semanal de medicina “*O Brasil-Médico*”, entre os anos de 1935 e 1946²⁴¹.

Conforme explicam Almerinda Moreira, Fernando Porto e Taka Oguisso (2002, p. 403), o *Brasil-Médico* “era um órgão semanal de divulgação de interesse científico, político, prático e profissional da classe médica brasileira, fundada em 1887 e editada até 1956, na cidade do Rio de Janeiro”. Como referido, a revista era composta por uma série de publicações que, em linhas gerais, se referiam a estudos clínicos, hipóteses para casos não esclarecidos, indicações de bibliografia nacional e estrangeira, comentários sobre a profissão médica no Brasil, além da propaganda de cursos e de medicamentos. Do mesmo modo, a revista se autointitulava como o jornal de medicina mais antigo da América do Sul, o que carece de maiores informações.²⁴²

Metodologicamente, considero que este movimento contribua para a identificação das tendências desenvolvidas no âmbito de uma fração da medicina brasileira, além de servir como elemento comparativo em relação ao observado nos Boletins da Oficina Sanitária Pan-Americana, na seção anterior. Ao mesmo tempo, propicia a identificação de um campo de profissionais e da produção/circulação de conhecimentos, possibilitando sua comparação com o grupo destacado anteriormente. Nesse sentido, o material selecionado é composto por 11 volumes, cada um contendo 12 edições anuais, que contemplam o recorte temporal estabelecido.

Diante disso, entendo que a análise da revista se fundamente em sua longevidade e, da mesma forma, em sua constância nas publicações. Do mesmo modo, por ter agrupado profissionais ligados a instituições de ensino e pesquisa da capital Federal, e de outros estados, bem como membros de instituições de saúde de caráter público e privado.

²⁴¹ Este material foi coletado no Acervo Digital de Obras Raras e Especiais da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Disponível no site: <https://www.obrasraras.fiocruz.br/gallery.php?mode=gallery&id=10&page=1>. Acesso em: 21 jan. 2021.

²⁴² [Periódico] *O Brazil-Medico*: revista semanal de medicina e cirurgia, v. 52, P1, jan-mar, 1938.

Nesse sentido, Maria Isabel Brandão de Souza Mendes e Terezinha Petrucia da Nóbrega (2008, p. 210), indicam que a revista possuía ligação com a Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro e com a Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro, o que se confirma através da filiação de significativa parte dos autores da revista. Compreendo que este fator sugira sua posição científica, mas também social.

Dessa forma, a análise dos documentos permitiu que fossem observadas algumas tendências de cunho temático sobre a saúde de mulheres e crianças. As informações foram identificadas em 7 seções principais: Comentários; Congressos e conferências; Ensino médico; Bibliografia; Imprensa médica; Notas e informações; e Trabalhos originais²⁴³.

Em grande medida, as publicações foram realizadas por profissionais médicos do Estado do Rio de Janeiro, mas, também, de outros estados da Federação, como Minas Gerais, Bahia, Ceará, Paraná e Pernambuco. Compreendo que este fato possa denotar certo prestígio e abrangência da revista entre os profissionais da área, afinal, demonstrando influência afora seu local de origem. Ao mesmo tempo, convém ressaltar que, assim como nos Boletins Sanitários, neste periódico a participação de profissionais do Rio Grande do Sul foi quase nula. Assim sendo, o número de publicações que dialogaram com o meu objeto de pesquisa dividiu-se no seguinte padrão, por ano, conforme a tabela:

Tabela 2 - Publicações por ano na revista O Brasil-Médico (1935-1946)

Ano	Publicações
1935	08
1936	11
1937	17
1938	46
1939	05
1940	16
1941	15
1942	09
1943	11
1944	15
1945	09
1946	19

Fonte: Elaborado pelo autor a partir da revista O Brasil-Médico (1935-1946).

²⁴³ As seções indicadas constituem a estrutura da revista durante o período analisado. Conforme indicam Maria Isabel Brandão de Souza Mendes e Terezinha Petrucia da Nóbrega (2008, p. 210 apud Schwarcz; 1993; Becker; Paztmann; Gross, 2003), o médico e professor Azevedo Sodré foi o encarregado da edição da revista.

Diante disso, considero pertinente a descrição temática como forma de produzir um retrato e, também, comparar o conhecimento produzido e compartilhado pela revista, em relação ao conteúdo explorado na seção anterior.

Da mesma forma, a apreensão conjunta do material analisado na seção precedente, e nesta, propiciam configurar um panorama da circulação de saberes no ambiente médico, entre as décadas de 1930 e 1940, em perspectivas distintas, mas complementares. Realizo esse destaque, pois, em primeiro lugar, a revista diferencia-se por não ter sido constituída visando o fortalecimento de uma área específica, como a saúde pública, como o fez o Boletim Sanitário. Em segundo, o seu estilo editorial foi diferente, proporcionando a divulgação de trabalhos que privilegiaram um vocabulário científico a partir de estudos clínicos.

Este fator demandou um trabalho metodológico distinto do realizado com os Boletins. Nesse sentido, devido à característica das publicações, a exposição em tela foi o recurso utilizado, pois permite a visualização das temáticas que são, por fim, o objeto aqui buscado. Por vezes os temas não se referem à saúde pública, estritamente, mas à saúde das crianças e das mulheres que fornecem, entendo, a base científica para ações posteriores de políticas públicas. Por sua vez, os trabalhos de saúde pública contidos nos Boletins possuem uma constituição distinta, que contém a correlação entre fatores médico-científicos e sociais. Isso resulta que estes trabalhos, como fontes de pesquisa, forneçam uma gama mais variada de informações àqueles que as analisam.

Desse modo, destaco abaixo, por ano, assunto e seção/nomes dos profissionais, as publicações relacionadas à saúde de mulheres e/ou crianças.

Tabela 3 - Publicações por ano, assunto, e autoria na revista O Brasil-Médico (1935-1946)

Ano	Assunto	Seção/Nome
1935	O desenvolvimento físico da criança de Belo Horizonte	Fernando Magalhães Gomes
	Infecção tuberculosa nos escolares no distrito federal	Alvimar de Carvalho
	Mortalidade infantil	R. Moniz de Aragão
	Alimentação para os lactentes normais, hipo e hiper nutridos	Ervin Wolffbuttel
	Homenagem póstuma à Luis Morquio	Luiz Torres Barbosa
	Causas de morte súbita na 1º e 2ª infância	I. M. Weyrich
	Influência do ato do parto e das operações obstétricas sobre o recém-nascido	Lages Neto
	O problema da tuberculose na infância	Lages Neto
1936	Enterite amébrica na criança	José M. da Rocha
	Tuberculose e gravidez	R.C. B
	Mortalidade infantil	Pedro de Alcântara

	Serviços de proteção e assistência à infância na Bahia	Assistência Pública
	Medicina social e socialização da medicina	Comentários
	III Conferência Pan-Americana de Diretores Nacionais de Saúde	Higiene Pública
	A prevenção da tuberculose nas escolas	Higiene infantil
	Conferências Nacionais de Educação e Saúde	Gustavo Capanema
	Tríade maldita – Sífilis, tuberculose e lepra	João R. da C. Doria
	A mortalidade infantil no Rio de Janeiro	Comentários
	III Conferência Pan-Americana de Diretores Nacionais de Saúde	Higiene Pública
	Serviço médico do preventório Santa Clara	Nogueira Cardoso
1937	Tuberculose e adolescência	Comentários
	O congresso nacional de alimentação	Congressos e Conferências
	O século da criança	Oscar Clark
	Infância abandonada e delinquente	Bibliografia - Vicente Piragibe
	Contribuição para o estudo do diabetes infantil	Guilleno Garcia Lopes
	Sobre a antitoxina da difteria natural e de imunidade no recém-nascido e no lactente	Masanao Nagara – Imprensa Médica
	A saúde dos filhos	Bibliografia – Mario Rangel
	Convulsões na infância e seu tratamento	José M. da Rocha
	Terapêutica infantil	Bibliografia - Hugo Fortes
	A lepra juvenil	E. Muir - Londres
	Tuberculose e maternidade	Imprensa Médica - Reginaldo Fernandes e Fausto Cardoso
	Tratamento das meningites na infância	José M. da Rocha
	Revista Anais de Pediatria	Bibliografia
	Educação e propaganda sanitária	Higiene Pública - João R. da C. Doria
	Puericultura	Bibliografia - Hugo Fortes
	Tuberculose pulmonar em crianças	Imprensa médica - M. F. Magarão
1938	Assistência à infância na Alemanha	Notas e informações
	Proteção à infância	Notas e informações – DAMI
	Instituto de doenças tropicais da criança em Tuebigen, Alemanha	Notas e informações
	Criação do Instituto Nacional de Puericultura	Notas e informações
	Serviços de saúde pública	Notas e informações
	I Congresso Venezuelano da Criança	Notas e informações
	Dados de atendimento do Hospital Pro-Matre (RJ)	Notas e informações
	Alimentação	Bibliografia - Cleto Seabra Velloso
	Homenagem ao professor Morquio	Notas e informações
	O Estado Novo e a criança	Notas e informações – Dep. Nacional de Propaganda
	Noções de higiene infantil	Bibliografia - Silveira Sampaio
	Inauguração da policlínica infantil de Vila Izabel	Notas e informações
	Considerações sobre a doença celíaca	Trabalhos originais - Robalinho Cavalcanti
	O problema da alimentação e a Liga das Nações	Notas e informações

	Os centros de puericultura	Notas e informações – Comunicado da DAMI
	Proteção à maternidade e à infância	Notas e informações – Comunicado da DAMI
	A natimortalidade no Distrito Federal	
	Noções práticas de alimentação	Bibliografia - Sávio de Mendonça
	O serviço de publicidade do M.E.S. e sua atuação nas rádios	Notas e informações
	Boletim quinzenal da Liga das Nações com o tema da proteção à infância	Notas e informações
	Cartilha de alimentação do Brasil	Bibliografia – Mário Rangel
	Centros municipais de puericultura e maternidade	Notas e informações – DAMI
	Tuberculose e gravidez	Imprensa médica - Antonio Pereira Rego
	XII reunião da associação internacional de proteção à infância na Alemanha	Notas e informações
	Mastite puerperal	Imprensa Médica
	Boletim do Instituto de Puericultura	Bibliografia
	Escola de puericultura de Recife	Notas e informações
	Relatório do Instituto de Puericultura	Notas e informações
	Sobre a realização da X CSPA	Notas e informações
	Curso de puericultura ministrado pelo professor Martagão Gesteira	Notas e informações
	Instituto de Puericultura	Notas e informações
	Os estados espasmofílicos da idade juvenil e seu tratamento	Imprensa médica
	Conferência sanitária pan-americana	Notas e informações
	Profilaxia da mastite puerperal	Imprensa médica - Álvaro Pontes
	Curso de puericultura	Notas e informações
	Inauguração da maternidade da policlínica de Botafogo	Notas e informações
	A saúde pública no Rio de Janeiro	Bibliografia - J.P. Fontenelle
	Amparo à maternidade e à infância no Distrito Federal	Notas e informações
	Sobre a definição do RJ como sede do XI Congresso Sanitário Pan-Americano	Notas e informações
	Amparo à maternidade e à infância – Piauí	Notas e informações
	O problema da assistência à infância – Discurso de Vargas	
	A X CSPA, publicação de votos e deliberações	Comentários
	Ainda a CSPA de Bogotá	Comentários
	A socialização da medicina	Comentários
	O problema da alimentação e a Liga das Nações	Notas e informações
1939	Saúde pública no Rio Grande do Sul – serão fundados CS	Notas e informações
	Terapêutica infantil	Bibliografia - Hugo Fortes
	Clínica das doenças infecciosas agudas na infância	Bibliografia - José M. da Rocha
	Contribuição ao estudo da metadisinteria na infância	Imprensa médica - H. Segadas Vianna
	A proteção da infância no Brasil	Comentários
1940	Centros da Saúde ou Delegacias? Crítica ao modelo de CS	Comentários
	Alvorada da criança - O zelo do sr. Presidente da República pela família brasileira	

Alimentação das gestantes, nutrição pré-natal	Trabalhos originais - Sávio de Mendonça
Proteção à infância no Brasil	Comentários
A parteira em face do problema de assistência social à maternidade	Assistência social - Irene Drummond
Assistência social e puericultura	Variedades - Maria Esolina Pinheiro
Os nossos problemas de assistência à maternidade	Trabalhos originais - Emydio Cabral
Contribuição ao departamento de puericultura do DF	Trabalhos originais - Oswaldo Boaventura
1º distrito de puericultura no Distrito Federal	Trabalhos originais - J. M. Muniz de Aragão
Estudos sobre assistência alimentar no 10º distrito de puericultura (DF)	Trabalhos originais - Oswaldo Boaventura
O papel das cozinhas dietéticas na puericultura	Trabalhos originais - Carlos F. de Abreu
Os serviços de saúde pública nesta capital (RJ)	Comentários
Comentários sobre os serviços de higiene na nossa cidade (RJ)	Comentários
Câncer e suas relações com a gravidez e o parto, com o matrimônio e o estado social	Imprensa médica
Cardiopatias e gravidez	Imprensa médica - Assad M. Abdenur
Paralisia infantil	Bibliografia - H. Segadas Vianna
1941	
Elogio ao Departamento de Puericultura da Secretaria Geral de Saúde e Assistência (DF)	Comentários - Luis de Mello Motta
I Congresso Nacional de Saúde Escolar	Congressos e Conferências
A Secretaria de Saúde e Assistência e o Dia da criança	Congressos e Conferências
A proteção da criança: subsídio para uma grande campanha	Trabalhos originais - Luis de Mello Motta
Departamento de saúde escolar da prefeitura do RJ	Higiene pública
Aspectos da ginecologia social	Trabalhos originais - Assad Mameri Abdenur
Instituto Oswaldo Cruz - Curso de Saúde Pública	Notas e informações
Algumas sugestões em torno do problema da maternidade	Assistência pública - Irene Drummond
O túmulo das crianças, berço dos velhos	Comentários
Atos fundamentais do governo em relação à puericultura	Trabalhos originais - Álvaro Aguiar
A mulher e a raça	Trabalhos originais - João Maurício Moniz de Aragão
Sífilis e assistência pré-natal	Guilherme Serrano
A tuberculose do ponto de vista médico-social	Trabalhos originais - Valois Souto
Puericultura	Bibliografia - Hugo Fortes
1942	
As bases da alimentação racional	Bibliografia
Sobre o DNCR e mortalidade infantil	Comentários
Em torno da higiene pré-natal	Bibliografia - Jorge Ferreira Machado
A identificação do recém-nascido	Imprensa médica - Pedro Ernesto W.
Distúrbios digestivos agudos do lactente	Bibliografia - Fernandes Figueira

	Metabolismo do lactente	Trabalhos originais - Sávio Mendonça
	Curso de preparação do pessoal destinado aos serviços de amparo à maternidade, à infância e à adolescência	Ensino médico
	Curso de clínica pediátrica no hospital Arthur Bernardes	Ensino médico
	Incidência de verminose em escolares	Trabalhos originais - Hermes de Paula
1943	O leite cítrico na alimentação do lactente	Imprensa médica - J.F.M
	O serviço de alimentação da previdência social e a causa da alimentação no Brasil	Álvaro Pontes
	Alimentação, problema nacional	Bibliografia - J. F. M.
	A carência cálcica e o regime alimentar	Luiz Sodré
	Cursos do DNCR	Ensino médico
	Tuberculose gânglio-pulmonar da criança em idade escolar	Valois Souto
	Livro “tratado de higiene” de João de Barros Barreto	Comentários - Eutychio Leal C.
	Assistência social à infância - altas taxas de mortalidade infantil	Virgílio Ferreira da Costa
	Dietética infantil	Bibliografia - Vicente Baptista
	Banco de leite materno	Imprensa médica - J.F.M.
	Parto no hospital ou domiciliário?	Imprensa médica
1944	A alimentação fisiológica da criança brasileira	Bibliografia - Rinaldo de Lamare
	Em torno e a propósito dos bancos de leite	Comentários - Eutychio Leal
	Estatísticas hospitalares	Comentários - Genésio Pacheco
	Curso de Puericultura do DNCR	Ensino médico
	Prognóstico de hepatite crônica da criança	Imprensa médica - Samuel Amberg
	Análise da infância, dos sentimentos humanos e sua gênese na alma infantil	Giuseppe O. de Paula Marques
	Maternidade de São Cristóvão	Trabalhos originais - João Maurício Moniz de Aragão
	Curso de aperfeiçoamento e especialização em organização e administração sanitária	Ensino médico
	Livro de pediatria de Martagão Gesteira	Bibliografia
	Os últimos progressos sanitários do Brasil	Trabalhos originais - João Barros Barreto
	Curso intensivo de administração de puericultura do DNCR	Ensino médico
	Sarna crostosa infantil	Olyntho Orsini
	Cursos do Departamento Nacional de Saúde Pública	Ensino médico
	Os preventórios infantis e a profilaxia da tuberculose	Trabalhos originais - Clemente Ferreira
	Prevenção da infância mineira contra a tuberculose	Laurý Tavares
1945	Educação sanitária na Amazônia, trabalhos do SESP	
	Câncer na criança (MG)	Basílio Ruy Prates
	Cursos do DNCR – Bolsas para Puericultura e Administração	Ensino médico
	Ambulatório de higiene pré-natal (BA)	Adeodato Filho
	Alimentação infantil e transtornos da nutrição dos lactentes	Bibliografia

	Cartilha das mães	Imprensa médica - Martinho da Rocha
	Curso de higiene e medicina preventiva para o público em geral	Ensino médico
	Curso de organização sanitária do D.N.S.	Ensino médico
	Um concurso na Sociedade Brasileira de Pediatria	Ensino médico
1946	Dos distúrbios agudos da nutrição	Trabalhos originais - Virgílio Ferreira da Costa
	Manual prático de Obstetrícia	Bibliografia - Nery Machado
	Departamento nacional da criança	
	Adolescência e tuberculose	Bibliografia - Valois Souto
	Curso de puericultura e administração do DNCR	Ensino médico
	Arquivos do DES do Rio Grande do Sul	Bibliografia
	Cursos de saúde pública	Ensino médico
	Curso de nutrição	Ensino médico
	Cursos de aperfeiçoamento do Ministério da Educação e saúde	Ensino médico
	Cursos do D.N.S.	Ensino médico
	Puericultura, livro de Martagão Gesteira	Bibliografia
	Cursos do D.N.S.	Ensino médico
	Proteção da infância contra a tuberculose	Imprensa médica
	A segurança infantil na Austrália - Redução da mortalidade infantil	Variedades
	Semana da Criança	Comentários
	Conceitos e preceitos a serem entre outras preposições vulgarizadas pela imprensa e por outros meios de difusão através do Brasil durante a Semana da Criança	Comentários
	Instituto de Puericultura	Ensino médico
	Curso de Saúde Pública	Ensino médico
	Aspectos sociais da mortalidade infantil	Bibliografia - Walter Cardoso

Fonte: Elaborado pelo autor, a partir da revista O Brasil-Médico (1935-1946).

Em que pese a extensão da listagem, considero que, através deste exposto, se torne possível avançar na análise de alguns elementos os quais, devido à exibição temática em tela, resultam melhor perceptíveis.

De modo geral, as publicações que trataram sobre a saúde de recém-nascidos, crianças e adolescentes incidiram na revista com maior recorrência. Esta é uma evidência que pode ser colocada em paralelo aos Boletins Sanitários, que demonstraram a mesma tendência. Em termos específicos, foi identificado o predomínio de três temas: 1 - a mortalidade infantil; 2 - questões ligadas à alimentação sendo, por um lado, a falta de alimentação e, por outro, uma dieta nutricionalmente deficitária, e 3 - a tuberculose em crianças e jovens.

Nesse sentido, de acordo com as duas publicações analisadas, é possível sugerir que saúde das crianças representou uma preocupação destacada no âmbito continental, no período, dissociando-se do binômio maternidade-infância. A saúde das mulheres, por sua vez,

demonstrou-se como uma temática de menor exposição específica, no recorte entre as décadas de 1930 e 1940, na documentação abordada. No Brasil, por exemplo, uma indicação disso foi a formatação das políticas públicas e a ligação intrínseca entre o ser mulher e o exercício da maternidade (Martins; Freire, 2018).

Nesse sentido, os dois primeiros temas, ou seja, mortalidade infantil e alimentação, se apresentaram em consonância com o publicado nas páginas dos Boletins Sanitários. Desse modo, é possível sugerir que representaram tendências, dentro da saúde infantil, no âmbito continental, pois identificados na abrangência dos documentos incluindo, neste ponto, publicações de outros países. A criança, como analisado no capítulo anterior, foi a representação de uma visão para o futuro que teve circulação no Continente Americano e no Brasil, no período.

Assim sendo, a mortalidade infantil despertou a preocupação médica na revista, sobretudo através de problemas digestivos gerados pela má alimentação, bem como da carência nutricional proporcionada por uma alimentação deficitária. Já a alimentação foi identificada em termos de “problema nacional” e teve na distribuição de leite aos recém-nascidos e crianças, uma estratégia de ação em um movimento que uniu as esferas pública e privada, uma tendência, da mesma forma. A alimentação, como se percebeu, foi considerada um fator crucial, pois detinha desdobramentos na saúde da gestante e, por decorrência, no recém-nascido. Separados do ponto de vista científico, a mortalidade infantil e a falta de alimentação se apresentaram como um problema social único e persistente.

Dessa forma, entendo que se justifique o lugar reservado na revista à puericultura. Na revista foram identificados relatórios e comunicados do Instituto Nacional de Puericultura, do Departamento Nacional de Saúde, Cursos de Puericultura ligados ao Departamento Nacional da Criança, do Departamento de Puericultura do Distrito Federal e dos serviços de amparo à maternidade e à infância ligados aos distritos sanitários.

Suponho que o fato de a revista ter sido sediada na capital da República, centro irradiador das políticas materno-infantis, mas também do discurso de enaltecimento das crianças, pelo governo Vargas, possa ter influenciado. Foi do Rio de Janeiro, centro administrativo federal, que os principais propositores das políticas de puericultura do governo, Martagão Gesteira e Olinto de Oliveira, formularam a implementação de políticas neste sentido, embora com ênfases de atuação distintas (Ribeiro, 2020), (Lopes; Maio, 2018). Da mesma forma, foi durante a década de 1930 que a puericultura ganhou inserção institucional abrangente através dos projetos ligados ao Departamento Nacional da Criança, que pretendia a expansão de postos de puericultura e maternidades pelo Brasil (Lopes; Maio, 2018, p. 365).

Prosseguindo, a tuberculose foi identificada como um flagelo que afetou gestantes, recém-nascidos, crianças e jovens, em proporções consideráveis. Este fato se demonstra particularmente significativo, pois nos Boletins a tuberculose foi apresentada como um grande problema de saúde pública, mas foi caracterizada em linhas gerais, através das medidas governamentais, sem adentrar nas especificidades de grupos e indivíduos infectados²⁴⁴.

A tuberculose foi uma grande moléstia a atingir a população brasileira no período, havendo a estimativa de 400 mil tuberculosos, no ano de 1936, pressionando a ação do governo federal para seu combate, situação que levou a João de Barros Barreto, Diretor do Departamento Nacional de Saúde, a caracterizá-la como a “ameaça sanitária número um do país”²⁴⁵.

Por fim, assim como identificado nas páginas dos Boletins Sanitários Pan-Americanos, a saúde das mulheres foi abordada, de modo geral, a partir de sua suposta condição materna.

Como trabalhado no segundo capítulo, a instituição de uma saúde da mulher, no Brasil, nas primeiras décadas do século XX, veio a reforçar sua condição social de maternidade, conforme explicaram Martins e Freire (2018). Assim, no conjunto das publicações, os temas da maternidade, da gestação, da higiene infantil, dos cuidados puerpérios e da alimentação dos recém-nascidos foram dominantes. Nesse sentido, foi possível identificar mais uma tendência, corroborada por duas publicações médico-científicas, voltadas a públicos distintos, porém complementares, e com amplitude de circulação diferenciados, do mesmo modo.

Dessa forma, é possível destacar que ambos os materiais exibiram a saúde das mulheres através de sua possível condição materna, não obstante, a diferença de seus propósitos editoriais. Este elemento contribui para que a saúde materno-infantil seja percebida como uma tendência de abordagem médico-científica e, do mesmo modo, como uma temática que configurou as políticas públicas, em especial, no Brasil.

²⁴⁴ Como, por exemplo, no artigo “Luta contra a tuberculose no Brasil”, escrito pelo médico Samuel Libânio, Diretor do Serviço Nacional de Tuberculose. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP);21(10), oct. 1942. Ou no artigo de João de Barros Barreto, “Saúde Pública no Brasil”, de 1946, (Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP); 22(11), nov. 1943).

²⁴⁵ Embora pesquisadores como Bertolli Filho (2001, p. 71-76) apontem a deficiência orçamentária como um denominar comum para a baixa efetividade das ações.

3.3 Duas perspectivas sobre saúde pública

Nesta seção, procuro analisar duas formas em que a saúde pública, nos termos de meus objetos de pesquisa, se manifestou no contexto abordado. Em um primeiro momento, a partir de um evento de profissionais da saúde, no caso do 1º Congresso Nacional de Saúde Escolar, ocorrido na cidade de São Paulo, em 1941. Em um segundo, através de atividade de governo sobre o tema, no caso do 1º Congresso Nacional de Saúde, ocorrido na cidade do Rio de Janeiro, igualmente, em 1941.

3.3.1 O 1º Congresso Nacional de Saúde Escolar (1941)

Até o momento, o exercício desenvolvido procurou conceber uma perspectiva sobre a saúde pública, de modo geral, e a saúde de mulheres e crianças, de modo específico. Com essa finalidade, identifiquei os temas em questão que ocorreram nas páginas do Boletim Sanitário Pan-Americano, como forma de observar o que foi posto em evidência, em um plano Continental, por profissionais brasileiros.

Com o mesmo intuito, coloquei em perspectiva as publicações que foram identificadas na revista O Brasil-Médico. A intenção, por sua vez, foi delinear uma compreensão em âmbito nacional, a partir de uma revista situada na capital da República, Rio de Janeiro, e representante da categoria médica. Metodologicamente, compreendo que o boletim e a revista não abrangem a completude da categoria profissional do continente e do país, respectivamente, mas permitem a visualização de um conjunto significativo sobre o meu tema.

Deste modo, nesta seção, prossigo no cenário nacional e identifico temáticas através de documentos referentes ao 1º Congresso Nacional de Saúde Escolar. Entendo que a revista O Brasil-Médico e os documentos do 1º Congresso Nacional de Saúde Escolar possibilitarão uma exposição oportuna de uma parcela do saber médico-científico corrente no Brasil. Da mesma forma, como a pesquisa nos Boletins Sanitários identificou profissionais brasileiros, suponho que este exercício contribuirá para um mapeamento proveitoso do campo profissional médico e científico que se voltou aos temas da saúde de mulheres e crianças, no Brasil, durante as décadas de 1930 e 1940.

Sendo assim, o material a que se refere a análise trata-se, majoritariamente, dos Anais do 1º Congresso Nacional de Saúde Escolar. Este evento ocorreu na cidade de São Paulo, entre

os dias 21 e 27 de abril de 1941²⁴⁶. Diante disso, na sessão solene de abertura na Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, o Ministro Gustavo Capanema, representando o Presidente da República, deu o tom do evento ao dizer que:

Verificamos que todos os brasileiros, os do governo, os das sociedades científicas, os homens de gabinete e os homens de trabalho, todos juntos têm uma soma de responsabilidade em nosso país, acompanham de perto este acontecimento, que desperta tão grande interesse por uma razão muito simples e, ao mesmo tempo, muito alevantada: porque vai tratar da infância.

Verifica-se, de fato, que o nosso país atravessa um momento de profunda veneração pela criança, que está sempre diante de nós como o objeto de máximo respeito: *'maxima debetur puero reverentia'*²⁴⁷. É esse um grande sinal pelo qual podemos avaliar a elevação do nosso patriotismo. **Arquivo Gustavo Capanema**, FGV CPDOC, GC h 1938.10.09 (1).

Nesse sentido, entendo que este evento possa ser avaliado através da acepção conjunta, trabalhada em sessões anteriores, da saúde como um elemento da ciência, mas também como objeto político, pois houve a construção da criança como um dos signos da nação.

De acordo com Maria Aparecida Augusto Satto Vilela (2011, p.17), o congresso contou com envolvimento de, aproximadamente, 1.200 pessoas na sua organização. Em relação aos trabalhos apresentados, Adriano Marins Santos (2013, p. 104-105) estimou o número de 248, divididos entre 10 sessões de trabalho que, em sua maioria, foram apresentados por professores e médicos²⁴⁸.

Em relação ao conteúdo, foram dispostos os seguintes temas: Organização e orientação dos serviços de saúde escolar; A saúde do escolar nos meios urbanos e rurais²⁴⁹; Condições de saúde física e mental para o exercício do magistério²⁵⁰; Morbilidade e mortalidade no meio escolar²⁵¹; A educação sanitária nas escolas²⁵²; O problema dos repetentes nas escolas primárias²⁵³; Higiene mental nos meios escolares; Alimentação e nutrição dos escolares²⁵⁴;

²⁴⁶ Material coletado pelo Grupo de pesquisa Higiene Mental Eugenia (GEPHE), da Universidade Estadual de Maringá. Disponível em: <http://www.cch.uem.br/grupos-de-pesquisas/gephe/documentos/anais-do-primeiro-congresso-nacional-de-saude-escolar-1>. Acesso em: 17 fev. 2023.

²⁴⁷ Em tradução livre algo como “O maior respeito é devido ao menino”.

²⁴⁸ Vilela (2011, p. 35) chegou ao número de 207 trabalhos e 243 autores.

²⁴⁹ Com os temas: Prédio escolar; Higiene do ensino; Instituições peri-escolares; Caixa Escolar.

²⁵⁰ Com os temas: Exame médico – pedagógico periódico; Incapacidade física e psíquica; Razões para a aposentadoria; Leis protetoras do professor.

²⁵¹ Com os temas: Doenças para cuja evolução concorre a escola; Afecções dos olhos, ouvidos, nariz, garganta e dentes; Doenças infectocontagiosas; Incidência da tuberculose no meio escolar; Endocrinopatias.

²⁵² Com os temas: Implantação de hábitos sadios; O ensino da puericultura nas escolas primárias, secundárias e profissionais; A função social da Educadora Sanitária; Ligação entre o lar e a escola.

²⁵³ Com os temas: Fatores pedagógicos, sociais, médicos e psicológicos.

²⁵⁴ Educação alimentar; Sopa Escolar; Consequências da subnutrição.

Bases científicas para a restauração biológica dos débeis físicos²⁵⁵; A adaptação e a escolha das profissões²⁵⁶.

Do ponto de vista de sua abrangência e engajamento, o evento contou com a participação, direta e indireta, dos altos escalões da administração federal e da administração do Estado de São Paulo. Getúlio Vargas foi o patrocinador e o Ministro da Educação e Saúde, Gustavo Capanema, esteve presente na abertura dos trabalhos, o que indica certo prestígio. Do mesmo modo, a governança do Estado de São Paulo, representada pelo governador Adhemar de Barros, forneceu amplo patrocínio.

Por sua vez, interventores de estados, diretores estaduais de saúde, secretários de saúde, acadêmicos e políticos estiveram presentes por toda a organização do evento, nas esferas de presidência de honra, comissão de honra, comissão de cooperação e comissão de orientação técnica, além da apresentação de trabalhos (Anais do 1º Congresso Nacional de Saúde Escolar, 1942, p.7-13). Assim sendo:

Tratava-se de uma atividade concebida, organizada e promovida, sobretudo, por dirigentes de órgãos do poder público, escolhidos por titulares do segundo escalão do governo, às quais se somavam representantes de entidades de classe. Dessa forma, o evento nascia com uma marca de oficialidade – gravitava em torno das orientações emanadas do governo, contava com seu suporte material e se projetava, em sua imagem de grandiosidade, também enquanto instrumento de intervenção política (Santos, 2013, p. 98).

O fato denotado por Santos, qual seja, a marca da oficialidade, não deixa de se caracterizar como uma forma de operação das ações de governo durante o Estado Novo²⁵⁷. Como pôde ser percebido até o momento, as iniciativas estimuladas com aporte financeiro do Estado foram as parcerias público-privadas, que eram reguladas através das normativas estabelecidas pela legislação e fiscalização federal. Assim, a oficialidade destaca por Santos pode ser entendida, do mesmo modo, como uma forma de o governo capturar as iniciativas afins e, ao mesmo tempo, exortar a sua concepção de política pública.

Retomando, por opção metodológica não realizarei a análise pormenorizada das 10 temáticas que foram apresentadas, citadas anteriormente. Diante da diversidade das propostas, selecionarei aquelas que dialogam de modo mais íntimo ao meu objeto. Dessa forma destaco, em primeiro lugar, o Tema nº 4: “Morbilidade e mortalidade no meio escolar”. O relator dos

²⁵⁵ Com os temas: Colônias de Férias; Escolas ao ar livre; Playgrounds; Jogos infantis.

²⁵⁶ Valor do laboratório clínico e psicotécnico para a seleção nas escolas profissionais.

²⁵⁷ Ver o capítulo: “Propaganda política e controle dos meios de comunicação”, de Maria Helena Capelato. In.: PANDOLFI, Dulce (org.). **Repensando o Estado Novo**. Rio de Janeiro: Ed. da Fundação Getúlio Vargas, 1999.

trabalhos foi o médico e professor de Higiene da Faculdade de Medicina de São Paulo, Francisco Borges Vieira²⁵⁸.

Assim sendo, na abertura de suas considerações para os anais do evento, Vieira destacou o alto índice de tuberculose em idades tenras, caracterizando a tuberculose infantil como um “grande problema” que “constitui uma das grandes causas de óbito na idade escolar” (Anais do 1º Congresso Nacional de Saúde Escolar, 1942, p. 311).

Nesse sentido, observou que “examinando-se a proporção com que contribui a tuberculose para a mortalidade escolar, verifica-se que ela chefia a lista das doenças infectuosas, sendo representada acima dos 10 anos, principalmente pela localização pulmonar” (Anais do 1º Congresso Nacional de Saúde Escolar, 1942, p. 311). Conjuntamente, os “vícios de visão e audição” ganharam destaque, pois vieram logo em seguida como o maior contingente de apresentações (Anais do 1º Congresso Nacional de Saúde Escolar, 1942, p. 315).

Por outro lado, chamou a atenção do relator o reduzido número de trabalhos sobre verminoses, o que definiu como “um problema nacional” (Anais do 1º Congresso Nacional de Saúde Escolar, 1942, p. 315). Este dado pode ser colocado em perspectiva com as seções anteriores, nas quais foram identificadas como uma causa relevante para mortalidade infantil uma série de problemas relacionados a distúrbios do aparelho digestivo relacionados à alimentação insuficiente ou a dietas nutricionalmente desequilibradas.

Prosseguindo à parte final de sua relatoria, Francisco Borges Vieira teceu 22 conclusões a partir dos trabalhos apresentados. A partir delas, foi possível identificar a tuberculose como a principal causa da mortalidade escolar, dentre as doenças infectocontagiosas, mesmo que, ressaltado por Vieira, estivesse relativamente baixa se comparada a outros períodos etários (Anais do 1º Congresso Nacional de Saúde Escolar, 1942, p. 318). Nesse sentido, as impressões destacadas se aproximam com a tendência que observei nas páginas da revista *O Brasil-Médico*, nas quais a tuberculose infantil se apresentou, do mesmo modo, como uma demanda médica.

Em linhas gerais, o relator posicionou a escola como um local propício à difusão de doenças infectocontagiosas, devido à natureza deste ambiente ser a interação entre os indivíduos, sobretudo, as crianças. Todavia, também entendeu a escola como um lugar adequado para o desenvolvimento da educação sanitária, com a participação de professores e educadores sanitários. Nesse sentido, ressaltou que “parte importante deverá ser reservada à educação sanitária dos escolares, de valor primordial para a formação de hábitos sadios na

²⁵⁸ Para maiores informações sobre a biografia de Borges Vieira, acessar o seu perfil. Disponível em: <https://www.academiamedicinasaopaulo.org.br/biografias/>. Acesso em: 19 mar.2023.

criança e para a sua generalização a toda a população” (Anais do 1º Congresso Nacional de Saúde Escolar, 1942, p. 319).

A proposta do médico e professor, mas também técnico no Serviço Sanitário do Estado de São Paulo, se coaduna com uma linha em Saúde Pública que via no padrão norte-americano de Centros de Saúde um modelo de organização e na educação sanitária um instrumento de ação²⁵⁹. Conforme nos explica Claudio Bertolli Filho (2011, p. 112), essa concepção exibiu amplitude em serviços de saúde estaduais, inclusive no Departamento Estadual de Saúde, em São Paulo, ambiente transitado por Borges Vieira. Nesse sentido, ao se referir sobre a reorganização nos serviços de saúde, a partir da ascensão de Vargas, Bertolli Filho (2001, p. 113) diz que:

Em São Paulo, a nova orientação federal resultou inclusive na criação da Seção de Propaganda e Educação Sanitária (Spes), órgão ligado diretamente ao Departamento Estadual de Saúde. Contando exclusivamente com funcionários médicos no início de seu funcionamento, o novo setor apresentou como meta combater os principais ‘flagelos sociais’ que se abatiam sobre a população bandeirante, por meio do ensino de hábitos de vida considerados saudáveis, reiterando em documento interno que: “A Educação Sanitária, difundida em todas as camadas da população, é a medida básica para a conquista e garantia da saúde coletiva, que, por sua vez, é o fator primordial da prosperidade e da riqueza do povo”.

Como se pôde denotar na seção anterior, Francisco Borges Vieira foi identificado, inclusive sendo um dos mais assíduos, nas páginas dos Boletins Sanitários Pan-Americanos. Desse modo, é possível supor que a linha de saúde pública norte-americana, divulgada pela Oficina Sanitária Pan-Americana, estivesse em acordo com os entendimentos de Borges Vieira.

Prosseguindo, avanço para o Tema nº 5: “A educação sanitária nas escolas”. Esta sessão de apresentações teve a relatoria dividida entre 3 participantes: o médico Carlos Sá, Inspetor Sanitário do Departamento Nacional de Saúde Pública, o médico Jorge de Queiroz Morais, e Maria Antonieta de Castro, professora e Educadora-Chefe da Diretoria do Serviço de Saúde Escolar do Departamento de Educação do Estado de São Paulo (Anais do 1º Congresso Nacional de Saúde Escolar, 1942, p. 441).

Em sua relatoria, Sá, Morais e Castro teceram 25 conclusões a partir dos trabalhos apresentados e que versaram sobre a implantação de hábitos sadios, o ensino da puericultura nas escolas primárias, secundárias e profissionais, a função social da Educadora Sanitária e a ligação entre o lar e a escola (Santos, 2013, p. 103).

²⁵⁹ Formado na Fundação Rockefeller, Borges Vieira foi um dos autores com maior recorrência nos Boletins Sanitários Pan-Americanos. Sobre a formação sua formação na Universidade Johns Hopkins, patrocinada devido a acordos entre o governo de São Paulo e a Fundação Rockefeller, ver Vilela (2011, p. 33-34).

Carlos Sá, o primeiro relator, elaborou 9 conclusões que, em suma, posicionaram a escola como um lugar privilegiado para a “educação da saúde”. O que não se apresenta como algo de difícil conclusão. No entanto, ela se diferencia pelo profissional sugerido para realizar este serviço. Desse modo, sugeriu que caberia aos professores (às professoras), em primeiro lugar, realizar este processo. Fato, inclusive, que contrariou grande parte dos trabalhos apresentados, que entenderam as educadoras sanitárias, que dispunham de formação específica, como as profissionais responsáveis, como salienta Margarete Farias de Moraes (2015, p. 118).

Ao contrário da relatoria do tema anterior, de número 4, que alocou nos professores esta incumbência, Carlos Sá sugeriu que as educadoras sanitárias deveriam atuar na retaguarda, orientando os professores no caso destes demandarem apoio (Anais do 1º Congresso Nacional de Saúde Escolar, 1942, p. 440). Nesse sentido, aos professores se sugeriu a realização de um curso em saúde, embora não conste algum programa detalhado. Presumo que a conclusão tecida pelo relator possa ter sido ligada à inserção dos professores no ambiente escolar, numericamente, o que concorreria para a ampliação das atividades.

Por fim, o relator propôs um “Departamento Nacional de Educação da Saúde” como o instrumento propulsor do ensino da educação da saúde pelo território brasileiro (Anais do 1º Congresso Nacional de Saúde Escolar, 1942, p. 440). Conforme percebido nesta pesquisa e corroborado por Margarete Farias de Moraes (2015, p. 119), a ideia deste departamento não foi compartilhada pelos trabalhos apresentados, constituindo-se, presume-se, como um acréscimo pessoal de Carlos Sá.

Esta proposta, no entanto, se constituiu como uma estratégia do governo Vargas, pois instituiu o Serviço Nacional de Educação Sanitária, em 1941 (Moraes, 2015, p. 119), (Souza, 2012). Este serviço, implementado através da reforma no Ministério da Educação e Saúde, em 1941, detinha incumbências educativas semelhantes àquelas do Departamento proposto por Sá.

Na sequência documental encontra-se a relatoria de Jorge de Queiroz Moraes, sobre o ensino da puericultura. Nesta, Moraes sintetizou em 5 considerações os trabalhos apresentados. Em primeiro lugar, sugeriu o ensino da puericultura “nas seções femininas” das escolas, como uma disciplina específica que estaria posicionada em conjunto às demais aprendidas pelos escolares (Anais do 1º Congresso Nacional de Saúde Escolar, 1942, p. 440). Esta sugestão denota uma diferença em relação à proposta de Carlos Sá, pois este sugeriu que o ensino da saúde, genericamente, deveria estar integrado às demais disciplinas e não compondo uma matéria específica. Para Sá, a educação em saúde deveria se apresentar como uma disciplina transversal às demais, cabendo aos professores inserirem-na em suas matérias.

Não obstante, a distinção de gênero nas considerações foi evidente, pois em apelo dirigido ao Ministério da Educação e Saúde, Carlos Sá advogou para a integração do ensino de puericultura nas escolas tendo em vista a “melhor preparação da mulher, a sua futura missão no lar e na formação de brasileiros fortes e sadios” (Anais do 1º Congresso Nacional de Saúde Escolar, 1942, p. 440).

A questão de uma ideologia discursiva sobre a pretensa atribuição natural da maternidade às mulheres, que se materializou em políticas de governo, foi discutida no segundo capítulo deste trabalho. No entanto, sua identificação neste estágio permite que se visualize como uma determinada função social da maternidade esteve presente nos diversos âmbitos onde a saúde das mulheres foi discutida, pois permeada por uma compreensão corrente no tecido social das décadas estudadas.

Por fim, a última parte da relatoria ficou a cargo da professora Maria Antonieta de Castro, que teceu comentários acerca dos temas “o papel social da educadora sanitária” e “ligação entre o lar e a escola”. Assim sendo, Castro afirmou a relevância da função social das educadoras sanitárias, de modo geral, e das educadoras sanitárias escolares, ou “agentes de funções congêneres”, em específico, as quais deveriam constar na proporção de uma para mil alunos, no ambiente escolar” (Anais do 1º Congresso Nacional de Saúde Escolar, 1942, p. 442).

Do mesmo modo, entendeu como complementares as atividades dos professores e das educadoras sanitárias escolares. Nesse sentido, sugeriu que as educadoras sanitárias deveriam atuar como um elemento de ligação entre a escola e o lar. Nesse processo, Castro indicou a necessidade de professores e diretores realizarem “estágios obrigatórios junto aos serviços de saúde escolar e sob sua orientação técnica”, consideração semelhante a proposta por Carlos Sá (Anais do 1º Congresso Nacional de Saúde Escolar, 1942, p. 442).

Maria Antonieta de Castro foi professora, e pioneira, graduou-se na primeira turma de educadoras sanitárias do Estado de São Paulo. A partir disso, Castro destacou-se nas ações que concebiam o papel da educação nas políticas de saúde e da educação sanitária como um instrumento dos serviços de saúde, incluindo o serviço de saúde escolar.²⁶⁰

Como explica Moraes (2015, p. 73), “a reforma na saúde paulista empreendida por Paula Souza em 1925, institucionalizou um modelo de Educação em Saúde peculiar e diferentemente do Distrito Federal, utilizou a mão de obra das professoras primárias como um de seus

²⁶⁰ Do mesmo modo, foi uma das articuladoras da Cruzada Pró-Infância nos anos trinta, fato que expõe sua atuação em relação à causa das crianças (Vilela, 2011, p. 186). Sobre a Cruzada, ver: MOTT, Maria Lúcia. Maternalismo, políticas públicas e benemerência no Brasil (1930-1945). *Cad. Pagu*, Campinas, n. 16, p. 199-234, 2001. Disponível em http://old.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-83332001000100010&lng=es&nrm=iso. acessado em 08 mar. 2023.

principais recursos”. Nesse sentido, Castro, professora e pioneira na educação sanitária no Estado, teve sua atuação pautada neste tipo de relação entre a educação e a saúde, que propunha um papel social para as educadoras sanitárias, de modo geral, e para os professores, inseridos nas escolas. Esta relação, inclusive, se encontrou publicada nos Boletins Sanitários Pan-Americanos, na seção anterior, o que indica a inserção de Castro nos círculos que propunham as temáticas. Nesse sentido, de acordo com Moraes (2015, p. 73):

Castro produziu artigos e teses sobre Educação em Saúde, educação e saúde da criança. Suas ideias sobre estas temáticas circularam em anais de congressos de Higiene, educação e saúde e através de publicações dos órgãos ligados à educação e saúde no Estado de São Paulo, como a Diretoria do Serviço de Saúde Escolar.

Assim sendo, prosseguindo na análise das relatorias do I Congresso Nacional de Saúde Escolar, destaco o Tema nº 8, que tratou sobre “Alimentação e nutrição dos escolares”. Conforme é possível observar no decorrer das seções anteriores, a questão da alimentação das crianças foi considerada um dos graves problemas sociais do período.

Deste modo, a sessão de apresentações possuiu 29 trabalhos e que estiveram agrupados entre as seguintes temáticas: educação alimentar, sopa escolar e consequências da subnutrição. Conforme observou Vilela (2011, p. 75), a relatoria encaminhada pelo prestigioso médico paulista Geraldo Horácio de Paula Souza, Diretor do Instituto de Higiene de São Paulo, bem como a presença de nomes da administração pública paulista como o médico Mário Guimarães de Barros Lins, Secretário da Educação e Saúde de São Paulo, indicam a relevância desta mesa.

O problema da alimentação infantil, como se pôde observar nas páginas anteriores deste trabalho de tese, constituiu-se como um flagelo na América Latina e no Brasil. Deste modo, apresentou-se como uma questão assídua em fóruns de discussão internacionais e nacionais, como é o caso do Congresso em análise.

Assim sendo, Paula Souza elaborou sua relatoria realizando uma introdução, como forma de destacar a problemática da má alimentação no Brasil. Em linhas gerais, o médico expôs suas considerações lembrando que o problema da fome no país era objeto conhecido pela comunidade científica e política (Anais do 1º Congresso Nacional de Saúde Escolar, 1942, p. 650). Ao mesmo tempo, destacou que este seria um flagelo que, em grande parte dos casos, poderia ser evitado, percepção identificada na ampla gama de publicações analisadas nas sessões anteriores deste exercício.

No mesmo sentido, apresentou um estudo que realizara a partir da análise de 1621 fichas de escolares relativas a famílias que frequentavam o Centro de Saúde do Instituto de Higiene, por ele chefiado. A partir disso, Paula Souza concluiu que se verificaria “que disputam em

importância, os fatores econômicos e de ignorância, no estabelecimento da situação de precariedade alimentar” (Anais do 1º Congresso Nacional de Saúde Escolar, 1942, p. 651).

Essa foi uma compreensão corrente entre aqueles que abordaram o tema nos Boletins Sanitários e na revista O Brasil Médico. Associar a falta de alimentação ou a alimentação deficitária a certa condição de ignorância, frequentemente causadas por precária condição socioeconômica, foi um diagnóstico compartilhado pelos estudiosos do tema. Sobretudo, por aqueles que apreenderam a saúde pública e a saúde materno-infantil como pertencente a um conjunto amplo inserido no âmbito das políticas sociais.

Diante disso, Paula Souza denotou que “o estímulo que o problema alimentar hoje nos fornece, (...) deverá servir de estandarte animador de uma atuação enérgica por parte de todos, tanto mais eficiente quanto mais atender a todas as faces do problema sanitário” (Anais do 1º Congresso Nacional de Saúde Escolar, 1942, p. 651). A partir deste excerto, se percebe que o relator logrou a ocasião para suscitar a ampliação dos serviços de saúde que contemplavam as crianças vulneráveis, sanitária e economicamente, assim como suas famílias. Nesse sentido, prosseguiu dizendo que:

A criança que estuda é parte de um conjunto que condiciona toda a sua sorte, boa ou má, e que se encerra no âmbito da família. A escola atuará tanto melhor quanto mais atingi-la, transformando as condições de vida e a atitude das famílias, mais um argumento em favor das medidas que só a completa ação sanitária pode prover, (Anais do 1º Congresso Nacional de Saúde Escolar, 1942, p. 651).

Conforme atenta Vilela (2011, p. 94), Paula Souza, assim como Borges Vieira, representava no Brasil uma “concepção de educação pelo hábito” que estaria em sintonia com a aceção de educação sanitária em voga nos Estados Unidos da América, no período. Não ao acaso, como se denotou nas seções anteriores, Borges Vieira e Paula Souza foram assíduos publicadores nos Boletins Sanitários Pan-Americanos.

Por fim, Paula Souza encerrou sua relatoria destacando 5 pontos em relação aos trabalhos apresentados. Contudo, considero pertinente o destaque da consideração número cinco, no qual expôs que:

Sendo o problema alimentar, parte integrante do grande problema médico-social e sanitário, convém que todas as medidas, a serem tomadas, o sejam, dentro do âmbito de atuação dos Departamentos de Saúde, especialmente no setor da educação sanitária, uma vez que o problema alimentar não se destaca do problema global da higiene e é dependente das condições econômico-sanitárias existentes (Anais do 1º Congresso Nacional de Saúde Escolar, 1942, p. 653).

Nesta consideração, ao evidenciar a problemática alimentar, Paula Souza defende uma organização específica para o seu tratamento, através dos Departamentos de Saúde. A educação sanitária, nesse sentido, se apresentou como o instrumento, pois Paula Souza era adepto de uma

tradição, de influência norte-americana, sobretudo ligada à Fundação Rockefeller, que via na mudança de hábitos através da educação uma ferramenta da saúde pública.

As sessões as quais dediquei maiores considerações, quais sejam: Morbidade e mortalidade no meio Escolar, A educação sanitária nas escolas e Alimentação e nutrição dos escolares, se apresentaram como aquelas com o maior número de trabalhos inscritos. Este fato pode indicar a relevância das questões suscitadas, assim como a abrangência e a premência dos problemas. Ao mesmo tempo, é possível estabelecer uma comparação com as sessões anteriores e chegar ao entendimento de que a mortalidade infantil e o problema da alimentação foram recorrências centrais no campo de discussão sobre a saúde infantil do período analisado.

Do mesmo modo, a educação sanitária se apresentou como uma prática de ação em saúde pública em São Paulo, mas também no Distrito Federal e em outros locais em que pese, porventura, em menor escala. Por um lado, a educação sanitária se manifestou através da puericultura, sobretudo, na organização dos serviços de saúde constituídos no Distrito Federal. Por outro, através de sua inserção na escola, tendo os professores como um instrumento de ação, em especial, no Estado de São Paulo. Em relação ao exercício desta pesquisa de Tese, resta a investigação de como se estabeleceu este entendimento nos serviços de saúde no Rio Grande do Sul, o que será contemplado no próximo capítulo.

Como observa Vilela (2011, p. 94), “a premência da educação sanitária para a população pobre e ignorante requeria a inculcação de hábitos saudáveis nas crianças pequenas, por meio da educação das famílias, tendo como figura central a mãe”. Conforme analisado neste exercício, a saúde como objeto e a educação sanitária como instrumento, se apresentaram como uma forma de praticar a saúde pública, sobretudo a saúde das mulheres e das crianças.

Nesse sentido, o 1º Congresso Nacional de Saúde Escolar pode ser entendido como a expressão de uma estratégia em saúde pública, que compreendeu a saúde como objeto e a educação como um meio para alcançá-lo. Ao mesmo tempo, faz-se necessário o destaque de que a saúde das mulheres, mesmo que na sua consideração enquanto mães, apareceu de modo restrito nos trabalhos, representando um foco na saúde das crianças na sua interação com o meio, no caso, o escolar.

Dessa forma, obedecendo à continuidade do trabalho em andamento, na seção abaixo analisarei documentos relativos à Primeira Conferência Nacional de Saúde, ocorridas em 1941. Em linhas gerais, proponho sua análise como forma de complementar a perspectiva das discussões médico-científicas desenvolvidas no Brasil entre as décadas de 1930 e 1940.

3.3.2 A 1ª Conferência Nacional de Saúde (1941)

Nesta seção, prossigo delineando o panorama que foi iniciado através da análise dos Boletins Sanitários Pan-Americanos e que permitiu manifestar as discussões correntes, relativas à saúde de crianças e mulheres, em uma organização de âmbito continental. De modo subsequente e complementar, analisei documentos de uma revista médica, e de um congresso médico, ambos sediados no Brasil. Compreendo que estas duas manifestações do saber médico-científico possam contribuir para a exibição do que foi discutido e tido como relevante no que se referiu aos objetos da presente pesquisa.

Deste modo, nas linhas abaixo, realizo a conclusão deste exercício ao analisar documentos relativos à Primeira Conferência Nacional de Saúde, ocorrida no ano de 1941. Esta conferência, de acordo com Hochman (2001, p. 135), constitui-se como um dos marcos institucionais propostos pela reforma na saúde de 1937, ao lado das delegacias federais de saúde e os serviços nacionais.

Em conjunto aos motivos expostos anteriormente, compreendo que a análise contribua para que se visualizem formas históricas de construção das políticas públicas de saúde, no Brasil. Em relação à 1ª Conferência Nacional de Saúde, será possível apreender um estágio inicial, ainda restrito em relação à participação da sociedade civil, de um processo de articulação entre governos e sociedade que se mantem até os dias atuais²⁶¹. Ao mesmo tempo, proporcionará um movimento metodológico ao retratar tendências de práticas em saúde pública e compará-las com as atividades realizadas no Estado do Rio Grande do Sul, no capítulo posterior.

Assim sendo, a Primeira Conferência Nacional de Saúde aconteceu entre os dias 10 e 15 de novembro do ano de 1941, na cidade do Rio de Janeiro²⁶². Sua existência decorreu de dois atos do Executivo federal, sendo o primeiro a Lei nº 378, de 13 de janeiro de 1937, que

²⁶¹ Conforme indica Luciani Martins Ricardi (2017, p. 41): “Cabe destacar que, apesar de se ter como marco de referência a Lei nº 8.142, as Conferências Nacionais de Saúde são anteriores ao próprio SUS, tendo ocorrido pela primeira vez em 1941. Porém, somente a partir de 1986, com a 8ª Conferência, é que deixaram de ser restritas a uma “cúpula” da gestão federal e passaram a ter participação ampliada dos diversos segmentos”.

²⁶² Conforme indica Gustavo Capanema em correspondência à Getúlio Vargas, a ideia das conferências como estratégia de saúde pública, através da relação entre União e Estados, foi uma inspiração do que vinha sendo feito nos Estados Unidos da América. A realização das conferências foi uma demanda do Ministério da Educação e Saúde desde, ao menos, 1935. Este fato indica a persistência para sua realização, ao mesmo tempo em que propicia a investigação dos porquês de seu adiamento, o que não ocorrerá neste exercício, embora a turbulência política e a restrição orçamentária generalizada possam constituir-se como hipóteses iniciais, entre outras. **Arquivo Gustavo Capanema**, FGV CPDOC, GC f 1936.01.11 (2).

instituiu as Conferências, e o segundo, o Decreto nº 6.788, de 30 de janeiro de 1941, o qual convocou sua realização e pormenorizou suas funções²⁶³.

Inicialmente, convém observar que a Conferência de Saúde se distingue do 1º Congresso Nacional de Saúde Escolar devido a forma como foi concebida, pois partiu de uma iniciativa de governo, através de atos do Poder Executivo. Por sua vez, o Congresso surgiu como possibilidade desde uma categoria profissional, em sessão da Sociedade de Medicina e Higiene Escolar de São Paulo, sendo levada a sugestão à Romano Barreto, Diretor Geral do Departamento de Educação de São Paulo, que assentiu e prosseguiu com a ideia nas instâncias governamentais (Anais do 1º Congresso Nacional de Saúde Escolar, 1942, p. 19).

Sendo assim, de acordo com a Lei nº 378, de 13 de janeiro de 1937, em seu Art. 90, a função da Conferência seria a de “facilitar ao Governo Federal o conhecimento das atividades concernentes à educação e à saúde, realizadas em todo o País, e a orientá-lo na execução dos serviços locais de educação e de saúde, bem como na concessão do auxílio e da subvenção federais”²⁶⁴. Reparo para o fato de que a Conferência Nacional de Saúde e a Conferência Nacional de Educação tenham observado o mesmo regimento interno distinguindo-se, apenas, em questões específicas, as quais serão discriminadas a seguir.

Com este intuito, o parágrafo único do Art. 90 estabeleceu a convocação da Conferência em períodos de, no máximo, 2 anos, e “nelas tomando parte autoridades administrativas que representem o Ministério da Educação e Saúde e os governos dos Estados, do Distrito Federal e do Território do Acre”²⁶⁵. Nesse sentido, as deliberações relativas à organização da Conferência expressaram o objetivo de nacionalizar a participação, embora, como poderá ser observado, subordinada às determinações do governo federal, na figura do Ministro da Educação e Saúde, e com a participação eminentemente de executivos de governos.

A composição executiva da Conferência, encarregada de organizar as sessões e encaminhar as discussões, foi composta da seguinte forma: o Ministro da Educação e Saúde exerceu a presidência, os diretores do Departamento Nacional de Saúde (saúde e assistência) e

²⁶³ O Decreto nº 7.196, de 19 de Maio de 1941, adiou a realização das conferências para a segunda quinzena de setembro. Por sua vez, o Decreto nº 8.090 de 22 de outubro de 1941 fixou as datas da Conferência Nacional de Educação e da Conferência Nacional de Saúde para os dias 03 a 08 e 10 a 15 de novembro de 1941, respectivamente. Diário Oficial da União - Seção 1 - 24/10/1941, Página 20452. Segundo Jane Dutra Sayd, Luiz Vieira Junior e Israel Cruz Velandia (1998, p. 1969-1970): “As primeiras conferências tiveram como referência principal os Congressos Brasileiros de Higiene, marcados pela ideia de polícia pública e privada, que se desenvolveram no País a partir de 1924”. In: LIMA, Nísia Trindade et al. (orgs.). **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005, 502 pp.

²⁶⁴ Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1930-1949/10378.htm. Acesso em: 03 jan. 2023.

²⁶⁵ Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1930-1949/10378.htm. Acesso em: 03 jan. 2023. Embora expressa em Lei, a realização das Conferências não obedeceu a periodicidade estabelecida, pois a 2ª Conferência Nacional de Saúde ocorreu apenas em 1950 e a 3ª, em 1963.

do Departamento Nacional da Criança (proteção da maternidade e da infância) foram os relatores gerais, o diretor do Departamento Nacional de Lepra foi o Secretário Geral, o Diretor do Serviço de Estatística da Educação e Saúde e o Diretor do Serviço Federal de Bioestatística foram os assistentes gerais²⁶⁶.

Diante disso, através do Decreto nº 6.788, de 30 de janeiro de 1941, é possível observar as 4 áreas gerais de interesse da Conferência de Saúde²⁶⁷: “organização sanitária estadual e municipal; ampliação e sistematização das campanhas nacionais contra a lepra e a tuberculose; determinação das medidas para desenvolvimento dos serviços básicos de saneamento; plano de desenvolvimento da obra nacional de proteção à maternidade, à infância e à adolescência”.

Ao mesmo tempo, para “o estudo das matérias sujeitas à deliberação da Conferência”, foram estabelecidas 5 comissões: de organização e administração sanitárias e assistenciais; de proteção da maternidade e da infância; de campanha contra a lepra; de campanha contra a tuberculose, e de serviços de águas e esgotos²⁶⁸. Cada comissão, de acordo com a Portaria Ministerial nº 287 de 30 de outubro de 1941, que foi utilizada como Regimento Interno das Conferências, seria composta por 5 membros²⁶⁹.

O Rio Grande do Sul enviou dois representantes: José Conceição Pereira Coelho de Souza, Secretário de Educação e Cultura do Estado, e Bonifácio Paranhos da Costa, Diretor Geral do Departamento Estadual de Saúde. O primeiro participou como delegado da Conferência de Educação e o segundo, da Conferência de Saúde²⁷⁰. Em correspondência à Getúlio Vargas, Gustavo Capanema denotou a atribuição dos representantes estaduais, pois, de acordo com o Ministro,

Tais conferências não tratarão naturalmente da parte técnica dos problemas de que se ocuparem. Serão conferências de autoridades administrativas, cujo objetivo será estudar e assentar providências de administração. Delas tirará o governo federal as bases de sua atuação, de modo que possa enfrentar os problemas, não isoladamente, neste ou naquele ponto do país, mas de conjunto e com sistema, beneficiando, equitativamente, segundo as suas necessidades, a todos os Estados. **Arquivo Gustavo Capanema**, CPDOC FGV, GC f 1936.01.11 (2).

A partir disso, é possível deduzir que a primeira Conferência de Saúde exibiu, substancialmente, um teor administrativo. Este fato não diminui o caráter de seu conteúdo, mas exprime uma forma de ação do governo dentro do contexto amplo da reformulação do Ministério da Educação e Saúde da formulação das políticas públicas (Pinheiro; Westpahl;

²⁶⁶ **Arquivo Gustavo Capanema**, FGV CPDOC, GC f 1936.05.26 (73).

²⁶⁷ Em seu Parágrafo 2º, alíneas a, b, c e d.

²⁶⁸ **Arquivo Gustavo Capanema**, FGV CPDOC, GC f 1936.05.26 (73).

²⁶⁹ **Arquivo Gustavo Capanema**, FGV CPDOC, GC f 1936.05.26 (73).

²⁷⁰ **Arquivo Gustavo Capanema**, FGV CPDOC, GC f 1936.05.26 (73).

Akerman, 2005)²⁷¹. Da mesma forma, expõe um *modus operandi* do processo de arquitetura das políticas públicas e a relação, neste caso, de exclusão, da sociedade civil organizada, embora a iniciativa privada tenha se constituído como elemento importante no tripé união, estados e municípios²⁷².

Em retrospecto, este trabalho demonstrou o caráter de organização e regulamentação das atividades de saúde pública que a Lei nº 378, de 13 de janeiro de 1937, deteve. Desse modo, entendo que o Art. 90 contido na referida Lei, que estabeleceu as Conferências de Educação e Saúde para mapear a situação e unificar a ação em saúde pública no País, possa ter concorrido como um dos instrumentos jurídicos normativos para que se pusesse em prática uma parcela deste objetivo de reorganização em torno do Executivo Federal.

Em relação às políticas públicas de saúde para mulheres e crianças, compreendo que seja possível posicionar a Lei nº 378 em um estágio preliminar no histórico de reorganização da área e que resultou, três anos mais tarde, no Decreto-Lei Nº 2.024, de 17 de fevereiro de 1940. Este Decreto, como analisado em seção anterior, delimitou como atribuição do Departamento Nacional da Criança as disposições que se referiam à regulamentação, à fiscalização e ao subsídio das atividades de proteção à maternidade e à infância no País, embora com eficácia que mereça maiores estudos.

Não obstante, com a intenção de organizar os trabalhos e subsidiar as questões da Conferência, foram enviados questionários para os interventores de todos os estados para que fossem mapeadas as principais demandas em âmbito regional²⁷³. Tais documentos, de acordo com Capanema, deveriam ser estudados com “esclarecida e patriótica atenção” pelos responsáveis²⁷⁴. Nesse sentido, foram elaboradas 99 questões sobre a situação sanitária e assistencial dos estados, que foram divididas em 15 temas, conforme o quadro abaixo:

Quadro 1: Questionário sobre a situação sanitária e assistencial dos estados (1941)

- | |
|---|
| 1 – Organização geral da administração da saúde |
| 2 – Pesquisas científicas |
| 3 – Medicina preventiva em geral |
| 4 – Tuberculose |

²⁷¹ PINHEIRO, Marcelo Cardoso; WESTPHAL, Márcia Faria; AKERMAN, Marco. Equidade em saúde nos relatórios das conferências nacionais de saúde pós-Constituição Federal brasileira de 1988.

²⁷² Nesse viés, Paulo Gadelha (2015, p. 2049) observa que: “A 1ª CNS aconteceu em 1941 em plena ditadura varguista do Estado Novo. Em um processo de forte centralização política, tratou-se de definir junto a um reduzido grupo de interlocutores – todos vinculados ao governo – os rumos da saúde pública, sendo esta concebida de forma muito restrita”.

²⁷³ Processo de envio aos Estados e devolutiva que foi acompanhado através de periódicos, como o Jornal do Commercio (RJ). **Arquivo Jornal do Commercio (RJ)** - 1940 a 1949, Ano 1941\Edição 00010 (1).

²⁷⁴ **Arquivo Gustavo Capanema**, FGV CPDOC, GC f 1936.05.26 (73).

- 5 – Lepra
- 6 – Doenças venéreas
- 7 – Malária
- 8 – Outras endemias
- 9 – Saneamento
- 10 – Nutrição
- 11 – Educação sanitária
- 12 – Fiscalização do exercício da medicina
- 13 – Bioestatística;
- 14 – Proteção à maternidade e à infância
- 15 – Assistência

Fonte: Arquivo Gustavo Capanema, FGV CPDOC, GC f 26.05.1936 (2).

A partir destas 15 áreas, foram elaborados questionamentos específicos em relação a cada item. No que se referiu ao 14º, que tratou sobre a proteção à maternidade e à infância, foram realizados 4 questionamentos que podem ser observados a seguir:

Quadro 2: Questionário sobre a proteção à maternidade e à infância (1941)

- 1 – Dispõe o Estado de um órgão especial destinado à direção dos serviços de proteção à maternidade e à infância?
- 2 – Quantas maternidades existem no Estado? (Precisar o número das oficiais e das particulares e dar o total de leitos destinados, em cada município, à proteção à maternidade, computados os existentes em hospitais gerais).
- 3 – Quantos hospitais para crianças existem no Estado? (Precisar o total de leitos destinados, em cada município, a crianças doentes, computados os existentes em hospitais gerais).
- 4 – Quantos dispensários de higiene pré-natal e infantil, quantos lactários, creches, ambulatórios de pediatria e outras instituições de assistência à maternidade e à infância existem em cada município?

Fonte: Arquivo Gustavo Capanema, FGV CPDOC, GC f 26.05.1936 (2).

Dessa forma, a partir destes eixos, foram organizadas as sessões da Conferência, pois os delegados representantes deveriam trazer suas contribuições a partir da configuração previamente elaborada pelo governo²⁷⁵.

Com base nisso, a Conferência estabeleceu três procedimentos: a) “estudar as bases de organização de um programa nacional de saúde e de um programa nacional de proteção da infância, síntese dos objetivos a serem atingidos e dos meios a serem mobilizados nesses dois terrenos do serviço público nacional; b) estudar e definir o sistema de organização e de administração sanitárias e assistenciais, nas órbitas estadual e municipal; c) considerar, de modo especial, as campanhas nacionais contra a lepra e a tuberculose, para o fim de serem assentadas medidas relativas à sua coordenação e intensificação, e bem assim a situação das cidades e vilas de todo o país quanto à montagem e funcionamento dos serviços de águas e esgotos”²⁷⁶. Como

²⁷⁵ Que ocorreram da seguinte forma: expediente, apresentação de projetos, relatório das comissões, discussão e votação. **Arquivo Gustavo Capanema**, FGV CPDOC, GC f 1936.05.26 (73).

²⁷⁶ **Arquivo Gustavo Capanema**, FGV CPDOC, GC f 1936.05.26 (73).

se evidencia, a primeira Conferência de Saúde se dispôs a amplas e complexas tarefas, as mesmas, convêm ressaltar, que estavam contidas desde os rearranjos na saúde pública nacional propostos em 1937 (Hochman, 2001).

Assim, conforme o regimento interno, em seu Art. 5º, o resultado dos trabalhos deveria ser expresso através de um projeto de resolução que poderia ser apresentado desde que contasse com a assinatura de, no mínimo, 8 delegados. Conforme Capanema, na primeira reunião da Conferência, os projetos de resoluções deveriam ser “sintéticos, abranger conclusões, consubstanciar proposições fundamentais que definam o rumo a tomar, os métodos de ação a seguir (...)”²⁷⁷. Em caso procedente, o projeto de resolução seria analisado por uma das 5 comissões temáticas estabelecidas. Em caso de aprovação pela comissão, esta seria posta para breves considerações no plenário e, após votação, caso aprovada, seria enviada aos Órgãos competentes do governo para apreciação e possível promulgação.

No que se refere ao interesse desta pesquisa, a documentação abordada sugere que a Comissão de Proteção da Maternidade e da Infância tenha se demonstrado pouco ativa, ao menos nos termos de seu Regimento Interno²⁷⁸. Neste ponto, me refiro à possibilidade da proposição de projetos de resolução para serem apreciados nas sessões e encaminhados às Comissões para aprovação. Dessa forma, o que se percebe é que os trabalhos não resultaram, ao menos no expediente da Conferência, em proposições que, ao seu termo, viraram resoluções encampadas e promulgadas pelo governo.

Por outro lado, nos trabalhos da Conferência Nacional de Educação, que precedeu a de saúde, foi discutido, na Comissão de Proteção à Infância, um parecer expresso pelo delegado Saul de Gusmão, a pedido do governo, sobre um plano genérico de proteção da infância. A discussão dessa matéria suscitou questionamentos sobre se esta deveria ser contemplada pela Conferência de Educação ou pela Conferência de Saúde, devido à combinação de assuntos ligados à educação e à saúde²⁷⁹.

Diante da indecisão, Capanema solicitou aos delegados da Comissão que avaliassem o tema e estes redigiram um parecer que sugeriu a “possibilidade de ser melhor esmerilhada a questão no decorrer da próxima conferência de Saúde, de vez que, ali reunidos médicos e educadores, muito se beneficiará o problema, sofrendo estudo e crítica mais demorados”, embora tenham aprovado o projeto de resolução, do mesmo modo²⁸⁰. Assim sendo, Capanema

²⁷⁷ Arquivo Gustavo Capanema, FGV CPDOC, GC f 1936.05.26 (73).

²⁷⁸ Arquivo Gustavo Capanema, FGV CPDOC, GC f 1936.05.26 (73).

²⁷⁹ Arquivo Gustavo Capanema, FGV CPDOC, GC f 1936.05.26 (14).

²⁸⁰ Arquivo Gustavo Capanema, FGV CPDOC, GC f 1936.05.26 (14).

deliberou que o futuro Plano Nacional de Proteção à Infância fosse posto em discussão previamente na Conferência Nacional de Saúde, porém, que fosse elaborado de modo definitivo na Conferência Nacional de Proteção à Infância, que ocorreria, como disposto em Lei, no ano de 1942²⁸¹. Isso não impediu que o Plano fosse publicado como uma das resoluções da Conferência de Saúde, como se poderá observar.

Nestes termos, o exame das sessões da Conferência de Saúde, sobretudo em relação ao tema da maternidade e infância, indica a baixa incidência de deliberações objetivas sobre planos de ação administrativa²⁸². Na documentação abordada foram encontradas três proposições relativas à maternidade e infância que foram aprovadas, ou seja, contaram com ao menos 8 assinaturas de delegados, e que foram enviadas para apreciação das comissões temáticas estabelecidas. Atente-se para o fato de que duas delas foram propostas na Conferência Nacional de Educação, através da congênere Comissão de Proteção à Infância, que se voltou à discussão de temas ligados, sobretudo, à “proteção da infância desvalida ou ainda em perigo moral”.

A primeira, de autoria de Abelardo Marinho, Diretor do Serviço Nacional de Educação Sanitária, tratou justamente sobre a expansão destes serviços em nível nacional, a partir da tríade união, estados e municípios, contando com a iniciativa privada. Da mesma forma, sugeriu que os temas proteção das crianças, alimentação pública e tuberculose norteassem as ações. O projeto de resolução fora enviado para apreciação da Comissão de Organização e Administração Sanitária e Assistencial. A segunda, de autoria de Tarquino Lopes Filho, delegado do Maranhão, versou sobre a instituição de um certificado médico pré-nupcial visando uma suposta proteção eugênica dos descendentes.

Por fim, presumivelmente de autoria do governo federal, foi identificada a proposição de um Plano Nacional de Proteção da Maternidade e da Infância. No entanto, não se identificou nos documentos analisados qualquer deliberação na Conferência Nacional de Saúde sobre este assunto específico. Fato é que o denominado Plano Nacional de Proteção da Maternidade e da Infância foi publicado como uma das proposições aprovadas na Conferência, no “Jornal do Commercio”, na edição de 15 de novembro de 1941²⁸³. Sobre este fato, pode ser elucidativa

²⁸¹ **Arquivo Gustavo Capanema**, FGV CPDOC, GC f 1936.05.26 (14). A Conferência Nacional de Proteção da Infância foi estabelecida pelo Art. 10 do Decreto-lei Nº 3.775, de 30 de outubro de 1941, tratado em seções anteriores, pois foi através deste Decreto-lei que se organizou o Departamento Nacional da Criança.

²⁸² Embora a impressão tenha sido diversa na revista *Cultura Política*, sabidamente governista. Nesta, foi publicada que: “Pelo grande número de assuntos tratados e das resoluções tomadas, vê-se claramente que os dois congressos não tiveram o caráter de meros concursos de eloquência ou de discussões teóricas e abstratas”. **Arquivo Revista Cultura Política**, FGV CPDOC, Ano 02; Num.11; Janeiro de 1942.

²⁸³ **Jornal do Commercio (RJ)** – 1940 a 1949. Ano 1941\Edição 00040 (2).

uma correspondência particular do diretor do Departamento Nacional da Criança, Olinto de Oliveira, para Gustavo Capanema, após o primeiro dia da Conferência Nacional de Saúde.

Oficialmente, como constado em Ata, Olinto de Oliveira, membro executivo da Conferência e componente da Comissão de Proteção da Maternidade e da Infância, se fez presente no primeiro dia do evento, mas, por razões de saúde, foi impossibilitado de comparecer ao restante das sessões²⁸⁴. No entanto, em carta particular, datada de 11 de novembro de 1941, ou seja, no segundo dia de trabalhos, Oliveira expôs um outro motivo²⁸⁵. Nesta, o diretor do Departamento Nacional da Criança expos insatisfação com o fato dos assuntos relativos à infância terem sido submetidos à Conferência de Saúde, sendo que, por Decreto-Lei, estaria instituída a Conferência Nacional de Proteção à Infância.

O diretor prestou contundentes críticas a este fato e, argumentando sua condição de frágil saúde e avançada idade, solicitou que fosse dispensado de suas funções²⁸⁶. No entanto, o modo como colocou os termos na carta sugere que o fato de sentir-se desprestigiado por parte do governo tenha exercido maior influência do que sua debilidade física. Disse Oliveira que, “convencido da inutilidade dos meus esforços, vi que não me assistia o direito de sacrificar sem resultado os poucos dias que me restam, e que, já sem valor para a causa, podem ainda ser úteis à minha família”²⁸⁷. Ainda em tom de discordância, prosseguiu dizendo que “não confio em deliberações tumultuosas, principalmente quando, como no caso presente, não foram convocados representantes e técnicos de todos os aspectos da obra a realizar. E na perspectiva de um imerecido desprestígio para o Departamento, prefiro retirar-me”²⁸⁸.

Diante disso, entendo que o descontentamento do Diretor do Departamento Nacional da Criança possa ser compreendido como um indício do que venho argumentando neste trabalho, ainda que de modo subjacente. As políticas públicas de saúde, a partir de 1937, se por um lado observaram consideráveis mudanças, também observaram a sobreposição de atribuições, a falta de disposição em orçamento, entre outros fatores, em que pese tenha havido a arquitetura de um arcabouço jurídico-político para este fim, como demonstrado no segundo capítulo²⁸⁹. Nesse

²⁸⁴ **Arquivo Gustavo Capanema**, FGV CPDOC, GC f 1936.05.26 (5).

²⁸⁵ **Arquivo Gustavo Capanema**, FGV CPDOC, GC f 1936.05.26 (73).

²⁸⁶ Nascido em Porto Alegre, em 05 de janeiro de 1866, Olinto de Oliveira contava com 76 anos de idade em 1941.

²⁸⁷ **Arquivo Gustavo Capanema**, FGV CPDOC, GC f 1936.05.26 (5).

²⁸⁸ Em debate na sessão de abertura o próprio Capanema havia dito que: “(...) esta Conferência não é de técnicos, de entendidos em assuntos especializados, mas de representantes de administrações; é uma assembleia que tomará deliberações, não pelo pronunciamento exclusivamente técnico, mas governamental”. **Arquivo Gustavo Capanema**, FGV CPDOC, GC f 1936.05.26 (73).

²⁸⁹ Por exemplo, em 20 de novembro de 1941, Capanema realizou a seguinte observação, dentre uma série de 14, ao projeto de orçamento para 1942: “Não figura, no projeto, dotação para o desenvolvimento da obra de proteção da maternidade e da infância em todo o país. Serão necessários para isto 3.000:000\$000, no mínimo”. **Arquivo Gustavo Capanema**, FGV CPDOC, GC f 1936.05.28.

sentido, Hochman (2001, p. 134) cita Wahrlich (1983, p. 23) para avaliar a reforma na saúde pública federal no final de 1930 e que avalio pertinente para o contexto pós-1937:

Redefiniram-se finalidades, em nível ministerial e departamental, criavam-se e extinguíam-se órgãos, cargos e funções, modificavam-se estruturas de organização, através de uma série incessante de atos legislativos que às vezes, pela sua fugacidade, nem chegavam a passar de meros atos formais, com vida apenas no papel em que se imprimiam.

A análise das sessões da Conferência Nacional de Saúde permitiu que fossem identificados descompassos entre o que o governo expunha na sua retórica política com a noção de unidade, de coordenação e “racionalidade”, e o que se apresentava nos estados. A título de exemplo, em sessão da Conferência, o representante do Rio Grande do Sul, Bonifácio Costa, se referiu ao questionário enviado aos estados:

(...) o qual deverá servir de base para o estudo dos assuntos concernentes a esta conferência, penso poder o mesmo merecer a atenção de Vossa Excelência, com o fim de serem evidenciados, pelo órgão competente desse Ministério, os nossos acertos ou erros, para, com justificados motivos, dadas as nossas responsabilidades nas administrações sanitárias dos Estados, propormos as modificações que se fizerem indispensáveis ao maior rendimento dos nossos trabalhos junto aos Interventores nos Estados. **Arquivo Gustavo Capanema**, FGV CPDOC, GC f 1936.05.26 (73).

Neste ponto, é preciso ter em mente que a reorganização dos serviços de Saúde, ligados ao Ministério da Educação e Saúde, estava proposta há quatro anos. Assim, em um sistema de administração “racionalizado” e com coordenação efetiva da União, os questionários enviados deveriam ser caracterizados como protocolo, sem conter informações administrativas que permitissem novos rearranjos, entendo. Aliado a isso, restou evidente a tônica centralizadora que, de fato, se fez presente²⁹⁰. O próprio Ministro Capanema evidenciou esse caráter ao manifestar-se de modo advertido²⁹¹:

Na Conferência sábado encerrada, os assuntos foram debatidos sem qualquer reserva. O mesmo sistema de trabalho deverá ser aqui observado. Assim me expresso porque o fato de virem a ser apresentados projetos de resoluções pelos Serviços Federais, em nada diminuirá a iniciativa dos senhores delegados estaduais, mas ao contrário, essa iniciativa de fazer-se manifestar sempre, já para criticar as propostas, já para acrescentar-lhe emendas, já para contrariá-las no que tiverem de discutível, de inaceitável. **Arquivo Gustavo Capanema**, FGV CPDOC, GC f 1936.05.26 (73).

²⁹⁰ Ou autoritária, como se pode ler nas entrelinhas desta discussão entre Gustavo Capanema e Samuel Libânio: **Arquivo Gustavo Capanema**, FGV CPDOC, GC f 1936.05.26 (73). Em outro momento, Raul de Almeida Magalhães, expõe este elemento implícito ao dizer que: “Trata-se de matéria de natureza técnica, e opinar neste ou naquele sentido não é fazer restrições à ação do Governo da República, que, de todos os governos, é o que mais tem cuidado dos assuntos referentes à Saúde Pública”. **Arquivo Gustavo Capanema**, FGV CPDOC, GC f 1936.05.26 (73).

²⁹¹ Trago à tona a questão da centralização, muitas vezes expressa de forma autoritária, pois este fator serviu como um elemento de justificação, propriamente, para a propagada racionalidade administrativa, o que, infiro, pode não ter ocorrido, ao menos não nas dimensões contidas na propaganda política.

Afora isso, se pode inferir que o propósito geral da Conferência, que seria, em linhas gerais, proporcionar ao governo o conhecimento das atividades em saúde pública nos estados, foi contemplado. Nesse sentido, Sarah Escorel e Renata Arruda de Bloch (2005, p. 90) sublinham que a função das Conferências “foi o de promover o intercâmbio de informações e, por meio destas propiciar ao governo federal o controle das ações realizadas no âmbito estadual a fim de regular o fluxo de recursos financeiros. Não há qualquer menção a processos deliberativos”. Ao mesmo tempo, a intenção de pôr em termos a articulação entre União, estados e municípios, através da nacionalização das políticas públicas de saúde, parece ter ganhado relevância, pois foi alvo de discussões acerca do financiamento de instituições privadas de amparo à maternidade e assistência social, das atribuições repartidas entre os estados e a União, entre outras.

Neste ponto, se destacaram a proposta de Necker Pinto, que contou com a assinatura de 15 delegados e que propôs o seguinte projeto de resolução: “Que as repartições centrais, existentes ou que venham a ser criadas nos Estados, especialmente destinadas à direção das atividades concernentes à proteção à maternidade, à infância e à adolescência, fiquem, obrigatoriamente, subordinadas aos Departamentos Estaduais de Saúde”²⁹². E, de modo mais amplo, a de Bonifácio Costa, Diretor do Departamento Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul, que havia assinado a proposição acima, e que submeteu à sessão a apreciação de um Plano Nacional de Saúde detalhado que, em síntese, estabelecia a criação de um Ministério da Saúde autônomo dividido em dois departamentos: o Departamento Nacional de Saúde Pública e o Departamento Nacional de Assistência Médico-Social²⁹³.

De acordo com Costa, ficaria subordinada a este último departamento a Diretoria de Assistência à Maternidade e à Criança. No âmbito estadual, e aqui se percebe a discordância implícita em relação à um Departamento da Criança nacional e autônomo, tanto na proposta de Pinto como na de Costa, os cuidados com a maternidade e a infância ficariam a cargo dos Departamentos Estaduais de Saúde.

Assim sendo, entendo que os trabalhos da 1ª Conferência Nacional de Saúde propiciaram a reunião de gestores e alguns representantes técnicos para o alinhamento institucional na organização da saúde pública, em geral, e de elementos de proteção à

²⁹² **Arquivo Gustavo Capanema**, FGV CPDOC, GC f 1936.05.26 (73).

²⁹³ **Arquivo Gustavo Capanema**, FGV CPDOC, GC f 1936.05.26 (73). Este mesmo plano se encontra publicado em detalhes nos Arquivos do Departamento Estadual de Saúde, de 1940. De acordo com Bonifácio Costa, este plano já havia sido apresentado na Reunião de Interventores dos Estados do Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul, que ocorreu em Porto Alegre, em março de 1940. **Arquivos do Departamento Estadual de Saúde**. Relatórios e pareceres. Vol. I, 1940, p. 212-214. (AHRGS). Ver outra perspectiva sobre o assunto também em Brum (2013, p. 225).

maternidade, mas sobretudo à infância, de modo específico. Sobre isso, Hochman (2001, p. 137) compartilha do entendimento de que “a criação das conferências complementava as propostas institucionais anteriores e seguia os princípios gerais que as orientaram, calçados na preocupação de estabelecer parâmetros mais precisos nas relações e atribuições da União com os estados e municípios”. Este elemento foi identificado nas sessões da Conferência, nas quais delegados requereram mecanismos de acompanhamento das ações em saúde e das subvenções por parte do governo.

Nesse sentido, a partir de uma perspectiva geral, é possível compreender a 1ª Conferência Nacional de Saúde como um momento em que foi reservada atenção às ações em saúde pública em âmbito nacional o que, em si, demanda valor. Como sublinha Ricardi (2017, p. 41), “a importância das Conferências Nacionais de Saúde é indiscutível para direcionamento das práticas em saúde, embora os impactos e graus de importância tenham variado”. Compartilho desta suposição, principalmente em relação ao tema da saúde das mulheres e das crianças que, como tendência identificada nas seções anteriores, esteve voltada essencialmente para maternidade e infância.

Embora na retórica este tema tenha sido presente e reportado como de suma importância, os documentos abordados não permitiram identificar avanços nos arranjos que já constavam pré-estabelecidos em Lei como, por exemplo, na relação União, estados, municípios e entidades privadas. A aprovação do projeto de resolução, sem discussão registrada em Ata, de um Plano Nacional de Proteção da Maternidade e da Infância permite esta impressão.

No próximo capítulo, será analisada a relação entre União e Estado através da instituição de decretos, o papel do Executivo Federal no auxílio às instituições privadas e, por fim, como ocorreu este arranjo na cidade de Porto Alegre. Compreendo que estes tópicos são essenciais para o entendimento da engrenagem das políticas públicas de saúde durante o Estado Novo no Rio Grande do Sul.

4 O RIO GRANDE DO SUL E AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE PARA MULHERES E CRIANÇAS (1937-1945)

Nas seções anteriores deste trabalho, procurei exercitar metodologicamente duas dimensões através das quais a saúde de mulheres e crianças esteve manifesta no âmbito das políticas públicas de saúde²⁹⁴. Em primeiro lugar, tratei do discurso político e o concomitante arcabouço jurídico-político desenhado para o atendimento das demandas de ordem social (a saúde dos indivíduos) e institucional (através do Ministério da Educação e Saúde e seus órgãos). Em conjunto, realizei uma crítica à formatação das políticas públicas de saúde subsumidas ao binômio maternidade e infância. Na segunda parte do trabalho, busquei estabelecer um cenário no qual a saúde, de modo geral, e a saúde pública, em específico, requereram o interesse médico-científico, através do intercâmbio da medicina brasileira com seus congêneres do Continente Americano, mas, também, através da organização da categoria em eventos científicos, no Brasil.

Nesse sentido, as seções anteriores deste trabalho pretenderam delimitar um contexto que condicionou o estabelecimento das políticas públicas de saúde que se voltaram à saúde de mulheres e crianças. Assim sendo, em conjunto e complemento à historiografia com a qual dialogo, espero ter logrado demonstrar que, no período entre as décadas de 1930 e 1940, no Brasil, durante a vigência do primeiro governo de Getúlio Vargas, as políticas públicas de saúde obedeceram a algumas particularidades históricas.

Dessa forma, do ponto de vista teórico metodológico, reafirmo a relevância do contexto histórico, pois este se apresenta não como um mero plano de fundo dos acontecimentos, mas dentro da “desordem racional”, tal como definida por Thompson (1981), e em relação a qual cabe à pesquisa histórica a atribuição de inteligibilidade. A lógica histórica apreendida, dessa forma, permite que se compreendam as razões das políticas públicas de saúde para mulheres e crianças, ao menos na dimensão retórica do discurso político e do arcabouço jurídico político, terem priorizado a maternidade e a infância, em âmbito federal. Ao mesmo tempo denotar que dentro deste binômio, como o entenderam Martins e Freire (2018), a saúde das crianças tenha sido desenvolvida com maior amplitude pela ciência e pelas ações políticas, em detrimento da saúde da mulher.

²⁹⁴ Como compromisso de registro histórico e responsabilidade teórico metodológica, afirmo que esta seção observou implicações indeléveis devido a pandemia de Covid-19 no Brasil. Este problema de saúde pública ocasionou o fechamento de instituições e fundos de pesquisa por extensos períodos, fato que não impediu a elaboração deste capítulo, mas prejudicou o volume de fontes disponíveis.

Por fim, a lógica do contexto histórico tornará possível avaliar a racionalidade administrativa apregoada pelo governo federal na sua relação com os Estados, dentro da fundação de uma nova “engenharia político-institucional”, como analisado por Diniz (1999), e que teve na criação do Departamento Administrativo do Serviço Público um de seus fundamentos, como demonstrou Camargo (2020, p. 42). Em outros termos, permitirá examinar em que medida se reproduziu nos Estados o que foi determinado pelo governo federal.

Em linhas gerais, como se observou para o contexto de São Paulo e da capital federal, Rio de Janeiro, os estados possivelmente organizaram os seus sistemas de saúde de acordo com as suas demandas específicas, em que pese, dentro das normas gerais estabelecidas pelos órgãos executivos do Ministério da Educação e Saúde.

Desse modo, o capítulo a seguir pretende analisar este contexto a partir de uma mudança de escala, o que, presumo, possa comportar detalhes que uma abordagem em termos amplos como a realizada nas seções anteriores, eventualmente, não propicia. Assim sendo, no segmento a seguir, pretendo entender as políticas de saúde para mulheres e crianças exercidas no Estado do Rio Grande do Sul e, especificamente, na cidade, e capital, de Porto Alegre. Neste ínterim, há uma questão que pode ser lançada: em que medida, no Estado, as políticas públicas de saúde para mulheres e crianças pode ter sido resumida ou, de outra forma, chegou mesmo a contemplar o binômio maternidade e infância, na forma preconizada pelo governo federal?

Preliminarmente, diante da apreensão conjunta das seções anteriores, se torna possível considerar que as políticas públicas de saúde para mulheres e crianças, no Rio Grande do Sul, executaram, em linhas gerais, o conteúdo proposto pelo Ministério da Educação e Saúde, no geral, e pelo Departamento Nacional da Criança, em conjunto e especificamente.

No entanto, as políticas públicas obedeceram ao imperativo de certa autonomia administrativa, através de uma organização institucional não subordinada diretamente ao Departamento Nacional da Criança. Na ocasião de sua criação, em 1940, seria este Departamento o responsável pela articulação da União com os Estados no que se referia aos assuntos de proteção à maternidade e à infância. Isso pode ter ocorrido, muito em parte, devido à concepção, compartilhada pelos gestores da saúde no Estado, de que as políticas materno-infantis não deveriam ser autônomas em relação à saúde pública como um todo, discussão demonstrada nas seções anteriores e que se evidencia pelo fato de não ter havido um Departamento Estadual da Criança no Estado.

Diante disso, entendo que uma estratégia inicial para a análise das políticas públicas para a saúde, no Estado do Rio Grande do Sul, passe pela compreensão das enfermidades que assolaram a população. As décadas de 1930 e 1940, no Estado, foram caracterizadas pela

inconstância nos dados estatísticos, sobretudo seriais e padronizados, que permitiriam o método comparativo de forma regular. Deduzo que o reduzido número de pesquisas sobre saúde pública, no Estado, para este período, possa exibir relação íntima com este fato.

No entanto, ainda que deficitários, os dados disponíveis permitem o delineamento qualitativo do panorama pretendido²⁹⁵. Assim, sua compreensão pode auxiliar no entendimento das doenças que tiveram maior impacto sobre a condição de saúde durante o período e da dinâmica de recursos gerais empregados a partir disso. Este exercício pode revelar indícios da atuação dos governos, nos âmbitos expressos neste capítulo, na execução das políticas.

Ao mesmo tempo, presumo que possa indicar em que medida, no plano estadual, as políticas para maternidade e infância, tônica federal, ganharam desenvolvimento na forma preconizada pela União. Presumo que este exame contribua para contestar as políticas de saúde para a maternidade e a infância como um pressuposto a priori, permitindo que seja ponderada a sua presença como política pública na forma e intensidade apregoada pelo governo federal, que a caracterizou como de importância patriótica e dever nacional, como demonstrado no segundo capítulo.

Para contemplar este quesito, baseio-me fundamentalmente em documentos estatísticos oficiais produzidos por órgãos ligados ao governo federal e ao governo estadual. Eventualmente, relatórios de governo contribuem no levantamento dos dados. Entre os documentos analisados estão os Anuários de Bioestatística do Departamento Nacional de Saúde (1933-1946), que contêm informações gerais sobre o Estado e sobre a capital Porto Alegre; Anuários Demográficos da Diretoria Estadual de Estatística (1938-1949), que contêm dados populacionais dos municípios rio-grandenses; A publicação Aspectos demográficos, econômicos e sociais do Rio Grande do Sul, vistos através da estatística, documento produzido pelo Departamento Estadual de Estatística, no ano de 1947, e que contém dados sobre o sistema assistencial do Estado.

Contribuem, da mesma forma, os Anuários Estatísticos do Brasil (1939-1945), que possuem informações sobre a assistência médico-sanitária no Estado e dados bioestatísticos; A publicação Arquivos do Departamento Estadual de Saúde (1940-1945), que traz relatórios das

²⁹⁵ Germano Mostardeiro Bonow (1979) observa terem ocorrido duas reorganizações no setor de estatísticas do Estado nos períodos de 1910-1912 e 1939-1941. Sobre este último, destaca a autonomia do Departamento Estadual de Saúde em relação à Secretaria de Educação e Saúde Pública, o que teria contribuído para a melhora no sistema de estatísticas de saúde. Conforme Bonow (1979, p. 184): “A organização desse departamento reflete-se na apresentação cuidadosa de informações estatísticas sobre a produção de serviços, bem como sobre a estrutura da morbidade e mortalidade no Estado”. No plano federal, por exemplo, apenas em 1941 foi retomada a publicação de anuários bioestatísticos, que havia sido interrompida no ano de 1928, segundo E. Jansen de Mello, Diretor do Serviço Federal de Bioestatística do Departamento Nacional de Saúde. **Anuário de Bioestatística 1933-1938**. 1ª ed. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1945, 70 p. 292.

atividades do Departamento; Os Censos Demográficos de 1940 e 1950; O relatório do Interventor Osvaldo Cordeiro de Farias à Getúlio Vargas (1938-1945), no qual sistematiza as ações de seu governo durante o período; Relatórios da Secretaria de Estado dos Negócios da Fazenda (1938-1942), que discriminam despesas, receitas e orçamento para a saúde pública; A publicação Revista do Ensino (1939-1941), que contém as atividades do Departamento Estadual de Saúde; Sinopses Estatísticas do Rio Grande do Sul e Porto Alegre, de 1945, com dados para 1943, que discriminam dados bioestatísticos e informações sobre atendimentos em ambulatórios de hospitais, enfermarias, e nos Postos de Higiene; e, por fim, documentos do Arquivo Gustavo Capanema, fundo da FGV/CPDOC. Documentos que serão referenciados no transcorrer das páginas que se seguem.

Sendo assim, de modo complementar, outra estratégia reside no entendimento da dinâmica organizacional dos serviços de saúde pública no Rio Grande do Sul, no primeiro terço do século XX. Serres (2007), Alves (2011) e Brum (2013) caminharam por este percurso e contribuem para que seja compreendido o processo que alterou a autonomia dos municípios na gestão da saúde pública, através do compartilhamento de atribuições com o Estado e a União. Soma-se a esta historiografia a utilizada nas seções anteriores deste trabalho e que situa a organização geral da saúde pública no Brasil. Do mesmo modo, os documentos mencionados nos parágrafos anteriores contribuem para que seja dimensionada a proporção da rede hospitalar e de assistência médico-sanitária, além dos serviços prestados através de auxílios e subvenções.

Retomando, após situar o caminho metodológico que seguirei, entendo que um modo de dimensionar adequadamente o perfil da morbidade e da mortalidade, bem como dos serviços de saúde prestados, seja delinear as características gerais da população do Estado. Todavia, convém reforçar que, neste contexto, a constituição dos dados sobre bioestatística, fundamentais para a saúde pública, foi elaborada sob parâmetros incertos e não sistemáticos, situação admitida pelos próprios técnicos, incluindo-se, até mesmo, os índices das capitais.

Nesse sentido, na introdução do Anuário de Bioestatística do Departamento Nacional de Saúde, relativo ao período 1939-1941, consta a ressalva de que “algumas capitais ainda acusam grandes proporções de óbitos cuja causa foi mal definida ou não foi determinada. Em outras são baixas essas proporções, mas a precisão é apenas aparente, pois isso resulta de simples inquérito verbal post-mortem”²⁹⁶. Sobre a dificuldade em traçar índices sanitários, foi observado que “na maioria das capitais, verifica-se grande proporção de óbitos em que não se pôde determinar a residência do falecido, e isso invalidaria qualquer correção”²⁹⁷.

²⁹⁶ **Anuário de Bioestatística 1939-1941**. 1ª. ed. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1947. 196 p. v. 1.

²⁹⁷ **Anuário de Bioestatística 1939-1941**. 1ª. ed. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1947. 196 p. v. 1.

Na introdução do 3º volume do Anuário de 1939, realizado pelo Departamento Estadual de Estatística do Rio Grande do Sul, foi identificada a observação de que “no preâmbulo do ‘Anuário Demográfico de 1938’, já havíamos advertido que o crescimento desarmônico que a série da natalidade do Estado apresentava, em 1922, 1929 e 1935, provinha de manobras eleitorais”²⁹⁸. Adendos à parte, considero que a análise dos dados possa colaborar para um panorama histórico-qualitativo, em que pese a cautela, do ponto de vista estritamente estatístico e quantitativo.

Sendo assim, informações referentes à geografia política, sistema de saneamento básico, registro civil, fornecimento de água potável, limpeza urbana e condições sanitárias, entre outras, contribuem para se que verifique a situação social do Estado no período. Deste modo, o Anuário Estatístico do Brasil (1939-1940) fornece alguns elementos que, correlacionados aos dados populacionais, permitem um panorama geral da qualidade dos serviços prestados à população, logo, de sua condição geral de vida²⁹⁹.

Nesse sentido, no ano 1937, o Rio Grande do Sul contava com um total de 86 municípios e, neste montante, foram identificados 72 municípios sem um sistema de esgoto sanitário apropriado. Ou seja, 83.72% das localidades não dispunham de um serviço adequado para o despejo de esgoto doméstico³⁰⁰. Neste mesmo ano, foram identificados 49 municípios sem algum serviço de remoção domiciliária de lixo, correspondendo a 56.98% das localidades³⁰¹. A situação se demonstrava um pouco melhor em relação aos serviços de limpeza das vias públicas, pois, neste âmbito, alcançou-se o percentual de 61 municípios, ou 70.93%, nos quais o serviço seria executado³⁰².

Ainda nesse sentido, no ano de 1938, o Estado contava com 88 municípios e, neste conjunto, foi identificada a alarmante estimativa de 82.95%, ou 73 localidades, com informações de registro civil incompletas. Ao mesmo tempo, em relação a 2 municípios sequer foi possível obter referências³⁰³. Este dado demonstra a extensão do problema relativo ao déficit de informações, visto que o registro civil, responsável por informações básicas como local e

²⁹⁸ Departamento Estadual de Estatística do Rio Grande do Sul. **Anuário Estatístico do Estado**. 3º Vol. 1941, p.7.

²⁹⁹ A Tese de Fabiano Quadros Rückert (2015, p. 84), que possui um recorte que contempla os anos entre 1828 e 1930, analisou a construção das primeiras redes de esgoto no Rio Grande do Sul, demonstrando como o poder público interveio neste processo.

³⁰⁰ **Anuário Estatístico do Brasil**, 1939/1940. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, v.5, [1940], p. 622.

³⁰¹ **Anuário Estatístico do Brasil**, 1939/1940. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, v.5, [1940], p. 612.

³⁰² **Anuário Estatístico do Brasil**, 1939/1940. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, v.5, [1940], p. 611.

³⁰³ **Anuário Estatístico do Brasil**, 1939/1940. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, v.5, [1940], p. 160.

data nascimento, ocasião de óbito, casamento, entre outros, pode ser entendido como um dado elementar no registro dos cidadãos. No mesmo sentido, como base informacional para estratégias na formulação e implementação de políticas públicas.

Em relação aos serviços de saneamento urbano e rural, um estudo requerido por Bonifácio Paranhos da Costa³⁰⁴, em 1942, identificou o reduzido número de 21 localidades que seriam abastecidas com água canalizada, representando 26% do total de municípios³⁰⁵. De acordo com o levantamento, as águas superficiais seriam “as mais frequentemente utilizadas para esse fim”, “embora não raro altamente contaminadas”, em que pese seu tratamento mostrava-se “altamente eficiente”³⁰⁶. Em relação à rede de esgotos, se chegou ao número de 15 localidades, ou 17%, que seriam contempladas, ainda que por redes incompletas de canalização cloacal, números que compatibilizam com os apresentados acima³⁰⁷.

Ainda neste quesito, de acordo com o estudo, “cerca de um terço dos prédios em zonas urbanas e suburbanas do Rio Grande do Sul possuem instalações sanitárias, consideradas como tais as ligações a redes de esgotos e as fossas biológicas aprovadas pelo Departamento Estadual de Saúde”³⁰⁸. De acordo o relatório, “a construção de redes de esgotos continuam a ser a solução insubstituível para a remoção conveniente da matéria imunda, medida indispensável ao saneamento das coletividades humanas”³⁰⁹. Compreendo que a delineação deste contexto sanitário seja profícua, pois inúmeras enfermidades possuem relação direta com condições inadequadas de saneamento básico, como diarreias, infecções intestinais, febre tifoide e paratifoide, tracoma, doenças intestinais causadas por protozoários, por vírus, enterites, entre outras³¹⁰.

³⁰⁴ Este documento foi elaborado por Jandyr Maia Faillace, Diretor da Divisão de Laboratórios do Departamento Estadual de Saúde e Livre-Docente de Higiene da Faculdade de Medicina da Universidade de Porto Alegre, Paulo Maurell Moreira, Livre-Docente e Catedrático Interino de Higiene da Faculdade de Medicina da Universidade de Porto Alegre, e Jayme Ferreira da Silva, Assistente Engenheiro do Departamento Estadual de Saúde, para que fosse apresentado no VI Congresso Brasileiro de Higiene, na cidade de Niterói, em 1942.

³⁰⁵ As cidades: Alegre, Bagé, Cachoeira, Caxias, Cruz Alta, Dom Pedrito, Ijuí, Iraí, Itaquí, Jaguarão, Júlio de Castilhos, Livramento, Montenegro, Pelotas, Porto Alegre, Rio Grande, Santa Maria, Santo Ângelo, São Leopoldo, Torres e Uruguaiana. **Arquivo do Departamento Estadual de Saúde**, Vol. IV, 1943, p. 211.

³⁰⁶ **Arquivo do Departamento Estadual de Saúde**, Vol. IV, 1943, p. 215.

³⁰⁷ As cidades: Alegre, Bagé, Cachoeira, Cruz Alta, Dom Pedrito, Iraí, Jaguarão, Livramento, Pelotas, Porto Alegre, Rio Grande, Santa Maria, Santo Ângelo, São Leopoldo e Uruguaiana. **Arquivo do Departamento Estadual de Saúde**, Vol. IV, 1943, p. 213.

³⁰⁸ **Arquivo do Departamento Estadual de Saúde**, Vol. IV, 1943, p. 216.

³⁰⁹ **Arquivo do Departamento Estadual de Saúde**, Vol. IV, 1943, p. 216.

³¹⁰ MOURA, L. LANDAU, E. C. FERREIRA, A. de M. Doenças relacionadas ao saneamento ambiental inadequado no Brasil. In: LANDAU, E. C.; MOURA, L. (Ed.). **Variação geográfica do saneamento básico no Brasil em 2010**: domicílios urbanos e rurais. Brasília, DF: Embrapa, 2016. cap. 8, p. 189-211.

Aliado a este panorama de saneamento básico, que demonstrava índices insatisfatórios, entre início e meados da década de 1940, o Rio Grande do Sul exibiu crescimento gradativo de sua população, conforme se observa na tabela abaixo.

Tabela 4 - População do Estado por ano (1937-1950)

Ano	População total aproximada
1937	3.187.861
1938	3.257.977
1939	3.329.588
1940	3.361.000
1941	3.433.500
1942	3.506.100
1943	3.578.600
1944	3.651.152
1947	3.808.330
1950	4.164.821

Fonte: elaborado pelo autor a partir de: **Anuário Estatístico do Brasil**, 1941/1945. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, v.6, [1946], p.22-143. **Aspectos demográficos, econômicos e sociais do Rio Grande do Sul**: vistos através da estatística. Porto Alegre: Livraria do Globo, 1947.

Entendo que a discriminação do crescimento populacional seja um instrumento para dimensionar os serviços públicos prestados. Como se percebe, a população do Estado cresceu gradualmente no período em recorte, inserida em um contexto no qual a prestação de serviços públicos se demonstrava, presumivelmente, deficitária. Conforme indica Maria de Lourdes Teixeira Jardim (2001, p. 2), a população total do Rio Grande do Sul observou um acréscimo de aproximadamente 2 milhões de pessoas (1.982.108) entre as décadas de 1920 e 1950³¹¹, ampliação ocorrida, em grande medida, na região metropolitana da capital e regiões norte e nordeste.

Tabela 5 - População total e percentual de crescimento anual do Rio Grande do Sul e Brasil

Anos	População Total		Crescimento Anual %	
	Rio Grande do Sul	Brasil	Rio Grande do Sul	Brasil
1920	2.182.713	30.635.605	3,26	2,86
1940	3.320.689	41.236.315	2,12	1,50
1950	4.164.821	51.944.397	2,29	2,34

Fonte: Adaptado pelo autor. Disponível em: http://cdn.fee.tche.br/eeg/1/mesa_6_jardim.pdf. Acesso em: 20 mar. 2023.

³¹¹ Para que se tenha uma dimensão, em 2021 o IBGE estimou a população de Porto Alegre em 1.492.530 pessoas. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/rs/porto-alegre.html>. Acesso em: 16 mai. 2023.

Diante disso, de acordo com os interesses deste exercício, o quadro acima permite que se observem dois elementos. O primeiro é que durante as décadas abordadas, a população total do Rio Grande do Sul demonstrou expansão contínua; o segundo se refere ao fato da população sul-rio-grandense ter crescido percentualmente acima da média brasileira, entre as décadas de 1920 e 1940, com maior taxa proporcional exibida na década de 1940.

Em complemento, dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE demonstram que, para as décadas de 1920, 1940 e 1950, além do aumento da população total, o Estado observou aumento na sua densidade demográfica, passando, respectivamente, de 7,74 hab./km², para 11,79 hab./km², chegando a 14,78 hab./km². Este aspecto se acentuou, sobretudo, na região metropolitana da capital Porto Alegre³¹².

Em linhas gerais, o aumento populacional não implicaria, necessariamente, no acréscimo da demanda por serviços de saúde, pois a condição de saúde e doença está ligada, entre outros aspectos, ao saneamento, ao acesso a medicamentos, redes de assistência e demais tecnologias ligadas ao combate de enfermidades. No entanto, proporcionalmente, demandaria a ampliação no sistema geral de atendimento médico-assistencial e de saneamento, pois o número total de pessoas seria superior. Este fator pode ser útil para que se avalie em que medida houve evolução ou estagnação na relação estabelecida entre o total da população e a oferta de assistência médica.

Por conseguinte, os números populacionais totais restringem a discriminação por sexo e idade, elementos importantes para a análise deste trabalho, que se refere a mulheres e crianças. Os dados esparsos e, como sinalizado, frequentemente imprecisos estatisticamente, demandariam um esforço desproporcional, e talvez infrutífero, aos objetivos estabelecidos. A única relação nesse aspecto que foi possível identificar se referiu ao ano de 1940. Neste ano, de acordo com o Recenseamento Geral do Brasil, consta que o Estado exibiria, à data, uma população estimada em 3.320.689 indivíduos, sendo que homens comporiam o total de 1.664,058 (50.11%) e mulheres o total de 1.656,631 (49.89%)³¹³. A título de comparação, o Brasil contava com uma estimativa de 41.236.315 pessoas, sendo que 20.614.088 (49.99%) de

³¹² Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/rs.html>. Acesso em 20 mar. 2023. Conforme demonstra o Censo de 2000, o Rio Grande do Sul está entre os 5 Estados mais populosos desde a década de 1940: “A análise dos dados censitários de 2000 permite verificar que os estados mais populosos do Brasil são, por ordem, São Paulo, Minas Gerais, Rio de Janeiro, Bahia, Rio Grande do Sul e Paraná, concentrando, em conjunto, 60,14% da população total do País. Os cinco primeiros mantêm essa posição desde 1940, à exceção do Paraná, que a partir de 1950, ocupa a posição que anteriormente pertencia ao Estado de Pernambuco”. **Sin. prelim. censo demogr.**, Rio de Janeiro, v. 7, p. 1-1 – 5-5, 2000.

³¹³ Brasil. IBGE: **Serviço Nacional de Recenseamento, 1950**. Volume: Série Regional. Parte XX - Rio Grande do Sul. Tomo 1 – 1940, p.148.

homens e 20.622.227 (50.01%) de mulheres, em uma proporção ligeiramente invertida em relação ao Rio Grande do Sul³¹⁴.

Por outro lado, um recorte que avalio importante, visto a distribuição da assistência médico-hospitalar, a qual tratarei posteriormente, se refere à divisão das municipalidades em zonas rural e urbana. Dessa forma, a análise dos Anuários Demográficos da Diretoria Estadual de Estatística aponta para a seguinte disposição, para os anos entre 1937 e 1942, e para os anos de 1949 e 1950.

Tabela 6 - Percentual rural e urbano da população do Estado (1937-1945)

Ano	1937	1938	1939	1941	1942	1949	1950
Total da população	3.187.861	3.257.977	3.329.588	3.395.310	3.444.055	3.991.490	4.160.130
Urbana	979.562	998.208	1.014.65	903.360	909.580	1.111.770	1.201.560
Rural	2.208.299	2.259.7669	2.314.933	2.491.950	2.534.175	2.879.720	2.958.570
% Rural em relação ao total	69.27%	69.36%	69.53%	73.39%	73.58%	72.15%	71.12%

Fonte: elaborado pelo autor a partir de: Departamento Estadual de Estatística do Rio Grande do Sul.

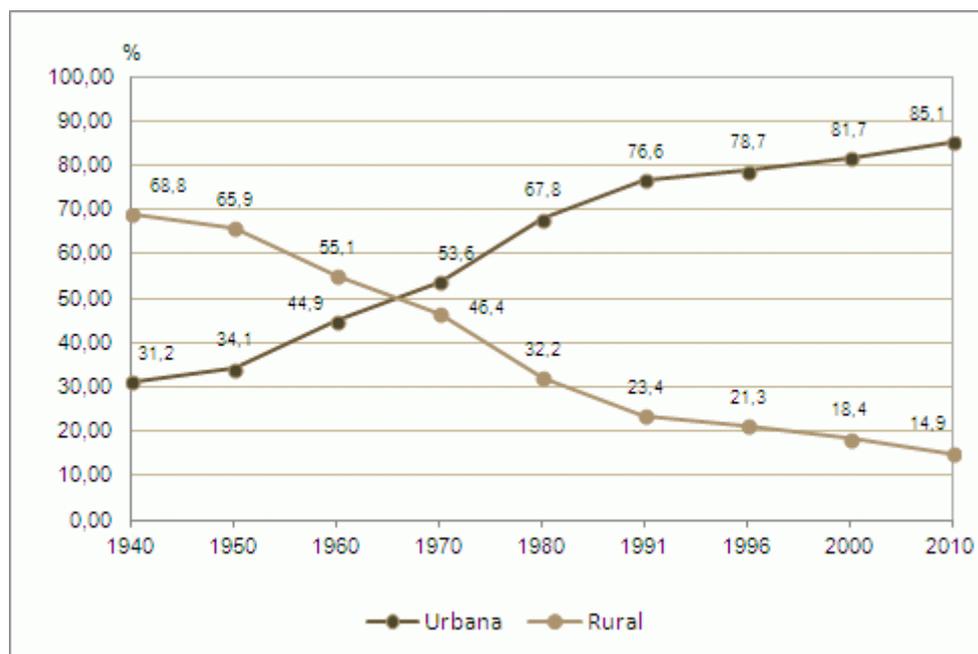
Anuário Estatístico do Estado. Vários Vol. 1938-1949.

Conforme a progressão, se denota que, à medida em que a população total do Estado exibiu crescimento, a população que residia em zonas rurais se manteve em proporção constante e superior, em relação à urbana, ao longo das décadas de 1930 e 1940. Houve uma pequena variação na década de 40, com aumento da proporção de moradores em zonas rurais e, a partir da década de 1950, iniciou-se uma tendência de inversão na proporção entre moradores de zonas rurais e urbanas, em favor desta última, como se pode visualizar no gráfico abaixo, tendência que pode ser generalizada para o Brasil, neste mesmo período, como indica Nísia Trindade Lima (2006, p. 113)³¹⁵.

³¹⁴ **Sinopse preliminar do censo demográfico: 1940.** Rio de Janeiro: IBGE, 1946. p.2.

³¹⁵ “Ainda rural em 1960, duas décadas mais tarde tornara-se o Brasil um país de população predominantemente urbana. Esse percentual, que era de 31,2 %, em 1940, passou a 67,6 % em 1980, com sensível aumento da velocidade da mudança na década de 1960-1970, quando se deu a efetiva inclusão do País na faixa das nações urbanas (Lima (2006, p. 113 apud SANTOS,1986))”.

Gráfico 1: População rural e urbana do Brasil (1940-2010)



Evolução da população do RS por situação de domicílio - 1940 – 2010. Disponível em: <https://atlassocioeconomico.rs.gov.br/midia/imagem/grafico-pop-urbana-rural-rs-1940-2010>. Acesso em: 23 mai. 2023.

Nesse sentido, se depreende que o Estado do Rio Grande do Sul, entre as décadas de 1930 e 1940, exibiu uma população em expansão sem, no entanto, que isso tenha significado o predomínio urbano. Ao mesmo tempo, é possível se ter em mente que as regiões norte do Estado e metropolitana de Porto Alegre tornaram-se, gradativamente, as regiões mais populosas³¹⁶.

Estes dados poderão ser avaliados no decorrer das seções, quando for observado que os serviços de atendimento com maior número de especialidades, os Centros de Saúde, estiveram concentrados em regiões com esta característica populacional, ao passo que os Postos de Higiene, com serviços de menor complexidade, exibiram maior dispersão no território.

Ao mesmo tempo, se evidenciará que o saneamento - urbano e rural - se apresenta como dado de análise pertinente, pois causa fundamental de doenças presentes no Rio Grande do Sul das décadas em exame como disenterias, febre tifoide e paratifoide, difteria, tuberculose etc. Dessa forma, suponho que, após este panorama populacional e do esboço sobre os serviços de

³¹⁶ Sobre a relação entre as áreas de pecuária, ao sul, e a densidade populacional: “Evidenciam os índices os efeitos do regime pastoril extensivo sobre a demografia. Enquanto os municípios da zona de pecuária abrangem nada menos da terça parte da área estadual, a população que neles vive representa somente 13,8% do total e sua contribuição para o crescimento natural do Rio Grande vai apenas a 4,7% do conjunto; a densidade por quilômetro quadrado é de 5,3 habitantes. Nas comunas agrícolas e de pequena propriedade, prevalecem os índices opostos. São 24 a 88 em que se divide o Estado e, entretanto, incluem somente 8,5% da sua superfície. Mas aí se adensa a população que representa 22,4% da geral, com 32,7 pessoas por quilômetro quadrado”. **Relatório de governo do Interventor Osvaldo Cordeiro de Farias à Getúlio Vargas (1943, p. 248).**

saneamento prestados, seja possível partir para o delineamento das enfermidades que acometeram a população do Estado, de acordo com os relatórios epidemiológicos.

No capítulo anterior identifiquei a emergência da saúde pública como uma temática pautada pelos tomadores de decisão política, mas também pela categoria médica. Este exercício permitiu que fossem observadas enfermidades que se manifestaram, de modo recorrente, na América e no Brasil. Sendo assim, proponho a continuidade desta dinâmica através da análise deste cenário no Rio Grande do Sul.

4.1 Saúde pública no Estado

Como nas seções anteriores, permito-me o diálogo entre recortes espaciais como forma de situar as dimensões daquilo que analiso. Nesta seção, ao mesmo tempo, utilizo este expediente como forma de compor um quebra-cabeças que sofre da carência de elementos.

Nesse sentido, inicio introduzindo relatórios epidemiológicos para algumas capitais brasileiras e sobre doenças com maior incidência, em território nacional, de acordo com informes de órgãos subordinados ao Ministério da Educação e Saúde³¹⁷. Estas informações podem ser avaliadas em conjunto com os dados das seções anteriores e, do mesmo modo, inserem comparativamente o Rio Grande do Sul neste quadro.

Assim sendo, de acordo com o Anuário de Bioestatística do Departamento Nacional de Saúde, algumas doenças foram identificadas como recorrentes, no país, no período entre 1939 e 1941. Neste conjunto, a tuberculose foi avaliada como “a mais importante das doenças infectuosas e parasitárias³¹⁸, como causa de morte” no apanhado das capitais analisadas³¹⁹. De acordo com as curvas de mortalidade, a tuberculose apresentava “elevada mortalidade infantil, daí decrescendo os coeficientes para ser o mínimo alcançado no grupo dos 5-9 anos, subindo acentuadamente a mortalidade na puberdade e na adolescência (...)”³²⁰. Tomando-se um recorte etário, Porto Alegre, ao lado de Recife, Salvador e Fortaleza, compunham as capitais com maior mortalidade de “infantes” pela doença, conforme o Anuário³²¹.

³¹⁷ No total de 21: Manaus, São Luiz, Belém, Teresina, Fortaleza, Natal, João Pessoa, Recife, Maceió, Aracajú, Salvador, Vitória, Niterói, Distrito Federal, São Paulo, Curitiba, Florianópolis, Porto Alegre, Belo Horizonte, Goiânia, Cuiabá.

³¹⁸ Sobre a definição de doença infecciosa e parasitária, acessar: <https://www.bvsdip.icict.fiocruz.br/doencas-infecciosas-e-parasitarias/>. Acesso em: 12 mar. 2023.

³¹⁹ **Anuário de Bioestatística 1939-1941**. 1ª. ed. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1947. 196 p. v. 1, p. 13.

³²⁰ **Anuário de Bioestatística 1939-1941**. 1ª. ed. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1947. 196 p. v. 1, p. 13.

³²¹ **Anuário de Bioestatística 1939-1941**. 1ª. ed. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1947. 196 p. v. 1, p. 17.

Em relação às doenças infectuosas e parasitárias, o relatório as posicionou em “destacado papel” nos índices de mortalidade, sendo que Salvador e Recife exibiam os mais elevados coeficientes e São Paulo, o menor³²². Sobre a disenterias, o exame dos índices salientou que as “curvas de mortalidade do grupo das disenterias mostram, como aspecto geral, elevado risco de morte nos infantes, verificando-se sensível declínio nas seguintes idades infantis”³²³. No que se referiu a difteria, a taxa de mortalidade se verificava, via de regra, “mais baixa nos menores de 1 ano do que no grupo seguinte. Daí declina, para se anular pouco adiante sem alcançar geralmente grupos mais avançados de adultos”³²⁴.

Por sua vez, em relatório de João de Barros Barreto, publicado no Boletim Sanitário Pan-Americano, em 1946, é possível obter um panorama complementar para anos posteriores, entre 1941 e 1945. Assim sendo, no ano de 1944 foi notificado o controle da febre amarela na maior parte do território, excetuando-se áreas do extremo norte do país e a região leste do Estado da Bahia, locais em que se demonstrava endêmica³²⁵. Em 1941, a malária estava presente em cerca de 18 Estados, nos quais agiria o Serviço Nacional de Malária³²⁶.

No ano de 1945 a peste era considerada como “um importante problema sanitário, não só pela extensão da zona infectada (interior do nordeste) e pelo número de casos aí verificados, como também pelas consequências nefastas, que traria à vida econômica do país o reaparecimento da doença em seus portos”³²⁷. Por seu turno, a lepra, doença encarada como “ordem do dia, a partir de 1935”, de acordo com Barreto, ganhou apontamento devido a criação de leprosários pelo país³²⁸. Em relação à tuberculose, em 1945 persistia, “pela sua incidência e altos coeficientes de mortalidade”, “considerada como o problema sanitário nº 1 para o Brasil”³²⁹.

A respeito das doenças venéreas, Barros Barreto destacou o aumento do orçamento para seu combate, através de um plano executado pelo Departamento Nacional de Saúde e que atingira os Estados do Rio Grande do Sul, Alagoas, Espírito Santo, Paraná, Rio de Janeiro, Rio Grande do Norte, Pará, Ceará, Pernambuco e Sergipe, no ano de 1944³³⁰.

³²² *Anuário de Bioestatística 1939-1941*. 1ª. ed. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1947. 196 p. v. 1, p. 12.

³²³ *Anuário de Bioestatística 1939-1941*. 1ª. ed. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1947. 196 p. v. 1, p. 17.

³²⁴ *Anuário de Bioestatística 1939-1941*. 1ª. ed. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1947. 196 p. v. 1, p. 17.

³²⁵ Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP);25(6), jun. 1946, p. 496.

³²⁶ Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP);25(6), jun. 1946, p. 498.

³²⁷ Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP);25(6), jun. 1946, p. 499.

³²⁸ Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP);25(6), jun. 1946, p. 501. Sobre o assunto, no contexto do Rio Grande do Sul, ver: SERRES, Juliane Conceição Primon. **Memórias do isolamento**: trajetórias marcadas pela experiência de vida no Hospital Colônia Itapuã. Tese (Doutorado). Universidade do Vale do Rio do Sinos, Programa de Pós-Graduação em História, São Leopoldo, RS, 2009.

³²⁹ Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP);25(6), jun. 1946, p. 501.

³³⁰ Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP);25(6), jun. 1946, p. 505.

Prosseguindo, o relatório pormenorizou um conjunto de moléstias, causadas devido à debilidade nos serviços de saneamento básico, em grandes extensões do Brasil. Nesse sentido, foi reportada a criação, em 1944, de um plano de combate a febres tifóidicas e disenterias, articulado pelo D.N.S., e que contemplara os Estados de Amazonas, Pará, Maranhão, Piauí, Rio Grande do Norte, Alagoas, Espírito Santo, Paraná e Rio Grande do Sul. Nesse aspecto, fora destacado o reforço no combate a esquistossomose, no ano de 1943, cujos coeficientes estariam “crescendo assustadoramente no país, sobretudo na região Norte”³³¹.

Ainda conforme o relatório, a ancilostomose foi destacada como “um dos fatores que mais contribuem no Brasil para inutilizar e reduzir fisicamente a capacidade do homem rural”. Este é um dado importante, pois como se observou, apenas a partir da década de 1960 o Brasil, de modo geral, e o Rio Grande do Sul, especificamente, passaram de um contexto predominantemente rural para outro, urbano³³².

Acerca da difteria fora relatada uma articulação entre o D.N.S. e as repartições sanitárias estaduais para que fossem imunizadas entre 30 e 50% de infantes e pré-escolares, faixa etária com maior incidência da mazela. Com relação a esta articulação, fora relatado o fornecimento de mais de 120.000 comprimidos de sulfa-derivados, visando o decréscimo dos “fortes coeficientes” de mortalidade por pneumonias e broncopneumonias em algumas capitais³³³. Abrangendo este cenário, se observa que as enfermidades descritas pelos relatórios como preocupantes, do ponto de vista sanitário e de mortalidade, eram as que possuíam origem em más condições de acesso à água potável, em moradias insalubres, inadequada conservação dos alimentos, etc.

Em linhas gerais, é passível de observação o fato de que a discriminação por sexo das enfermidades não se apresentou como um dado relevante nos documentos abordados. De outro modo, ainda que não extensivamente, encontra-se a indicação de algumas doenças que incidiram nas faixas etárias infantis, seguindo um padrão identificado no capítulo anterior, no qual a preocupação com a saúde infantil demonstrou-se de modo mais frequente. Nesse sentido, caberia a investigações posteriores entender os motivos que levaram a este cenário: se devido às dificuldades estatísticas, já mencionadas, ou causado pelo interesse em relação à saúde da

³³¹ Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP);25(6), jun. 1946, p. 505-506.

³³² Sobre o assunto, ver: KORNDÖRFER, Ana Paula. **An international problem of serious proportions: a cooperação entre a Fundação Rockefeller e o governo do estado do Rio Grande do Sul no combate à ancilostomíase e seus desdobramentos, 1919-1929.** Tese (Doutorado) – Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre. 2013.

³³³ Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP);25(6), jun. 1946, p. 507.

mulher através do desenvolvimento de uma medicina materna, na forma apresentada por Martins (2004) e Martins; Freire (2018).

Assim sendo, após o panorama acima, que situou em linhas gerais as enfermidades que se apresentaram nacionalmente no território, entendo que seja pertinente prosseguir para averiguar as enfermidades que incidiram de modo mais acentuado sobre a população no Estado do Rio Grande do Sul. Ao mesmo tempo, convém ressaltar que dados sistemáticos para o Estado, como conjunto, são deficitários, quando existentes, havendo maior disponibilidade de informações para a capital, Porto Alegre.

Nesse sentido, algumas enfermidades demonstraram-se recorrentes nos relatórios e pareceres do Departamento Estadual de Saúde e do Departamento de Estatística do Rio Grande do Sul, no intervalo entre 1942 e 1943. Dessa forma, causada devido às más condições de saneamento e higiene alimentar, a febre tifoide era considerada endêmica no Estado, situação que persistiu, ao menos, até 1945. Por sua vez, com ocorrência em 60 dos 88 municípios, a difteria exigia “a vacinação das crianças de 6 meses a 6, 8, 10 anos e dos demais idade com reação de Schick positiva”, no ano de 1943, conforme o relatório de bioestatística³³⁴.

No mesmo período, a disenteria exibiu surtos nas cidades de Bagé, Encruzilhada, Getúlio Vargas, José Bonifácio, Montenegro, Santa Cruz, Santiago, Torres e Vacaria. Por sua parte, a coqueluche foi identificada em quase todos os municípios do Estado, “sendo que, em maior número, em Cachoeira, Encruzilhada, Livramento, Osório, Palmeira, Pelotas, Porto Alegre, Santiago e São Jerônimo”³³⁵. O sarampo apresentou inúmeros casos e a tuberculose, em consonância ao identificado para o âmbito nacional, exibia altos índices, sobretudo em regiões urbanas insalubres. Considerada endêmica, embora benigna, a varicela desenvolveu-se em maior medida nas cidades de Alegrete, Caçapava, Encruzilhada, Porto Alegre e São Jerônimo. O Tracoma e a paralisia infantil também foram reportados, com proporções menores do que as demais enfermidades³³⁶.

Em relação à tuberculose, os relatórios de bioestatística e epidemiologia do DES sinalizavam que, “no que tange ao capítulo das doenças transmissíveis, é a tuberculose o problema de maior relevância no Estado, tanto pela morbidade como pela mortalidade. (...)”,

³³⁴ Arquivos do Departamento Estadual de Saúde. **Relatório de bioestatística e epidemiologia**. Vol. V - 1944, p. 105-106. (AHRGS).

³³⁵ Arquivos do Departamento Estadual de Saúde. **Relatório de bioestatística e epidemiologia**. Vol. V - 1944, p. 105-106. (AHRGS).

³³⁶ Arquivos do Departamento Estadual de Saúde. **Relatório de bioestatística e epidemiologia**. Vol. V - 1944, p. 105-106. (AHRGS).

cenário que se manteve, ao menos, até o ano de 1945³³⁷. Em que pese a taxa de mortalidade por doenças transmissíveis estivessem sob o radar das autoridades, devido seus altos índices, Bonow (1979, p. 113) entende que o período entre 1939 e 1949 tenha se caracterizado por uma tendência decrescente da taxa de mortalidade neste quesito³³⁸.

Particularmente, a mortalidade infantil em decorrência da tuberculose demarcou negativamente as estatísticas, pois o alto coeficiente de óbitos, na faixa etária entre menores de 1 até 4 anos de idade, demonstrava “apreciável devastação de preciosas e tenras vidas”, conforme relatório do Departamento Estadual de Estatística ao Governador Walter Jobim³³⁹, no ano de 1947³⁴⁰. Em perspectiva, no Rio Grande do Sul a taxa de mortalidade entre menores de 1 e 4 anos, por tuberculose, atingiu o coeficiente de 91.238 por mil no período. Por outro lado, a taxa de mortalidade geral, entre menores de 1 e 4 anos, no país, era estimada em 76,7 por mil, em 1940, de acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE³⁴¹.

Diante disso, como forma de demonstrar o alcance da mortalidade infantil geral, discrimino, a seguir, números sobre população, nascidos vivos registrados, ocorrência de óbitos em menores de 1 ano de idade, e a taxa de mortalidade infantil estimada, conforme se observa abaixo, para os anos entre 1937 e 1945.

Tabela 7 - Mortalidade infantil no Estado (1937-1945)

Anos	População	Nascidos vivos registrados	Óbitos menores 1 ano	% de óbitos de menores de 1 ano sobre nascimentos	% de óbitos de menores de 1 ano sobre óbitos gerais	Mortalidade infantil
1937	3.175.003	63.801	6.993	10,96	22,57	109.9
1938	3.233.373	69.417	9.127	9,35	20,7	132.9
1939	3.291.743	80.521	6.496	11,33	25,91	80.6
1940	3.350.120	78.090	9.298	11,90	26,25	119.0
1941	3.408.490	79.896	10.517	13,16	26,89	131.6

³³⁷ “Alegrete, Bagé, Caçapava, Cachoeira, Livramento, Nova Hamburgo, Pelotas, Porto Alegre, Rio Grande, Santiago, São Gabriel e Uruguaiana foram os municípios onde maior foi o número de casos confirmados. Em Porto Alegre o número de óbitos foi de 1.189”. **Arquivos do Departamento Estadual de Saúde**. Vol. V-1944, p. 106. (AHRGS).

³³⁸ Conforme Bonow (1979, p. 113): Os óbitos por essas doenças, em 1939, constituíam 30,50% do total; em 1944, representavam 25,07% e, no final do período, 1949, foram responsáveis por 20,91% do total de óbitos ocorridos no ano. Ainda durante este período, a proporção dos óbitos rotulados como mal definidos supera o percentual por moléstias transmissíveis”.

³³⁹ Exerceu o cargo de Governador do Estado entre os anos de 1947 e 1951.

³⁴⁰ De acordo com dados do Departamento, solicitados pelo Departamento Nacional da Criança, no intervalo de 5 anos o coeficiente de mortalidade infantil na proporção de 1 para 1.000 esteve em torno de 101.764 sobretudo, de idades entre menores de 1 até 14 anos. **Aspectos demográficos, econômicos e sociais do Rio Grande do Sul: vistos através da estatística**. Porto Alegre: Livraria do Globo, 1947. p. 12.

³⁴¹ Disponível em: http://ftp.ibge.gov.br/Tabuas_Completas_de_Mortalidade/Tabuas_Completas_de_Mortalidade_2015/tabua_de_mortalidade_analise.pdf. Acesso em: 26 mai. 2023.

1942	3.466.860	90.750	11.652	12,83	27,71	128,3
1943	3.525.230	96.230	10.757	11,17	27,54	111,7
1944	3.583.600	103.470	9.411	9,09	25,28	...
1945	...	105.881	10.612	10,02	26,52	...

Fonte: Elaborado pelo autor a partir de: Arquivos do Departamento Estadual de Saúde. Vol. 6. 1945, p. 241. (AHRGS). Anuário Demográfico do Rio Grande do Sul (1946-1949). Departamento Estadual de Estatística do Rio Grande do Sul. Viamão: Of. Gráficas da Liv. Anchieta, 1949.

Inicialmente, cumpre destacar a ressalva contida no Relatório de Atividades do Departamento Estadual de Saúde, de 1945, a qual salientava que, embora fosse crescente a taxa de nascimentos no Estado e na capital, Porto Alegre, “nem todos os nascimentos vivos são registrados, podendo-se mesmo afirmar que pelo menos 20% não o são. Tal fato, já se deixa ver, diminui a natalidade por mil habitantes e aumenta o coeficiente de mortalidade infantil (calculado sobre cada mil nascimentos vivos)”³⁴².

Sendo assim, a partir dos números destacados, torna-se possível algumas considerações. Em primeiro, como observado anteriormente, a população do Estado manteve-se em aumento crescente no recorte temporal, assim como os nascidos vivos registrados, mantidas as ressalvas anteriores. No final do triênio 1942-1944, do mesmo modo, a taxa de mortalidade infantil geral demonstrou tendência de melhora, após oscilações negativas³⁴³.

Este movimento se assemelha à dinâmica brasileira, de acordo com dados históricos do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), analisados por Ana Amélia Camarano (2002, p. 14), os quais indicam que “para o Brasil como um todo, a esperança de vida ao nascer apresentou ganhos de cerca de 30 anos entre 1940 e 1998 como resultado, principalmente, da queda da mortalidade infantil. Os ganhos foram para ambos os sexos, mas foram mais expressivos entre as mulheres”.

Todavia, em relação à mortalidade infantil, a análise do intervalo entre 1937 e 1943 denotou uma variação negativa da taxa, após 6 anos, visto que o período foi marcado por oscilações significativas da mortalidade. Nesse sentido, se observa que entre 1937 e 1938, a taxa de mortalidade infantil avançou de 109.9 para 132.9; entre 1939 e 1940, o índice exibiu um aumento de 80.6 para 119.0; por seu turno, entre 1940 e 1941, a mortalidade infantil variou de 119.0 para 131.6³⁴⁴.

³⁴² Arquivos do Departamento Estadual de Saúde. Vol. 6. 1945, p. 241. (AHRGS).

³⁴³ Registre-se que a taxa de mortalidade geral sofreu dinâmica semelhante à da mortalidade infantil, terminado a série com tendência de oscilação positiva (diminuição da taxa).

³⁴⁴ Dados auferidos da Tabela 7, elaborada pelo autor, a partir de dados extraídos de: Arquivos do Departamento Estadual de Saúde. Vol. 6. 1945, p. 241. (AHRGS). Anuário Demográfico do Rio Grande do Sul (1946-1949). Departamento Estadual de Estatística do Rio Grande do Sul. Viamão: Of. Gráficas da Liv. Anchieta, 1949.

De outro modo, os intervalos de decréscimo na taxa de mortalidade foram observados entre os anos de 1938 e 1939 oscilando, positivamente, de 132,9 para 80,6, e no triênio 1941-1943, no qual se observou nova melhora, passando de 131,6, no primeiro ano, para 111,7, no último. Deste modo, comparando-se os pontos inicial e final da série, o Rio Grande do Sul saiu de uma taxa de mortalidade de 109,09, em 1937, para uma de 111,7, em 1943, o que caracterizaria uma piora no índice de mortalidade infantil. Entretanto, ainda que com desfecho negativo, em perspectiva, a série analisada apontou para uma tendência de oscilação positiva, ou seja, decréscimo da taxa de mortalidade³⁴⁵.

Outro aspecto que pode ser mencionado se relaciona ao percentual de óbitos de menores de 1 ano, sobre nascimentos, e ao percentual de óbitos de menores de 1 ano sobre óbitos gerais. Com base na tabela se observa que, no primeiro quesito, a proporção esteve próxima de um décimo, no período. Por outro lado, no segundo, a relação se manteve em aproximadamente um quarto. Assim, se depreende que a taxa de mortalidade se mostrava consideravelmente mais expressiva, no recorte etário estabelecido, na subsequência ao nascimento. Ou seja, o risco de morte se apresentava maior após o nascimento, para as crianças. Este fato sugere uma série de questões que podem ser levantadas em pesquisas posteriores, pois indica a deficiência no acompanhamento e auxílio médico pós-parto, além das condições socioeconômicas dos indivíduos.

Diante disso, embora os índices de mortalidade infantil tenham sido superiores no fim do conjunto a tendência, ainda que modesta de melhora, se constitui como outra perspectiva que pode ser generalizada. A queda nos índices de mortalidade infantil demonstrou-se contínua, no Brasil, mas também na região Sul, desde a década de 1940³⁴⁶.

Por outro lado, embora a mortalidade infantil tenha sido considerada preocupante no Rio Grande do Sul, em números absolutos, manteve-se abaixo da média nacional e, inclusive, da região sudeste, que possivelmente dispunha de melhor aparelhamento de saúde. Entretanto, em que pese não seja possível a comparação ano a ano, o desenvolvimento da taxa de mortalidade no Rio Grande do Sul demonstrou, para os anos de 1938, 1940, e 1941, valores significativamente superiores em relação aos demais Estados da região Sul. De modo inverso,

³⁴⁵ Dados auferidos da Tabela 7, elaborada pelo autor, a partir de dados extraídos de: Arquivos do Departamento Estadual de Saúde. Vol. 6. 1945, p. 241. (AHRGS). Anuário Demográfico do Rio Grande do Sul (1946-1949). Departamento Estadual de Estatística do Rio Grande do Sul. Viamão: Of. Gráficas da Liv. Anchieta, 1949.

³⁴⁶ Evolução e perspectivas da mortalidade infantil no Brasil / IBGE, Departamento da População e Indicadores Sociais, Rio de Janeiro: IBGE, 1999. 45p.

para os anos de 1937, 1939, e 1943, os valores se demonstram substancialmente inferiores, o que sugere uma inconstância na taxa de mortalidade infantil³⁴⁷.

Nesse sentido, a partir de dados contidos no Anuário Demográfico do Rio Grande do Sul, se torna possível observar as principais causas de óbito, entre crianças abaixo de 1 ano de idade, entre 1941 e 1945.

Tabela 8 - Principais causas de óbito no Estado em menores de 1 ano (1941-1945)

Causas de óbito abaixo de 1 ano	1941	1942	1943	1944	1945
Diarreia e enterite (abaixo de 2 anos)	3.099	3.416	3.012	2.282	2.657
Debilidade congênita, vícios de conformação congênitos, nascimento prematureo	2.103	2.318	2.502	2.084	2.378
Broncopneumonia (inclusive bronquite capilar)	847	955	762	764	882
Pneumonia não especificada (inclusive congestão pulmonar aguda)	145	139	150	162	222
Doenças do coração	81	63	81	118	214
Total:	6.275	6.891	6.507	5.410	6.153

Fonte: Anuário Demográfico do Rio Grande do Sul (1946-1949). Departamento Estadual de Estatística do Rio Grande do Sul. Viamão: Of. Gráficas da Liv. Anchieta, 1949. p. 128.

Conforme se observa acima, as 5 principais causas de óbitos, no recorte estabelecido, foram: diarreia e enterite (abaixo de 2 anos), debilidade congênita, vícios de conformação congênitos, nascimento prematuro, broncopneumonia (inclusive bronquite capilar), pneumonia não especificada (inclusive congestão pulmonar aguda), e doenças do coração. Outro elemento consiste no fato de que as principais causas de óbito, em menores de 1 ano de idade, mantiveram-se constantes, em suas proporções. Ao mesmo tempo, que a diarreia e enterite (abaixo de 2 anos), e debilidade congênita, vícios de conformação congênitos, nascimento prematuro, se apresentaram como as responsáveis significativas pelos óbitos, com valores notadamente acima das demais.

Por conseguinte, a partir da tabela abaixo, se pode obter uma perspectiva sobre as causas de óbito, no Estado, e que contemplam todas as idades. Os dados são do Departamento Estadual

³⁴⁷ IBGE. Evolução e perspectivas da mortalidade infantil no Brasil. Departamento da População e Indicadores Sociais, - Rio de Janeiro: IBGE, 1999, p. 20/41.

de Saúde, e se referem ao período entre 1940 e 1943. Assim sendo, as doenças que ocasionaram o maior número de mortes, em todas as idades e sexo, no período selecionado foram, respectivamente, diarreia e enterite, tuberculose, doenças do coração, debilidade congênita, pneumonias e broncopneumonias e câncer (incluídos outros tumores malignos).

Tabela 9 – Seis principais causas de óbito no Estado (1940-1943)

Causas de óbito	1940	1941	1942	1943	Total
Diarreia e enterite	2.220	4.019	4.539	4.180	14.958
Tuberculose	2.951	3.147	3.146	3.167	12.411
Doenças do coração	2.600	2.777	2.791	2.607	10.775
Debilidade congênita	1.794	2.146	2.379	2.570	8.889
Pneumonias e Broncopneumonias	1.444	1.570	1.821	1.561	6.396
Câncer	1.078	1.155	1.202	1.241	4.676
Total:	12.087	14.814	15.878	15.326	58.105

Fonte: Elaborado pelo autor a partir de: **Arquivos do Departamento Estadual de Saúde**. Vol. 6.

1945, p. 237-238. (AHRGS).

Dessa forma, se observa que as causas de óbito, entre todas as idades, se mantiveram constantes em seus números totais durante o período. Apenas no ano de 1940 a posição foi invertida, tendo como maior causa de mortes a tuberculose, seguida por doenças do coração, e diarreia e enterite. De outro modo, faz-se necessário sublinhar a correspondência entre as principais causas de óbito entre menores de 1 ano e as causas para todas as idades.

Em linhas gerais, este dado pode sugerir que os menores de 1 ano seriam os acometidos de modo mais severo pelas doenças que representavam as maiores causas de óbito no grupo geral. Ou seja, a partir disso se pode inferir que os menores de 1 ano, no Estado, compunham o grupo etário mais vulnerável do ponto de vista da saúde, característica que se soma à análise da tabela anterior, no qual constam o percentual de óbitos de menores de 1 ano, sobre nascimentos, e ao percentual de óbitos de menores de 1 ano, sobre óbitos gerais.

Nesse sentido, Korndörfer (2013, p. 168-169) analisou as transformações institucionais ocorridas na saúde pública no Estado entre as três primeiras décadas do século XX. Ao mesmo tempo, discutiu as mazelas que, de certo modo, impeliram nova organização da saúde pública, sobretudo nas duas primeiras décadas. Diante disso, apontou que:

As doenças que apareciam com frequência nos Relatórios da Diretoria de Higiene e que preocupavam o governo estadual gaúcho eram a varíola, a tuberculose, a febre tifoide, a difteria, a peste, a disenteria, a coqueluche, o sarampão, a escarlatina e a sífilis. A tuberculose era considerada o flagelo do período, merecendo atenção especial em praticamente todos os relatórios no período analisado, assim como os altos índices da mortalidade infantil no estado (Korndörfer, 2013, p. 169).

Por sua vez, a dissertação de Alves (2011) analisou as inovações da saúde pública no Estado, para o período seguinte, entre 1928 e 1945. Ao tratar sobre a profilaxia e o combate às doenças contagiosas, esboçou um cenário semelhante, e identificou a febre tifoide, lepra, tuberculose, peste, varíola, difteria, entre outras enfermidades, que persistiam durante as décadas de 1930 e 1940, como “basicamente as mesmas que grassaram no estado por todo o período da República Velha” (Alves, 2011, p. 141).

Diante disso, de acordo com o panorama apresentado, se denota que o padrão das enfermidades que atingiram a população não sofreu alterações expressivas durante um período significativo, que se referiu a praticamente quatro décadas. Moléstias como tuberculose, febre tifoide, difteria, pneumonias, peste, disenteria, coqueluche, sarampo, sífilis, entre outras, estiveram presentes durante toda a Primeira República, no Rio Grande do Sul, e persistiram durante o recorte desta pesquisa (1937-1945). A mortalidade infantil, do mesmo modo, foi uma infeliz coincidência, pois manteve-se, mesmo que em queda, durante o período.

Cumprе ressaltar que a discriminação das doenças que resultaram no maior número de óbitos, para o período 1937-1945, no Estado, contempla perfis socioeconômicos, de nacionalidade, idade, estado civil, recortes urbano e rural, etc., trazendo inúmeras informações, porém, a distinção de gênero foi notoriamente sonogada³⁴⁸. Entretanto, para o período subsequente, relativo aos de 1946 a 1948, se torna possível o arranjo de alguns dados com distinção de sexo, como se observa a seguir:

Tabela 10 - Cinco principais causas de óbito no Estado por sexo (1946-1948)

Causas de óbito	1946		1947		1948	
	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino
Doenças do coração	2.092	1.657	2.379	1.783	2.214	1.719
Tuberculose do aparelho respiratório	1.649	1.494	1.598	1.313	1.516	1.310
Diarreia e enterite (abaixo de 2 anos)	1.336	1.269	1.330	1.120	1.429	1.316
Debilidade congênita, vícios de conformação congênitos, nascimento prematuro	1.248	1.015	1.193	979	995	782

³⁴⁸ Anuário Demográfico do Rio Grande do Sul (1946-1949). Departamento Estadual de Estatística do Rio Grande do Sul. Viamão: Of. Gráficas da Liv. Anchieta, 1949. p. 93.

Broncopneumonia (inclusive bronquite capilar)	689	621	713	581	749	700
Total por sexo:	7.014	6.056	7.213	5.776	6.903	5.827
Total geral:	13.070		12.989		12.730	

Fonte: Anuário Demográfico do Rio Grande do Sul (1946-1949). Departamento Estadual de Estatística do Rio Grande do Sul. Viamão: Of. Gráficas da Liv. Anchieta, 1949. p.97/99/101.

Assim sendo, partindo da tabela acima, se constata que os homens foram os que, em maior número, vieram à óbito em decorrência das doenças especificadas. Ao mesmo tempo, que os valores se apresentaram superiores, em relação às mulheres, em todas as causas de óbito durante o recorte estabelecido. Por fim, comparando-se as tabelas acima, em seus termos e valores, se constata que entre os anos de 1937 e 1948, as causas de morte mantiveram-se semelhantes no seu conjunto, apenas variando nas posições.

Diarreia e enterite, tuberculose, doenças do coração, debilidades congênitas e broncopneumonias representaram as doenças que levaram ao óbito o maior número de indivíduos no Estado. Proporcionalmente, neste conjunto, o grupo de crianças menores de 1 ano de idade foi aquele que exibiu a maior ocorrência de óbitos, ao menos, entre 1941 e 1945, de acordo com os dados apresentados.

Sendo assim, nesta seção procurei apresentar um panorama sobre a saúde de mulheres e crianças no Estado. Conforme pôde ser observado, a deficiência na construção estatística entre as décadas de 1930 e 1940, não apenas no Rio Grande do Sul, mas no Brasil, demonstraram-se evidentes. No entanto, considero que através do exposto se possa ter percebido as doenças que observaram recorrência em âmbito nacional e estadual, assim como as enfermidades que levaram ao óbito o maior contingente de indivíduos.

Por seu turno, como a faixa etária abaixo de 1 ano de idade foi aquela na qual as consequências foram sentidas de modo mais acentuado, caracterizando-se como o grupo mais suscetível em relação as enfermidades. No que se referiu às mulheres, foram poucas as evidências que permitiriam quaisquer inferências assentadas em cruzamento de dados, contando apenas com dados de óbitos, entre 1946 e 1948, por doenças.

Em relação às principais causas de óbito, geral e em menores de 1 ano de idade, faz-se importante sublinhar que se mantiveram as mesmas durante todo o período entre os anos de 1941 e 1948. Esta situação permite avaliar em que medida as ações em saúde foram eficazes

ou, até mesmo, realizadas, nas proporções em que a mortalidade pelo conjunto das 5 principais causas de óbito no Estado requeria.

Neste aspecto, se denota a intensa incidência de enfermidades como diarreias e enterites, por exemplo, causadas devido a inserção dos indivíduos em ambientes nos quais condições básicas de saneamento, de um ponto de vista estrutural, mas também de manejo individual, no que dizia a práticas de higiene pessoal e preparação e conservação de alimentos, não eram observadas. Ao mesmo tempo, foi possível verificar como estas condições gerais de saúde pública interferiam acentuadamente, sobretudo, na saúde de crianças menores de 1 ano de idade. Neste ponto, abre-se uma perspectiva de análise para investigar as relações de causalidade entre condições de vulnerabilidade socioeconômica – pobreza -, e a incidência e persistência de determinadas enfermidades em grupos de indivíduos, durante as décadas de 1930 e 1940, no Rio Grande do Sul.

Dessa forma, na seção a seguir, avanço na análise para identificar a atuação do Departamento Estadual de Saúde no que se referiu a execução de políticas públicas de saúde para mulheres e crianças no Rio Grande do Sul.

4.2 Saúde pública para a mulher e a criança no Estado

Em complemento à seção anterior, parto do contexto organizacional estabelecido através do Decreto Estadual Nº 7.481, de 14 de setembro de 1938, que reorganizou os serviços de higiene e saúde pública do Estado do Rio Grande do Sul. Nesse sentido, como informado por Alves (2011, p. 111), “em 14 de setembro de 1938, foi decretada a criação do Departamento Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul (DES), órgão responsável pela administração, coordenação e execução de todas as atividades relativas à saúde pública”³⁴⁹.

Assim sendo, Brum (2013, p. 157) demonstrou em tabela progressões de receita geral e do orçamento para a saúde, entre 1937 e 1945³⁵⁰. Os números apresentados apontam para uma tendência geral de crescimento, do orçamento para a saúde, em relação a receita geral. Este fato sinaliza uma perspectiva de incremento anual de gastos do Estado, proporcionalmente, em relação a receita geral. No entanto, faz-se necessário denotar que o autor discriminou estimativas de gastos com saúde, e não gastos efetuados, como apresentado na tabela.

³⁴⁹ Para perspectivas sobre o assunto ver: Cristiano Enrique de Brum (2013) e Gabrielle Werenicz Alves (2011; 2015).

³⁵⁰ Conforme indica Brum (2013, p. 157), o orçamento para a saúde teve seu ponto mínimo em 1,73% da receita geral, em 1937, alcançando a máxima de 4,56%, em 1941, e encerrando a série apresentada, no ano de 1943, com um orçamento de 3,85% da receita geral para a saúde.

Tendo isso em vista, a partir de relatório do Departamento Estadual de Estatística para o Governador Walter Jobim, em 1947, é possível identificar os percentuais de despesas em saúde pública efetuadas pelo Estado, entre 1937 e 1945, em relação às receitas arrecadadas. Como estratégia metodológica, realizei a distinção entre os gastos efetuados na maior rubrica, serviços industriais, na menor, exação e fiscalização financeira, e em educação e saúde pública. Entendo que isso possibilite perceber a proporção dos gastos em saúde, comparativamente.

Tabela 11 - Percentuais de despesas efetuadas e receitas arrecadadas (1937-1945)

Ano	Despesas do Estado em %					
	Serviços industriais	Exação e fiscalização financeira	Educação pública	Saúde Pública	Despesas efetuadas	Receitas arrecadadas
1937	35.88	2.63	7.10	2.22	265.613.700	262.880.161
1938	37.34	2.31	6.41	3.17	317.103.601	287.077.259
1939	36.84	2.61	8.98	4.74	323.365.314	328.065.662
1940	33.15	2.53	10.88	4.31	365.663.521	340.601.087
1941	30.68	2.75	8.67	4.65	384.736.003	349.736.077
1942	35.45	2.81	7.80	3.75	465.206.039	433.267.977
1943	38.68	2.82	7.43	3.82	504.716.128	520.188.198
1944	38.23	1.99	7.31	3.84	579.067.091	617.497.547
1945	35.12	1.69	7.86	3.50	828.440.097	731.314.258

Fonte: Elaborado pelo autor a partir de: **Aspectos demográficos, econômicos e sociais do Rio**

Grande do Sul: vistos através da estatística. Porto Alegre: Livraria do Globo, 1947, p.34-36. E, Relatório Apresentado ao Exmo. Sr. General C. de Farias Interventor Federal no Estado, pelo Dr. Oscar C. da Fontoura Secretário da Fazenda, relativo ao quinquênio 1938/1942. Secretaria de Estado dos Negócios da Fazenda do Rio Grande do Sul. Porto Alegre: Oficina Gráfica da Imprensa Oficial, 1943.

Com base na tabela, e de acordo com as despesas efetuadas, se observa que a rubrica serviços industriais foi o setor no qual houve a maior alocação de recursos por parte do Estado orbitando, via de regra, sempre acima de 1/3 das despesas³⁵¹. Por sua vez, em exercício comparativo, se identifica que a despesa com saúde pública representou, na maior parte das vezes, uma ordem inferior a 50% do efetuado em educação pública. Situação diversa se identificou nos anos de 1939, 1941, 1943 e 1944, nos quais a despesa com saúde pública representou uma pequena variação acima de 50% do efetuado com a educação. Ou seja, ao menos na ordem orçamentária, a educação deteve prioridade em relação a saúde pública no período.

³⁵¹ O documento não explicita a definição de “serviços industriais”, mas conforme o conjunto textual provavelmente refere-se a incentivos e investimentos no parque industrial do Estado. **Aspectos demográficos, econômicos e sociais do Rio Grande do Sul:** vistos através da estatística. Porto Alegre: Livraria do Globo, 1947, p.6.

Ainda com base na tabela acima, se depreende que no intervalo entre 1937 e 1945, o gasto do Estado com saúde pública se manteve abaixo de 5% dos gastos totais gerais do Estado. Nesse quesito, o período entre 1937 e 1938 representou o intervalo com menor gasto proporcional em saúde pública em relação aos gastos totais, e os anos de 1939 e 1941, aqueles nos quais a despesa com saúde pública representou os maiores gastos proporcionais em relação aos gastos gerais.

Nesse sentido, retomando as investigações de Brum (2013, p. 157), e realizando a equação entre o orçamento para a saúde que o autor apresenta, entre 1937 e 1943, e as despesas efetuadas, chegou-se aos seguintes percentuais de exercício orçamentário, ou seja, o que foi investido, de fato, em saúde:

Tabela 12 - Orçamento previsto e despesas efetuadas em saúde no Estado (1937-1943)

Ano	Orçamento previsto	Despesas efetuadas	Resultado
1937	4.540.393	5.885.180	129.62%
1938	4.977.860	10.060.922	202.11%
1939	12.998.050	15.336.810	117.99%
1940	13.697.860	15.759.395	115.05%
1941	15.954.336	17.874.663	112.04%
1942	17.998.034	17.429.869	96.84%
1943	19.425.456	19.257.240	99.13%

Fonte: elaborado pelo autor a partir de: **Aspectos demográficos, econômicos e sociais do Rio Grande do Sul**: vistos através da estatística. Porto Alegre: Livraria do Globo, 1947. p.34-35. e Brum (2013, p. 157). E, Relatório Apresentado ao Exmo. Sr. General C. de Farias Interventor Federal no Estado, pelo Dr. Oscar C. da Fontoura Secretário da Fazenda, relativo ao quinquênio 1938/1942. Secretaria de Estado dos Negócios da Fazenda do Rio Grande do Sul. Porto Alegre: Oficina Gráfica da Imprensa Oficial, 1943.

Diante disso, o cruzamento de dados evidenciou que durante os 5 primeiros anos do novo regime, o Estado exerceu despesas acima do orçamento para a saúde. Neste recorte, o ano de 1938 registrou o percentual mais significativo, figurando acima dos 200% orçados. Convém denotar que este foi o ano no qual ocorreu a criação do Departamento Estadual de Saúde, processo que ocasionou a reorganização dos serviços de saúde no Estado (Alves, 2011; 2015), (Brum, 2013), fato que pode ter desempenhado alguma interferência orçamentária.

Em contrapartida, após um quinquênio de alta, nos dois últimos anos, 1942 e 1943, os números foram inferiores, representado despesas abaixo do orçamento previsto, o que, como será possível observar posteriormente, resultou em impactos na prestação de serviços. Ressalte-se que a situação apresentada pelas despesas em saúde pública, em linhas gerais, coadunou-se

com o cenário financeiro do Rio Grande do Sul, neste período, que operou basicamente em déficit, ainda que com receitas crescentes³⁵².

Deste modo, o perfil da execução orçamentária apresentada sugere uma tendência de investimentos em saúde pública. Todavia, uma qualificação sobre o impacto deste exercício na estrutura material dos serviços de saúde requer estudos mais detalhados, embora tenha havido aumento no número de Centros de Saúde, Postos de Higiene e em pessoal técnico, proporcionalmente ao próprio pessoal do Departamento Estadual de Saúde, no período (Alves, 2011, p. 118).

Nesse sentido, torna-se oportuno recordar, por exemplo, que as 5 principais causas de óbitos por doenças, no Rio Grande do Sul, mantiveram-se as mesmas durante o recorte temporal analisado. Esta ponderação foi realizada pelo próprio Osvaldo Cordeiro de Farias, chefe do Executivo, em relatório sobre a situação da saúde pública em sua interventoria:

Pingues, ou mesmo impressionantes, podem parecer as verbas destinadas a estes problemas, quando postas em cotejo com as encontradas. Minguadas se tornam, porém, se postas em face da magnitude do que resta a corrigir e executar. Desde logo, os problemas de engenharia sanitária, de abastecimento de águas saudáveis e de instalações de esgotos aos maiores centros urbanos, são de molde a absorver as possibilidades financeiras do Rio Grande por prolongados lustros. **Relatório de governo** do Interventor Osvaldo Cordeiro de Farias à Getúlio Vargas (1943, p. 45).

A partir dessa perspectiva, entendo que se possa prosseguir na investigação da arquitetura institucional que contemplou a saúde de mulheres e crianças. Nas linhas acima, procurei demonstrar as doenças que assolaram a população, de modo recorrente e, em especial, as crianças. Da mesma forma, busquei demonstrar que houve uma disposição de investimento em saúde, no período, tendo o Estado despendido, inclusive, acima do orçamento previsto, na maior parte dos anos. Diante disso, suponho que, avaliando a estrutura estabelecida e comparando-a com os serviços prestados, no que se referiu a assistência médico-social de mulheres e crianças, se possa recolher uma perspectiva das políticas públicas em movimento, no recorte espaço-temporal que proponho.

Por esse ângulo, como referido, as pesquisas de Korndörfer (2013), Alves (2011; 2015) e Brum (2013) permitem acompanhar as mudanças ocorridas, institucionalmente, na gestão da saúde pública do Estado, entre as décadas de 1920, 1930 e 1940, respectivamente. Em específico, as duas últimas investigações analisaram o contexto de promulgação do Decreto

³⁵² No recorte entre 1937 e 1945 os únicos anos que as finanças do Estado observaram superávit orçamentário foram 1939, 1943 e 1944. **Aspectos demográficos, econômicos e sociais do Rio Grande do Sul**: vistos através da estatística. Porto Alegre: Livraria do Globo, 1947. p.35.

Estadual Nº 7.481, de 14 de setembro de 1938, que foi o instrumento jurídico-político para a reorganização dos serviços de higiene e saúde pública no Estado do Rio Grande do Sul³⁵³, processo que fora conduzido pelo sanitarista José Bonifácio Paranhos da Costa com o intuito de estabelecer determinados parâmetros institucionais, em relação a normativas do governo federal, no que se referiu à saúde pública (Brum, 2013).

Diante disso, prossigo a partir desse contexto no qual foi demarcada a criação do Departamento Estadual de Saúde no Rio Grande do Sul e, com isso, um novo organograma institucional que organizou as ações através do sistema distrital de unidades sanitárias³⁵⁴. Ao mesmo tempo, obedecendo o delineamento de meu objeto de pesquisa, deter-me-ei em dois ramos deste organograma, responsáveis por executar os serviços de assistência médico-social e de alimentação de infantis, adolescentes e adultos. Nesse sentido, sobre a assistência médico-social, Alves (2011, p. 121) observa que:

O Regulamento do DES estabelece que era finalidade da Assistência Médico-Social “prestar assistência gratuita aos que dela tiverem necessidade”. Além disso, deveria também coordenar e auxiliar as instituições que realizavam esta atividade, como hospitais de caridade, sanatórios, maternidades, hospitais regionais, casa de saúde, asilos e creches, fossem elas públicas ou privadas. No caso das instituições particulares, para receber algum tipo de subvenção, estas deveriam se submeter às orientações técnicas do DES.

Tendo isso em vista, a intenção do exercício a seguir se refere, em primeiro lugar, em demonstrar a arquitetura institucional que executaria e coordenaria as demandas e, logo após, trazer à análise um conjunto de dados sobre alguns dos serviços prestados, de fato, pelas instituições no Estado. Observo que, de acordo com o Regulamento supracitado, o Departamento Estadual de Saúde atuava concomitantemente prestando assistência gratuita aos necessitados e coordenando e fiscalizando as instituições particulares que prestariam serviços de assistência médico-social.

Nesse sentido, a figura 1 auxilia no entendimento da organização dos serviços do Departamento Estadual de Saúde, que atuava em dois grandes ramos gerais, sendo um de saúde, e outro, de assistência médico-social³⁵⁵.

No organograma, a seção de “desajustamento da saúde” se expandia em uma rede nosocomial que suportava hospitais, leprocômios, manicômios, maternidades e outros tipos de

³⁵³ Conforme Alves (2011, p. 112): “Regulamento do Departamento Estadual de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul, apesar do nome, apresenta minuciosamente não apenas os serviços a serem prestados por este Departamento, sua estrutura e suas funções, mas também trata em detalhes sobre as normas sanitárias a serem seguidas pela população”.

³⁵⁴ Ver Alves (2011, p. 113-114).

³⁵⁵ Versões alternativas a este organograma encontram-se em Alves (2011, p. 114) e Brum (2013, p. 150).

locais que abrigariam acometidos por câncer, cegueira, mudez, surdez, doenças crônicas e invalidez³⁵⁶. Por sua vez, a seção de assistência médico-social abrigava a seção de assistência preventiva/defesa social, que suportava a rede de Centros de Saúde, Postos de Higiene, os Preventórios, as Vilas Infantis, os Parques Infantis, as Colônias de Férias e o Instituto de Biopsicologia infantil³⁵⁷.

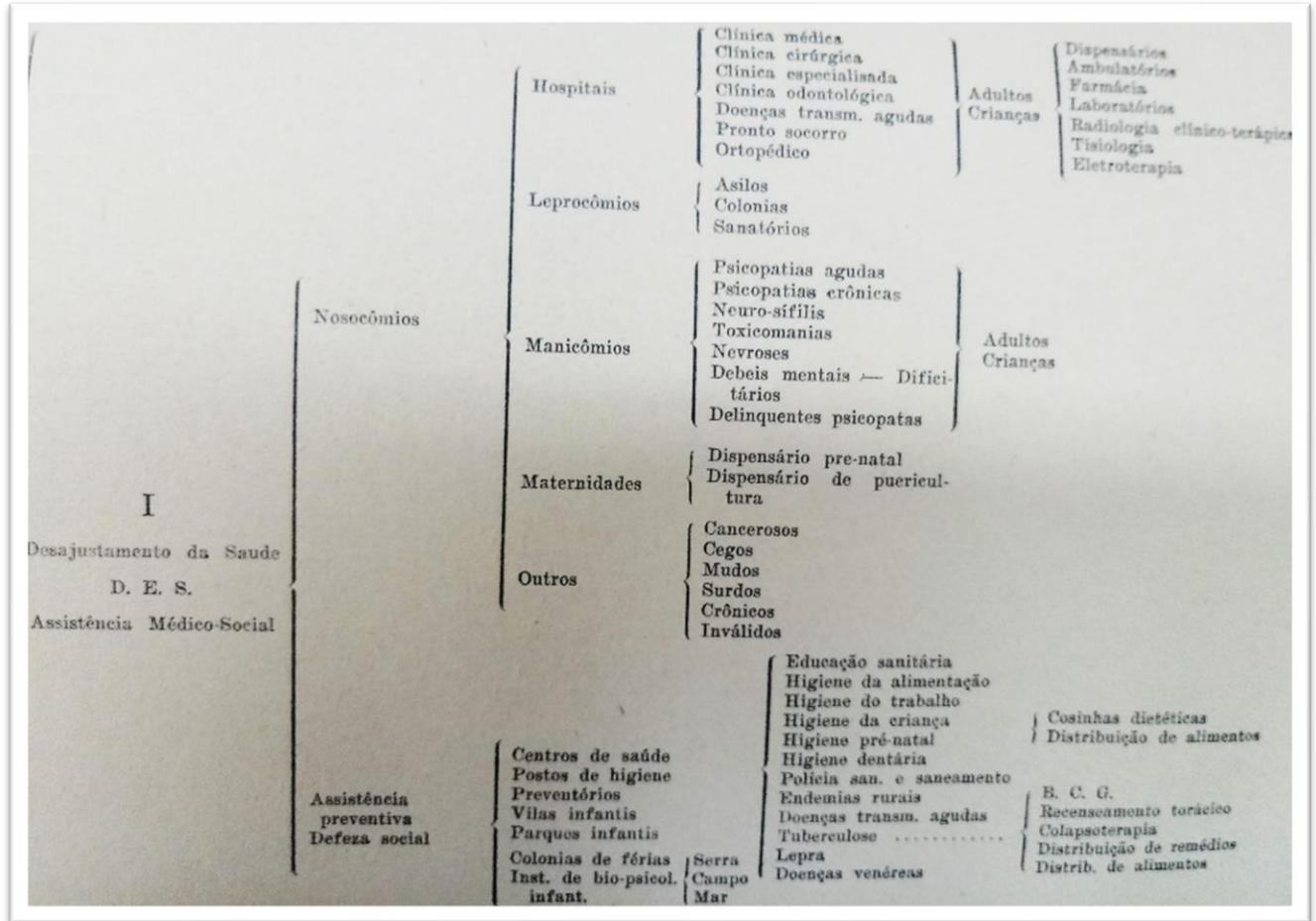
Ao mesmo tempo, sublinhando a gravidade da tuberculose como doença que exercia altas taxas de mortalidade, aos Postos de Higiene competiriam os serviços de vacinação com a B.C.G., recenseamento torácico, colapsoterapia, o fornecimento de remédios e, também, o socorro alimentar. De acordo com o que foi analisado até aqui, estes serviços estavam voltados a dois grandes temas da saúde pública no Estado: a mortalidade infantil e a alarmante subnutrição e desnutrição das crianças³⁵⁸.

³⁵⁶ Que prestariam os serviços de clínica médica, cirúrgica, especializada, odontológica, serviço de doenças transmissíveis agudas, serviço de pronto socorro e ortopedia, serviços de dispensários, ambulatórios, farmácia, laboratórios, radiologia clínico-terápica, fisiologia e eletroterapia, serviços de dispensário pré-natal e dispensário de puericultura. Arquivos do Departamento Estadual de Saúde. **Relatórios e pareceres**. Vol. I, 1940, p. 212-214. (AHRGS).

³⁵⁷ Que ofereceriam os serviços de educação sanitária, higiene da alimentação, higiene do trabalho, higiene da criança, pré-natal e dentária, polícia sanitária e saneamento, endemias rurais, doenças transmissíveis agudas, tuberculose, lepra e doenças venéreas, cozinhas dietéticas e distribuição de alimentos. Arquivos do Departamento Estadual de Saúde. **Relatórios e pareceres**. Vol. I, 1940, p. 212-214. (AHRGS).

³⁵⁸ Arquivos do Departamento Estadual de Saúde. **Relatórios e pareceres**. Vol. I, 1940, p. 212-214. (AHRGS).

Figura 1: Tipos de instituições públicas e particulares de serviço social (Atuação do D.E.S.)



Fonte: Arquivos do Departamento Estadual de Saúde. **Relatórios e pareceres**. Vol. I, 1940, p. 212-214. (AHRGS).

Cabe ressaltar que esta organização se demonstrava a ideal, em caso de pleno funcionamento das atividades. No entanto, é possível supor que, em maior ou menor intensidade, este organograma corresponde ao programa geral de saúde que deveria ser executado por instituições públicas e particulares sob a coordenação e fiscalização do Departamento Estadual de Saúde, após a reforma no sistema de saúde ocorrida em 1938. Deste modo, tendo em vista a organização das instituições públicas e particulares que realizariam a assistência médico-social, faz-se proveitoso a análise dos serviços prestados.

Em primeiro lugar, convém sublinhar o fato de que o registro dos serviços prestados, entre anos de 1937 e 1938, na documentação abordada, é deficitária e corresponde, em grande medida, à organização dos serviços pré-reforma de 1938. Isso significa que os Centros de Saúde

e os Postos de Higiene não detinham a centralidade que adquiriram posteriormente, através dos serviços distritais.

De outro modo, a partir de 1939, com maior ocorrência a partir de 1940, os dados se apresentam em maior volume³⁵⁹. Outro aspecto a ser considerado é que o registro dos serviços prestados, em especial para 1937 e 1938, não distingue a assistência prestada pelo Estado daquela realizada por instituições particulares, embora ambas estivessem sob a denominação “assistência médico-social” e estivessem sob a tutela do Departamento Estadual de Saúde.³⁶⁰

Isso posto, de acordo com o Anuário Estatístico do Brasil³⁶¹, o Rio Grande do Sul contaria, em 1937, com 113 estabelecimentos de assistência hospitalar, que disporem de uma estrutura com 302 enfermarias, 1.710 quartos e 9.507 leitos, e que teriam atendido a 84.533 enfermos³⁶². Neste montante, haveria 85 hospitais e/ou casas de saúde, além de 18 enfermarias isoladas e 10 centros e postos de saúde³⁶³.

Dividindo-se estes estabelecimentos de acordo com a faixa etária dos enfermos, haveria 34 estabelecimentos para adultos, zero para crianças, 79 para adultos e crianças. Em relação ao gênero, o Estado disporia de 30 instituições voltadas ao atendimento do sexo masculino, duas para o feminino, e 81 para ambos os sexos, de um total de 113³⁶⁴. Nesse sentido, do ponto de vista da distribuição territorial dos serviços, o Estado contaria com 48 municípios que disporem de assistência médico-sanitária, de um total de 86 municípios à época, ou seja, ultrapassando os 50% das municipalidades com algum tipo de cobertura³⁶⁵.

³⁵⁹ De acordo com o relatório de atividades do Departamento Estadual de Saúde, em 1943, um “arquivo do serviço hospitalar”, sobre as condições dos estabelecimentos hospitalares no Estado, começou a ser organizado apenas em 1941. Ainda, na mesma época foi organizado um “arquivo do serviço assistencial”. Arquivos do Departamento Estadual de Saúde. **Relatórios e pareceres**. Vol. V e VI (1944-1945). (AHRGS).

³⁶⁰ Brum (2013, p. 116) explica que: “A expansão da rede de assistência médico-social através de instituições de vários tipos procurou atender a diferentes problemas que afetavam a população. Estas instituições públicas ou privadas, de confissão/coordenação religiosa ou não, (...), recebiam auxílio e deviam subordinação à Divisão de Assistência Médico-Social”.

³⁶¹ Conforme indicado, os dados foram retirados dos seguintes documentos: “Relatório da Diretoria Geral de Estatística, anos de 1915, 1922, 1927 e 1928/29; Anuário do Ministério da Educação e Saúde Pública. Ano I, volume I; Estatística das Instituições de Assistência a Enfermos com Internamento em 1930, da Diretoria Geral de Informações, Estatística e Divulgação, da Secretaria de Estado da Educação e Saúde Pública”. **Anuário Estatístico do Brasil, 1939/1940**. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, v.5, [1940], p. 1385.

³⁶² **Anuário Estatístico do Brasil, 1939/1940**. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, v.5, [1940], p. 586. Denoto que os dados para 1937 e 1938 devem ser avaliados como uma perspectiva aproximada, pois embora representando uma pequena parte das instituições, eventualmente, o envio de informações não ocorria.

³⁶³ **Anuário Estatístico do Brasil, 1939/1940**. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, v.5, [1940], p. 586.

³⁶⁴ **Anuário Estatístico do Brasil, 1939/1940**. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, v.5, [1940], p. 588.

³⁶⁵ **Anuário Estatístico do Brasil, 1939/1940**. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, v.5, [1940], p. 580. Importante destacar que a proporção estimada de 50% municípios que contariam com assistência médico-sanitária deve ser ponderada do ponto de vista, sobretudo, da efetividade dos serviços. Nesse sentido, devem ser postos em perspectiva a capacidade de atendimento e, do mesmo modo, os tipos de serviços oferecidos.

Prosseguindo, segundo as condições da assistência prestada, em 1937, 38 estabelecimentos prestariam assistência gratuita, enquanto 28 realizariam atendimentos mediante pagamento e, por sua vez, 47 prestariam assistência em ambas as modalidades. Destes, 81 operavam abertos ao público, embora pudessem, eventualmente, atuar mediante algum tipo de cobrança³⁶⁶. De acordo com a especialidade de assistência, 99 estabelecimentos atuavam como clínica médica geral, dois voltados a doenças tropicais, nenhum para o tratamento fisiológico (voltado a tuberculose), um que operava no tratamento sifilígrafo (sífilis), nenhum para leprologia, seis de atendimento neuropsiquiátrico, apenas um estabelecimento que prestava assistência ginecológica e obstétrica, além de três que prestavam assistência cirúrgica geral e nenhum voltado à pediatria³⁶⁷.

Os dados a seguir demonstram, de certo modo, a necessidade de ponderação dos serviços prestados, visto o número limitado de profissionais. Como se pode avaliar a partir dos dados acima, eram reduzidos os estabelecimentos, quando não nulos, que se voltavam à pediatria e, principalmente, à obstetrícia. Ao mesmo tempo, de acordo com os dados, não havia um estabelecimento hospitalar voltado à tuberculose, enfermidade com inúmeras implicações à época.

Sendo assim, em 1937, 67 estabelecimentos dispunham de corpo clínico com até dois funcionários, por sua vez, 21 que dispunham entre dois até cinco, 14 estabelecimentos contavam com mais de cinco até 10 profissionais. Ao mesmo tempo, três instituições contabilizavam entre 10 até o limite de 20 funcionários, enquanto três com mais de 20 até 30, e apenas um estabelecimento dispunha de um corpo clínico efetivo com mais de 50 profissionais da saúde³⁶⁸. Ou seja, a partir disso, se depreende que a maior parte dos estabelecimentos de assistência médico-social retratados dispunha de pessoal reduzido, entre dois até 10 profissionais, o que pode sugerir que sua capacidade de atendimento objetivo fosse, provavelmente, reduzida.

Caracterizando ainda mais os serviços, é possível avaliar as instituições de acordo com corpo de profissionais colaboradores. Estes eram os que prestavam suporte ao corpo clínico efetivo, ou seja, auxiliares dos serviços médicos e que não apresentavam, necessariamente, formação profissional na área da saúde. Dessa forma, em 1937, o Estado contabilizaria 87

³⁶⁶ **Anuário Estatístico do Brasil, 1939/1940**. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, v.5, [1940], p.590.

³⁶⁷ **Anuário Estatístico do Brasil, 1939/1940**. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, v.5, [1940], p. 592.

³⁶⁸ **Anuário Estatístico do Brasil, 1939/1940**. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, v.5, [1940], p. 612.

farmacêuticos, 32 dentistas, 23 internos (acadêmicos), 48 parteiras, 277 enfermeiros, 261 enfermeiras, 370 religiosas e 395 outros auxiliares³⁶⁹.

Avançando na caracterização dos serviços, se pode estimar o movimento geral de enfermos socorridos durante o ano de 1937. Nesse sentido, 47.421 indivíduos do sexo masculino teriam sido socorridos, ao passo que 37.112 pessoas do sexo feminino. Observe-se que estes números equivalem aos enfermos que receberam algum tipo de assistência, durante o referido ano, mas também que permaneciam do ano anterior, 1936³⁷⁰. Ao se estabelecer um recorte etário, chega-se ao número de 72.480 adultos e de 6.748 crianças que receberam algum tipo de assistência médico-social, o que representa um público infantil de menos de 10% em relação ao adulto³⁷¹.

Por fim, em relação às clínicas especializadas, observa-se um movimento distinto, com números mais amplos de profissionais e atendimentos especializados, principalmente em relação às crianças. Assim, em 1937, o Rio Grande do Sul contaria com 516 clínicas especializadas, sendo 212 de clínica geral, 140 de cirurgia (não especificados), 14 de dermatologia, 49 de oftalmo-laringologia, 16 de urologia, uma de fisiologia, 27 de pediatria e 24 de neuropsiquiatria³⁷².

No que se referiu às clínicas obstétricas, em 1937 o Estado contava com 103 estabelecimentos, porém, deste montante, apenas 40 forneceram dados para o Anuário, em uma desproporção diversa dos outros estabelecimentos. Nesse sentido, as 40 clínicas contabilizaram 3.765 partos ocorridos. Chama atenção a proporção de abortos, que alcançaram o número de 1.052, sem as causas especificadas³⁷³. Por seu turno, em relação as clínicas ginecológicas, que prestariam atendimento a enfermos, sem internamento, foram realizadas 6.395 assistências, ao passo que, em clínicas pediátricas, teriam sido atendidos 25.175 pacientes³⁷⁴. Neste recorte, ou seja, de instituições sem internamento, o quesito “clínica obstétrica” apareceu nulo. Nesse

³⁶⁹ **Anuário Estatístico do Brasil, 1939/1940**. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, v.5, [1940], p. 626.

³⁷⁰ **Anuário Estatístico do Brasil, 1939/1940**. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, v.5, [1940], p. 628.

³⁷¹ **Anuário Estatístico do Brasil, 1939/1940**. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, v.5, [1940], p. 632.

³⁷² **Anuário Estatístico do Brasil, 1939/1940**. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, v.5, [1940], p. 624. Obs.: 33 estabelecimentos estavam caracterizados como “outras clínicas” e não foram contabilizados.

³⁷³ **Anuário Estatístico do Brasil, 1939/1940**. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, v.5, [1940], p. 640.

³⁷⁴ **Anuário Estatístico do Brasil, 1939/1940**. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, v.5, [1940], p. 652.

sentido, se observa que a grande oferta de serviços visando a saúde da mulher e infantil ocorria em clínicas especializadas.

Continuando na caracterização dos serviços, chega-se ao ano de 1938, período em que ocorreu a mencionada reforma no sistema de saúde pública no Rio Grande do Sul. Nesse ínterim, o Estado possuía 119 estabelecimentos de assistência hospitalar, que dispunham de uma estrutura com 309 enfermarias, 1.696 quartos e 10.659 leitos, os quais teriam atendido a 90.305 enfermos³⁷⁵. Estes indicadores posicionavam o Rio Grande do Sul entre os cinco maiores prestadores de assistência no Brasil, no período, ficando atrás apenas de São Paulo e do Distrito Federal, e à frente de Minas Gerais e Pernambuco³⁷⁶.

Prosseguindo, neste período o Estado contava com 55 municípios que dispunham de assistência médico-sanitária sendo que, em 1938, o Rio Grande do Sul contabilizava 88 municípios³⁷⁷. Essa proporção indica um avanço na cobertura assistencial em relação a 1937, ultrapassando os 60% das municipalidades. Neste montante, foram contabilizados 79 hospitais e/ou casas de saúde, além de 40 enfermarias isoladas e 19 centros e/ou postos de saúde³⁷⁸.

Em relação à faixa etária do público-alvo, em 1938 havia 52 estabelecimentos para adultos e três para crianças, ao passo que 83 que atendiam tanto adultos quanto crianças. Por sua vez, caracterizando os atendimentos pelo gênero do público, dispunha-se de 52 estabelecimentos voltados ao sexo masculino, um para o feminino e, por outro lado, 85 que forneciam atendimento a ambos os sexos, de um total de 138³⁷⁹.

Segundo as condições de assistência prestada, neste mesmo ano, 66 estabelecimentos prestavam assistência gratuita, enquanto 19 realizam atendimentos mediante pagamento e, por sua vez, 53 prestavam assistência em ambas as modalidades. Deste montante, 84 operavam abertos ao público³⁸⁰. Neste ponto, se denota um aumento na oferta, em relação a 1937, no que se referiu ao atendimento aberto ao público e gratuito, o que pode estar ligado à expansão dos serviços públicos. De acordo com a especialidade de assistência, em 1938, havia 123 estabelecimentos voltados para clínica médica geral, dois para doenças tropicais, nenhum para

³⁷⁵ Os números devem ser tomados aproximadamente, pois foi recorrente a falta de informações por parte das instituições.

³⁷⁶ **Anuário Estatístico do Brasil, 1939/1940**. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, v.5, [1940], p. 1386-1387.

³⁷⁷ **Anuário Estatístico do Brasil, 1939/1940**. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, v.5, [1940], p. 580.

³⁷⁸ **Anuário Estatístico do Brasil, 1939/1940**. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, v.5, [1940], p. 586.

³⁷⁹ **Anuário Estatístico do Brasil, 1939/1940**. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, v.5, [1940], p. 588.

³⁸⁰ **Anuário Estatístico do Brasil, 1939/1940**. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, v.5, [1940], p. 590.

tisiologia (tuberculose), quatro para atendimento sífilígrafo (sífilis), nenhum para leprologia, cinco de atendimento neuropsiquiátrico, nenhum estabelecimento que prestava assistência ginecológica e obstétrica, além de três que prestavam assistência cirúrgica geral e apenas um voltado à pediatria³⁸¹.

De uma perspectiva comparada em relação à 1937, permanece a necessidade de ponderação sobre o alcance dos serviços prestados, visto que, embora os números se demonstrem em ampliação, se tomados em conjunto com outras variáveis como aumento populacional, orçamento e despesa, ainda assim podem ser discutidos. Em relação ao ano anterior, em 1938 houve uma inversão, pois não fora detectado, ao menos pela documentação analisada, algum estabelecimento que prestasse serviços ginecológicos e/ou obstétricos, ao passo que em 1937 não fora identificado estabelecimento que atendesse à pediatria e, em 1938, este número cresceu para um. Por outro lado, foi identificada a expansão dos serviços voltados ao público e que prescindiam de quaisquer retornos financeiros.

Sendo assim, em 1938, foram identificados 94 estabelecimentos que dispunham de um corpo clínico com até dois funcionários. Por sua vez, 21 que dispunham entre dois até cinco profissionais, e 11 estabelecimentos contariam com mais de cinco até 10 profissionais. Ao mesmo tempo, foram contabilizadas seis instituições com mais de 10 até o limite de 20 funcionários, enquanto dois estabelecimentos com mais de 20 até 30. Por conseguinte, apenas um com mais de 30 até 50 e, por fim, um estabelecimento que dispunha de um corpo clínico efetivo com mais de 50 profissionais da saúde³⁸².

Deste modo, percebe-se que os estabelecimentos com um número reduzido de profissionais permaneceram como uma constante. Nesse sentido, se por um lado essa característica aponta para uma generalização dos serviços, ou seja, menor quantidade de especialistas, permite a ideia de que tornaria maior o seu alcance, mesmo prestando serviços com menor complexidade, justamente por prescindir de profissionais com maior especialização.

Isso posto, de acordo com os profissionais colaboradores que prestavam suporte ao corpo clínico efetivo, ou seja, auxiliares dos serviços médicos, os números são os seguintes. Em 1938, o Estado contabilizava 81 farmacêuticos, 36 dentistas, 20 internos (acadêmicos), 49

³⁸¹ **Anuário Estatístico do Brasil, 1939/1940**. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, v.5, [1940], p. 592.

³⁸² **Anuário Estatístico do Brasil, 1939/1940**. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, v.5, [1940], p. 612.

parteiras, 334 enfermeiros, 267 enfermeiras, 391 religiosas e 285 outros auxiliares³⁸³. Cabe o destaque ao alto número de enfermeiras (os), religiosos (as) e outros auxiliares, os quais, de acordo com o apresentado, constituíam-se, assim como em 1937, no maior conjunto de prestadores de serviços.

Por sua vez, distinguindo os atendimentos pelo gênero dos enfermos socorridos, em 1938 foi prestada assistência a 50.571 indivíduos do sexo masculino, ao passo que 39.734 do sexo feminino³⁸⁴. Nesse sentido, a partir de um recorte etário, prestou-se assistência a 77.060 adultos e, no mesmo período, a 7.618 crianças, proporção que observou um pequeno aumento no atendimento infantil em relação ao adulto se comparado ao ano anterior.

Caracterizados os serviços de acordo as especialidades médicas praticadas, foi percebido um aumento expressivo no número de serviços clínicos gerais, um pequeno aumento nas clínicas pediátricas (2) e um aumento de 12 clínicas de atendimento neuropsiquiátrico. Sendo assim, em 1938, o Rio Grande do Sul contava com 581 clínicas especializadas, sendo 282 de clínica geral, 122 de cirurgiões (não especificados), 17 de dermatologistas, 49 de oftalmo-laringologia, 21 de urologia, duas de fisiologia, 29 de pediatria, e 36 de neuropsiquiatria³⁸⁵.

Em relação às clínicas obstétricas, em 1938 o Estado contabilizava 119 estabelecimentos, que registraram 3.766 partos ocorridos³⁸⁶. Assinalo que, assim como no ano anterior, a falta de informações impactou nos resultados, visto que do total, apenas 46 instituições compartilharam os seus dados³⁸⁷. Por seu turno, em relação as clínicas ginecológicas, que prestariam atendimento sem internamento, foram realizadas 9.239 assistências, e em clínicas pediátricas, 12.150³⁸⁸. Observa-se que novamente o registro de clínicas obstétricas foi nulo.

Diante disso, entendo que o panorama apresentado sirva como um esforço inicial para a compreensão do movimento das políticas públicas, através de parâmetros mais próximos da fidedignidade, nos anos iniciais do Estado Novo, no Rio Grande do Sul. As lacunas ainda

³⁸³ **Anuário Estatístico do Brasil, 1939/1940**. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, v.5, [1940], p. 626.

³⁸⁴ **Anuário Estatístico do Brasil, 1939/1940**. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, v.5, [1940], p. 628. Obs.: estes números equivalem aos enfermos que receberam algum tipo de assistência, durante o referido ano, mas também que permaneciam do ano anterior, 1937.

³⁸⁵ **Anuário Estatístico do Brasil, 1939/1940**. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, v.5, [1940], p. 624.

³⁸⁶ **Anuário Estatístico do Brasil, 1939/1940**. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, v.5, [1940], p. 640.

³⁸⁷ Desta vez, o número de abortos contabilizados totalizou 761, em redução flagrante ao ano anterior.

³⁸⁸ **Anuário Estatístico do Brasil, 1939/1940**. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, v.5, [1940], p. 652.

permanecem significativas e este trabalho se apresenta como um ponto de partida para investigações posteriores. Como salientado anteriormente, para o período subsequente, os dados encontram-se organizados de modo mais sistemático, sobretudo pelos órgãos de estatística do Estado, possibilitando um horizonte melhor configurado.

Dessa forma, observo que os dados que serão demonstrados a seguir correspondem a um estágio pós-reforma de 1938. Isso significa que o sistema de saúde no Estado estava regido pela lógica do sistema distrital, com determinadas localidades atendendo a certas regiões, e tendo os Centros de Saúde - locais com maior complexidade de atendimentos -, e os Postos de Higiene - com maior ramificação e menor complexidade -, como os principais estabelecimentos da saúde pública, em parceria com as instituições particulares, que operavam sob a anuência do Departamento Estadual de Saúde.

Assim sendo, prossigo na análise do registro dos serviços gerais no Estado, que se referem, de modo geral, aos anos entre 1939 e 1944, sendo que para alguns serviços prestados este recorte, eventualmente, apresenta lacunas. Os serviços analisados serão aqueles voltados prioritariamente ao objeto dessa pesquisa: Higiene da Criança, Pré-Natal, Higiene Dentária (crianças e gestantes) e Higiene Escolar.

Começarei este exercício com dados sobre o serviço de Higiene da Criança, nos períodos entre 1939 e 1940, e entre 1943 e 1944. Conforme explica Alves (2011, p.181), o serviço de higiene da criança “realizava assistência aos recém-nascidos e as mães, além da aplicação de vacinas”, que imunizavam contra tuberculose, difteria e varíola, (Brum, 2013, p. 210). Nesse sentido, supõe-se que o atendimento priorizaria a faixa etária de recém-nascidos até a de 2 anos de idade, pois a “Higiene Pré-Escolar”, como será observado, se caracterizava pelo atendimento da faixa etária entre 2 e 6 anos.

Como se denota a partir da tabela a seguir, em conjunto aos serviços citados, era realizado o acompanhamento das gestantes e, posteriormente, das mães e dos recém-nascidos pelas educadoras sanitárias. Em complemento ocorria a distribuição de alimentos a este mesmo público, finalizando um ciclo de acompanhamento que interligava a saúde infantil, a materna e o bem estar nutricional. Nesse sentido, de acordo com Bonifácio Costa, a intenção seria de executar uma medicina preventiva, evitando, assim, que problemas posteriores e evitáveis, ocorressem (Alves, 2011, p. 181). Desse modo, os atendimentos eram segmentados entre infantes (I), e pré-escolares (PE) e escolares (E), como se observa abaixo:

Tabela 13 - Serviços prestados no Estado – Higiene da criança (1939-1944)

Higiene da criança

	1939		1940		1943		1944		Total
	I	PE e E	I	PE e E	I	PE e E	I	PE e E	
Comparecimento para matrícula e primeiro exame	14.040	12.885	20.896	27.390	23.349	33.016	18.856	22.281	172.713
Comparecimento para reexame e consulta	23.092	13.221	59.184	46.270	104.206	111.461	85.799	75.611	518.844
Socorros de alimentos distribuídos	294.511		933.189		2.701.172		2.693.023		6.621.895
Visitas de Educadoras Sanitárias (inclusive infantes)		38.507		96.444		134.910		101.836	371.697
Total	331.643	64.613	1.013.269	170.104	2.828.727	279.387	2.797.678	199.728	7.685.149

Fonte: Elaborado pelo autor a partir de: Arquivos do Departamento Estadual de Saúde. **Relatórios e pareceres**. Vol. I, 1940, p. 223. (AHRGS). E, Departamento Estadual de Estatística do Rio Grande do Sul. **Anuário Estatístico do Estado**. 3º Vol. 1941, p. 12. E, Arquivos do Departamento Estadual de Saúde. **Relatórios e pareceres**. Vol. VI, 1945, p. 261. (AHRGS).

A partir da tabela, se observa que o atendimento aos infantes sofreu inconstâncias durante o período. Entre 1939 e 1940, houve um acréscimo de 6.856 atendimentos, ao passo que, no período entre 1943 e 1944, ocorreu um decréscimo de 4.493 atendimentos. Percentualmente, isso significou um aumento de 48.83% no primeiro biênio, mas, por sua vez, um decréscimo de 19.24% no segundo. Todavia, tomando-se a série em conjunto, o ano de 1944 demonstrou, em relação a 1939, um aumento de 34.30% nos atendimentos.

Em relação aos pré-escolares e escolares houve uma dinâmica semelhante. No biênio 1939-1940, houve um aumento de 14.505 atendimentos e, no intervalo 1943-1944, a diminuição na ordem 10.735 serviços prestados. Assim como no estrato dos infantes, a série terminou com desfecho positivo, apresentando, todavia, uma proporção ainda maior, com um aumento de 72.92% se compararmos 1944 a 1939. Em números totais, os pré-escolares e escolares foram o grupo com maior número de crianças assistidas, alcançando 95.572 atendimentos. Os infantes totalizaram 77.141 atendimentos.

Ainda de acordo com a tabela, requer atenção o alto percentual de comparecimento para reexame e consulta na categoria dos infantes, que demonstrou valores consideravelmente acima dos observados na categoria de pré-escolares e escolares, assim como crescentes em todo o período. Ao mesmo tempo, é digna de atenção a proporção alcançada no serviço de distribuição de alimentos. Conforme se apresentam os números, nos anos abordados, caracterizou-se como

a principal demanda do serviço de Higiene da Criança, o que lança luz sobre o problema da falta de alimentação e da subnutrição e desnutrição infantil no Estado.

Entre 1939 e 1940, houve um aumento de 216.86% na distribuição de alimentos, ao passo que entre 1943 e 1944, um pequeno decréscimo de 0.30%. Porém, se compararmos 1943 a 1940, houve um acréscimo de 189.46% no serviço. Nesse sentido, se verifica que o ano de 1944 apresentou números inferiores a 1943. Conforme a característica do serviço prestado, surgem duas possibilidades: a diminuição na oferta da assistência, visto que o número de visitas das educadoras também apresentou decréscimo; ou a demanda menor, o que poderia ser algo positivo, pois as famílias estariam prescindindo do auxílio alimentar.

Por fim, de acordo com a tabela, o serviço prestado pelas educadoras sanitárias obedeceu a dinâmica do serviço como um todo. Embora estejam destacadas na categoria pré-escolar e escolar, seus serviços eram estendidos aos infantes. Ou seja, além de contemplar a faixa etária de recém nascidos até jovens (escolares), seu atendimento alcançava também as mães. Esta característica demonstra a amplitude dos serviços das educadoras sanitárias.

Prosseguindo na análise dos serviços, apresentarei dados relativos ao serviço de Higiene Pré-Natal entre os anos de 1939 e 1940 e 1943 e 1944. De acordo com Alves (2011, p. 181), este serviço estaria incumbido de proceder assistência “às gestantes, encaminhamento destas aos outros dispensários ou a hospitais e maternidades, fiscalização e instrução de parteiras não formadas, distribuição de “pacotes obstétricos” com o fim de prevenir as infecções umbilicais dos recém-nascidos”. Nesse sentido, se percebe uma ação de complementariedade entre os serviços de Higiene da Criança e Pré-Natal, em um movimento de assistência da gestação até o a consolidação do indivíduo, principalmente pela distribuição alimentar.

Tabela 14 - Serviços prestados no Estado – Serviço pré-natal (1939-1944)

	Serviço pré-natal				Total
	1939	1940	1943	1944	
Comparecimento para matrícula e primeiro exame	4.811	8.471	9.393	8.388	31.063
Comparecimento para reexame ou consultas	11.231	20.797	27.579	23.029	82.636
Comparecimento para exame pós-natal	510	1.388	2.322	1.913	6.133
Gestantes cuja assistência foi permitida a parteiras	2.353	4.092	6.223	5.958	18.626

Pacotes obstétricos fornecidos		376	1.207	2.311	1.198	5.092
Comparecimentos de parteiras para instrução		1.766	2.613	3.438	2.327	10.144
Visitas de educadoras sanitárias		10.913	16.619	20.041	15.648	63.221
Total		31.960	55.187	71.307	58.461	216.915

Fonte: Elaborado pelo autor, a partir de: Arquivos do Departamento Estadual de Saúde. **Relatórios e pareceres**. Vol. I, 1940, p. 223. (AHRGS). E, Departamento Estadual de Estatística do Rio Grande do Sul. **Anuário Estatístico do Estado**. 3º Vol. 1941, p. 13. E, Arquivos do Departamento Estadual de Saúde. **Relatórios e pareceres**. Vol. V, 1944, p. 120-121 e Arquivos do Departamento Estadual de Saúde. **Relatórios e pareceres**. Vol. VI, 1945, p. 261. (AHRGS).

Como se pode observar na tabela acima, o serviço pré-natal exibiu variações semelhantes ao apresentado no serviço de higiene de criança. Demonstrou aumento na demanda de serviços entre 1939 e 1943 e um pequeno decréscimo, na ordem de 10.70%, no biênio 1943-1944, porém, finalizando a série com um aumento de 74.35% comparando 1939 a 1944.

Em linhas gerais, os valores de comparecimento para matrícula e primeiro exame, e comparecimento para reexame ou consultas, se apresentam próximos de um quinto em relação à tabela anterior, indicando para uma menor demanda de atendimentos anteriores ao nascimento, fato que, entendo, esteja relacionado ao recorte do público-alvo, as gestantes, que contemplam um conjunto proporcionalmente inferior ao recorte de infantes, pré-escolares e escolares. Outra característica é o baixo comparecimento para exames pós-natal, com números consideravelmente inferiores, demonstrando uma assistência mais recorrente anterior ao nascimento.

Da mesma forma, neste serviço de observa a assistência de parteiras no processo de acompanhamento das gestantes, e a presença considerável das educadoras sanitárias³⁸⁹. De acordo com dados do Departamento Estadual de Saúde³⁹⁰, em 1939, foram registrados 80.521 nascimentos vivos e, em 1940, 78.090. Ao seu turno, em 1943, registrou-se 96.230 nascidos

³⁸⁹ Sobre as educadoras sanitárias (1943): “Especial menção deve ser feita à criação do corpo de Educadoras Sanitárias cuja missão consiste em realizar nos Postos, e levar ao próprio domicílio dos necessitados, as tarefas de higiene e educação sanitária acima arroladas. Instituído em 1938, as candidatas a este novo mister são submetidas a um curso intenso e, após aprovação em exame, podem ser nomeadas para o exercício de suas nobres funções. Já atualmente 185 Educadoras estão disseminadas pelo Estado”. **Relatório** apresentado ao Exmo. Sr. Dr. Getúlio Dorneles Vargas, D. D. Presidente da República pelo General Osvaldo Cordeiro de Farias, interventor federal no Estado do Rio Grande do Sul, durante o período de 1938-1943, p. 43.

³⁹⁰ Arquivos do Departamento Estadual de Saúde. **Relatórios e pareceres**. Vol. VI, 1945, p. 234. (AHRGS).

vivos e, em 1944, 103.470 nascidos vivos. A partir do cruzamento destes dados com a tabela acima, se pode realizar o seguinte exercício em relação às parteiras e educadoras sanitárias.

Tabela 15 - Assistência de parteiras e educadoras sanitárias no Estado (1939-1944)

Anos	1939	1940	1943	1944
Nascimentos no Estado	80.521	78.090	96.230	103.470
Assistência Parteiras	2.353	4.092	6.223	5.958
Visita educadoras sanitárias	10.913	16.619	20.041	15.648
% parteiras	2.92%	5.24%	6.47%	5.76%
% educadoras sanitárias	13.55%	21.28%	20.83%	15.12%

Fonte: elaborado pelo autor.

Na tabela acima, que expõe os números de nascidos vivos registrados no Estado, se percebe uma tendência de aumento do serviço, entre 1939 e 1940, ainda que o número de nascidos tenha decaído. Este movimento pode ser compreendido pelo decréscimo de nascimentos e o aumento das assistências pelas parteiras. Entre 1940 e 1943 se apresentou uma tendência de aumento geral de nascimentos, de gestações assistidas e, também, o percentual. Por sua vez, entre 1943 e 1944, se observa um aumento no número de nascimentos, porém um decréscimo no número de gestantes assistidas, o que implica num percentual de assistência menor. Nesse sentido, convém ressaltar que estes números se coadunam com uma tendência de queda geral nos serviços oferecidos pelo Departamento Estadual de Saúde entre 1943 e 1944.

Em relação às educadoras sanitárias, se percebe que seu serviço teve uma abrangência significativamente mais ampla do que o das parteiras³⁹¹, Característica que se entende pelos esforços, em nível federal e estadual, na organização de sua carreira e formação de novos profissionais³⁹².

Nesse sentido, somados os serviços prestados, se evidencia o papel das educadoras sanitárias e das parteiras dentro do sistema de saúde pública, visto o contingente deficitário de profissionais médicos e de enfermagem, panorama que foi demonstrado no capítulo anterior e que pode ser generalizado para outros Estados no Brasil. Nessa perspectiva, entre 1939 e 1940, 4.379 parteiras compareceram para instrução fornecida pelo Departamento Estadual de Saúde.

³⁹¹ Alves (2011, p. 128) demonstra que, entre 1937 e 1942, o número de educadoras sanitárias esteve sempre acima do número de profissionais de enfermagem, por exemplo.

³⁹² Em 1943, na formatura da 5ª turma de Educadoras Sanitárias do Departamento Estadual de Saúde, Bonifácio Costa sublinha sua importância: “A educadora sanitária, mandatária dos bons ensinamentos da higiene da gravidez e da indispensável proteção da criança, desde o berço à idade escolar, dos preceitos que evitam a disseminação de doenças, da conduta de higiene individual e coletiva, asseguradora da saúde física e do correto procedimento psíquico, do conhecimento de regimes alimentares relativos à idade, profissão, estação climática e situação econômica do trabalhador, sentirá, desde logo, a complexidade da sua função social, com deveres culturais equivalentes àquela que se dedica ao magistério público”. Arquivos do Departamento Estadual de Saúde. **Relatórios e pareceres**. Vol. IV, 1943, p. 252-255. (AHRGS).

A título de comparação, foi identificado, até o mês de abril de 1940, o contingente de 1.353 médicos registrados no Departamento Estadual de Saúde³⁹³.

Ainda nessa questão, de acordo com o Departamento Estadual de Saúde, até abril de 1940, apenas 110 enfermeiros práticos dispunham de registro em seu sistema³⁹⁴. Por sua vez, 83 era o número de parteiras registradas, o que sugere, conforme os números de assistência prestados às gestantes, que não dispor de registro não representaria um impedimento à realização nos serviços, situação que se reforça devido ao comparecimento das parteiras para instrução por técnicos do Departamento de Saúde. Nesse sentido, Alves (2011, P. 181) observa que:

De acordo com Luciano Abreu, uma das soluções alternativas encontradas pelo governo para suprir a falta de médicos e de hospitais foi a qualificação do trabalho das parteiras. Segundo o historiador, “ao invés das pessoas se dirigirem aos hospitais – que eram poucos e superlotados – as parteiras passariam nas casas e dariam o atendimento de saúde básico à população e realizariam os partos, em lugar dos médicos, atuando como agentes de saúde do Estado”.

Dessa forma, prossigo na análise dos serviços prestados através da Higiene Dentária, entre 1939 e 1944. Nesse sentido, Alves (2011, p. 181-182) observa que este serviço “prestava educação dentária e assistência às gestantes, aos pré-escolares, escolares e frequentadores de dispensários”. Todavia, atenta para o fato de que este serviço estaria restrito aqueles com registros nos Centros de Saúde ou Postos de Higiene (Alves, 2011, p. 182). Esta característica pode apontar para uma estratégia do sistema público, condicionando o acesso a determinados serviços à própria utilização anterior do sistema de saúde. Recorde-se, nesse sentido, o alto índice de comparecimentos para reexame e consulta no serviço de Higiene da Criança, o qual dispunha do serviço de assistência alimentar sendo, inclusive, o mais requisitado.

Em primeiro lugar, o serviço de higiene dentária pode ser compreendido em conjunto ao serviço de higiene da criança, visto que ambos atendiam à lógica da maternidade e infância, ou seja, prestando assistência às gestantes, mães e filhos. Assim tomados, em que pese o alcance dos serviços possa ser ponderado, estes serviços forneciam basicamente um serviço de puericultura, embora não fossem assim denominados, a título de organização institucional³⁹⁵.

Diante disso, conforme os números dispostos abaixo, se denota que o serviço dentário era acessado pelas crianças, majoritariamente. As proporções entre atendimentos de crianças e

³⁹³ Arquivos do Departamento Estadual de Saúde. **Relatórios e pareceres**. Vol. I e II 1940-1941. (AHRGS).

³⁹⁴ Arquivos do Departamento Estadual de Saúde. **Relatórios e pareceres**. Vol. I e II 1940-1941. (AHRGS).

³⁹⁵ Abrigavam esta denominação, ao menos a partir de 1942, o Centro de puericultura Nossa Senhora dos Navegantes, que era sediado em Porto Alegre, subsidiado pelo Departamento Nacional da Criança e chefiado por Mário de Assis Brasil, além da Creche Nossa Senhora Auxiliadora, e da Creche São Francisco de Assis. **Arquivo do Departamento Estadual de Saúde**, Vol. IV, 1943, p. 196.

gestantes se demonstraram díspares, mas entendo que seja relativo à característica dos dois públicos, pois, conforme detalhou Alves (2011), seriam atendidos pré-escolares, escolares e frequentadores de dispensários, constituindo-se em público mais amplo. No que se refere ao serviço prestado, foi possível identificar a obturação como o serviço mais utilizado pelas crianças, enquanto nas gestantes as extrações foram o serviço mais realizado³⁹⁶.

Tabela 16 - Serviços prestados no Estado – Higiene Dentária: crianças e gestantes (1939-1944)

	Higiene dentária												Total
	1939		1940		1941		1942		1943		1944		
	C	G	C	G	C	G	C	G	C	G	C	G	
Total de comparecimentos	15.829	2.094	46.135	6.621	55.531	10.210	71.205	14.558	76.333	15.383	60.774	13.496	388.169
Extrações	4.717	1.073	11.861	2.780	15.872	5.026	19.770	7.611	19.842	8.000	16.195	7.584	120.331
Obturações	4.029	479	13.508	1.670	18.529	2.950	25.053	4.599	32.584	6.472	24.843	5.286	140.001
Curativos	19.285	2.084	62.168	9.007	65.959	10.712	83.397	16.196	104.909	22.211	102.659	21.196	519.783
Total	43.860	5.730	133.672	20.078	155.891	28.898	199.425	42.964	233.668	52.066	204.471	47.562	1.168.285

Fonte: Elaborado pelo autor a partir de: Arquivos do Departamento Estadual de Saúde.

Relatórios e pareceres. Vol. I, 1940, p. 223. (AHRGS). Departamento Estadual de Estatística do Rio Grande do Sul. **Anuário Estatístico do Estado.** 3º Vol. 1941, p. 13. **Relatório** apresentado ao Exmo. Sr. Dr. Getúlio Dorneles Vargas, D. D. Presidente da República pelo General Osvaldo Cordeiro de Farias, interventor federal no Estado do Rio Grande do Sul, durante o período de 1938-1943, p. 49 e Arquivos do Departamento Estadual de Saúde. **Relatórios e pareceres.** Vol. V, 1944, p. 120-121. (AHRGS). e Arquivos do Departamento Estadual de Saúde. **Relatórios e pareceres.** Vol. VI, 1945, p. 262. (AHRGS).

Por fim, encerro esta seção de análise dos serviços prestados pelo Departamento Estadual de Saúde com o serviço de Higiene Escolar entre 1939 e 1944. Conforme se pode perceber, comparado aos serviços anteriores, este serviço se diferenciava por ter estabelecido uma relação com o ambiente escolar, integrando professores, médicos escolares, educadoras sanitárias e alunos, estratégia que fora utilizada em outros contextos, no Estado, como demonstrado por Korndörfer (2007, p.117), incluindo, nesse ponto, o exame de professores e demais funcionários.

De acordo com Alves (2011, p. 181), este serviço seria responsável por prestar “assistência às crianças em idade escolar, através de atividades semelhantes às prestadas na Higiene Infantil e Pré-Escolar. Também era responsável por afastar da escola aquelas crianças

³⁹⁶ Ver Brum (2013, p. 214).

portadoras de moléstias contagiosas”³⁹⁷. Nesse sentido, a tabela abaixo demonstra uma demanda menos intensa em relação aos serviços relatados anteriormente. Nesse sentido, a documentação abordada não permitiu averiguar a sobreposição de serviços, o que impactaria nos números de acesso. Por exemplo, uma criança que havia sido contemplada pelo serviço de higiene dentária, ao ser examinada pelo serviço de higiene escolar, provavelmente não seria encaminhada ao serviço médico-dentário, pois não demandaria o serviço.

Tabela 17 - Serviços prestados no Estado – Higiene escolar (1939-1944)

	Higiene escolar						Total
	1939	1940	1941	1942	1943	1944	
Estabelecimentos de ensino visitados	1.135	1.671	1.802	1.864	1.296	890	8.658
Fichados Escolares examinados	303	181	125	243	129	220	1.201
Fichados Afastados por doença	29.417	41.570	51.769	61.306	53.939	41.330	279.331
Encaminhados a serviços médico-dentários	618	1.079	1.104	1.169	871	1.083	5.924
Cartas aos pais	2.390	9.121	14.834	20.662	21.414	9.187	77.608
Total	3.547	4.854	9.910	11.003	11.000	2.846	43.160
	57.875	111.579	144.088	162.710	159.634	104.276	740.162

Fonte: elaborado pelo autor a partir de: **Relatório** apresentado ao Exmo. Sr. Dr. Getúlio Dorneles Vargas, D. D. Presidente da República pelo General Osvaldo Cordeiro de Farias, interventor federal no Estado do Rio Grande do Sul, durante o período de 1938-1943, p. 48 e Arquivos do Departamento Estadual de Saúde. **Relatórios e pareceres**. Vol. V, 1944, p. 120-121. (AHRGS). Arquivos do Departamento Estadual de Saúde. **Relatórios e pareceres**. Vol. I, 1940, p. 223. (AHRGS). e **Anuário Estatístico do Estado**. 3º Vol. 1941, p. 15. E Arquivos do Departamento Estadual de Saúde. **Relatórios e pareceres**. Vol. VI, 1945, p. 265. (AHRGS).

Sendo assim, a tese de Maria Helena Câmara Bastos (1994) contribui para que seja compreendida a extensão da rede escolar, no Rio Grande do Sul, entre 1937 e 1945. Entendo que os dados que seguem abaixo contribuem, a partir de uma perspectiva comparada, para dimensionar os serviços prestados aos escolares. Desse modo, destacando-se os anos entre 1939 e 1944, que são os dados disponíveis do serviço de higiene escolar, observa-se o seguinte:

³⁹⁷ Conforme observado por Eleyson Cardoso, Diretor do Departamento Estadual de Saúde, a partir de outubro de 1943, o serviço de higiene escolar era oferecido no interior do Estado pelas unidades sanitárias. Na capital, até este ano, o serviço pertencera à Divisão Técnica, sendo transferido para a Divisão de Serviços Distritais. Arquivos do Departamento Estadual de Saúde. **Relatórios e pareceres**. Vol. VI, 1945, p. 232. (AHRGS).

Tabela 18 - Proporção de escolares examinados em relação a matrículas (1937-1945)

Ano	Unidades escolares	Estabelecimentos de ensino visitados	Matrículas efetivas	Escolares examinados
1937	5.823	-	267.339	-
1938	5.964	-	293.619	-
1939	6.082	1.135	301.158	20.465
1940	6.100	1.671	317.985	53.103
1941	6.449	1.802	325.764	64.544
1942	6.386	1.864	328.413	66.463
1943	6.491	1.296	327.769	70.985
1944	6.467	890	329.163	48.720
1945	6.682	-	331.320	-

Fonte: Elaborado pelo autor a partir de Maria Helena Câmara Bastos (1994, p. 92).

Sendo assim, cruzando os dados das duas tabelas acima, foi possível estabelecer alguns parâmetros do atendimento prestado. Em relação às visitas aos estabelecimentos, identificou-se uma tendência que, possivelmente, constituiu-se como uma marca dos serviços, de modo geral. Entre 1939 e 1942, houve um aumento gradual na razão entre o número de estabelecimentos visitados e número de unidades escolares, saindo de 18.66%, em 1939, para 29.19%, em 1942, que representou a maior taxa de visitação. Por outro lado, a partir de 1942, o serviço demonstrou uma queda gradual, saindo de 29.19% de estabelecimentos de ensino visitados, para 13.76%, valor que se apresentou menor que o do primeiro ano da série, 1939, quando foram visitados 18.66% dos estabelecimentos.

No que se referiu aos escolares examinados em relação ao número de estudantes matriculados efetivamente (que iniciaram e terminaram o ano), a dinâmica demonstrou-se semelhante, com um aumento gradual entre 1939 e 1943, saindo de 6.80% para 21.66% de examinados. Por fim, entre 1943 e 1944 se observou uma queda, de 21.66% para 14.80%. Ao contrário dos estabelecimentos visitados, a proporção de escolares examinados pelo serviço encerrou 1943 com uma cobertura de atendimento maior do que em 1939, como se pode distinguir. Suponho que o aumento gradual de escolares examinados até 1943, em que pese a queda no número de estabelecimentos visitados tenha ocorrido a partir de 1942, possa ser explicada, entre outras causas possíveis, por um remanejamento nos estabelecimentos visitados. Por exemplo, menos estabelecimentos com um maior número de matriculados.

Dessa forma, como estratégia para dimensionar os serviços de saúde registrados, pode-se levar em conta que a população aproximada do Rio Grande do Sul, em 1939, era de 3.291.743 milhões de habitantes, ao passo que, no ano de 1940, girava em torno 3.350.120 milhões. Do mesmo modo, neste período, o Estado contava com uma rede de assistência médico-social

que abrangia cerca de 50% das municipalidades³⁹⁸. Nesse sentido, dos 88 municípios, à época, 46 forneciam serviços estaduais de saúde pública³⁹⁹, ao passo que 42 não dispunham de unidades sanitárias (Brum, 2013, p. 204).

Assim sendo, para visualizar a forma de extensão da rede estadual, procedi uma equação entre a quantidade de municípios com rede de assistência em saúde (46), e os 45 municípios que contabilizavam as maiores populações, ou seja, a metade mais 1 município, dos 88, no período. Dessa forma, dos 46 municípios com serviços estaduais de saúde pública, apenas 5, representados por Quaraí, Santa Vitória (Santa Vitória do Palmar), Santiago do Boqueirão (Santiago), Torres e Tupanciretã, não estavam entre os 45 municípios com maior população, em 1941⁴⁰⁰.

Por outro lado, Lagoa Vermelha e Palmeira (Palmeira das Missões) eram os dois únicos, entre os mais populosos, sem alguma unidade sanitária no momento analisado. Diante disso, suponho que este exercício permita presumir que a rede de assistência em saúde pública estadual tenha se estabelecido, inicialmente, nas regiões com maior população. Entretanto, exceção se demonstrou nas regiões fronteiriças, como Quaraí, Santa Vitória e Torres, as quais, possivelmente, funcionariam como pontos de referência para localidades próximas, em regiões caracterizadas pela baixa densidade demográfica e distâncias consideráveis entre os municípios. Nesta lógica, por exemplo, estava o Posto de Higiene de Torres, que contava também com uma maternidade, e que tinha por função “(...) atender as parturientes indigentes necessitadas de uma vasta zona rural do Estado, até então, sem assistência hospitalar (...)”⁴⁰¹.

Posto isso, como forma de qualificar a extensão dos serviços distribuídos espacialmente na forma apreendida acima, procedi a equação entre a totalidade dos serviços prestados analisados – Higiene da Criança, Serviço Pré-Natal, Higiene Dentária e Higiene Escolar - e a população do Estado, nos anos de 1939 e 1940.

Desse modo, procedendo a soma dos serviços realizados, em 1939, chegou-se ao montante de 535.681 atendimentos. Este valor representava, aproximadamente, 16.27% da população – mulheres e crianças, majoritariamente - coberta por algum tipo de política

³⁹⁸ Ver nota de rodapé 165. Ao mesmo tempo, pesquisas posteriores podem dimensionar esta proporção somando-a com a abrangência de atendimentos através da rede privada de assistência.

³⁹⁹ Municípios com serviços estaduais de saúde pública: Porto Alegre, Pelotas, Rio Grande, Alegrete, Arroio do Meio, Bagé, Bento Gonçalves, Cachoeira, Caxias, Cruz Alta, Canguçu, Carazinho, Camaquã, D. Pedrito, Encruzilhada, Estrela, Guaíba, Gravataí, Iraí, Itaqui, Jaguarão, José Bonifácio (Erechim), Livramento, Montenegro, Novo Hamburgo, Osório, Passo Fundo, Quaraí, Rio Pardo, Santa Maria, São Gabriel, São Leopoldo, Santa Vitória, Santiago (Santiago do Boqueirão), Santo Ângelo, São Borja, São Jerônimo, Soledade, São Luiz Gonzaga, Santa Cruz, São Francisco de Paula, Torres, Taquara, Tupanciretã, Uruguaiana, Vacaria. Arquivos do Departamento Estadual de Saúde. **Relatórios e pareceres**. Vol. I, 1940, p. 227. (AHRGS).

⁴⁰⁰ **Anuário Estatístico do Estado**. Vários Vol., 1938-1942.

⁴⁰¹ Arquivos do Departamento Estadual de Saúde. **Relatórios e pareceres**. Vol. V, 1944, p. 150. (AHRGS).

pública⁴⁰². Em exercício semelhante, porém subtraindo-se do cálculo os valores da distribuição de alimentos (294.511), chegou-se ao total de 241.170 atendimentos. Com estes dados, a cobertura atingiria 7.33% da população – majoritariamente mulheres e crianças, o que, compreendo, dimensiona a relevância da distribuição alimentar como política pública e problematiza o alcance dos demais serviços prestados. Em que pese, diga-se, o extrato analisado não contemple a totalidade dos serviços prestados sob coordenação do Departamento de Saúde.

Prosseguindo e realizando o mesmo exercício, em relação a 1940, os dados demonstram que foram realizados 1.503.889 atendimentos. Assim, equacionado deste valor a população estimada, chegou-se ao contingente de 44.89% da população atendida pelos serviços analisados. Como realizado anteriormente, subtraindo-se do cálculo os valores da distribuição de alimentos (933.189) chega-se ao total de 570.700 atendimentos, o que representaria uma cobertura de 17.04%, embora os atendimentos possam ter ocorrido, em situações diversas, às mesmas pessoas, mas do mesmo modo, indica o funcionamento do sistema de atendimento.

Desse modo, ainda que excluído o serviço de distribuição de alimentos, o número de atendimentos de 1940 representou um aumento, em relação ao ano anterior, na ordem de 136.64%. Este dado sinaliza um aumento considerável da cobertura proporcional dos atendimentos, acima do crescimento natural da população, visto que a variação populacional, entre 1939 e 1949, foi na ordem de 1,77%.

Ao mesmo tempo, entre os serviços prestados, sinalizo a relevância da política de distribuição de alimentos. Entre o material abordado, este serviço representou, em larga escala, a política pública com a maior abrangência entre a população, ao menos quantitativamente. Sua relevância se reflete no aumento significativo ocorrido entre os anos de 1939 e 1940, passando de um total de 294.511 para 933.189 fornecimentos por todo o Estado. Nestes termos, evidencia-se a vulnerabilidade socioeconômica do extrato representado, visto que a segurança alimentar representa um aspecto essencial na vida dos indivíduos, algo que, aparentemente, parte significativa da população não estaria conseguindo contemplar⁴⁰³.

⁴⁰² Em 1940, a proporção entre homens e mulheres era equivalente na casa dos 50% e, por sua vez, a população na faixa etária, entre 0 e 9 anos, girava em torno de 29.89%, no Estado. Na faixa etária entre 10 e 19 anos a proporção era de 23.81%. **Anuário Estatístico do Brasil, 1939/1940**. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, v.5, [1940], p. 27.

⁴⁰³ Neste contexto, na supracitada publicação do Departamento Estadual de Saúde, “A defesa da saúde”, consta uma amostra dos esforços empreendidos em relação ao problema da alimentação das crianças pré-escolares (de 2 a 6 anos) e escolares (7 a 12). O folheto contém artigos didáticos sobre alimentação do bebê, do pré-escolar, do escolar e do trabalhador, além de práticas a serem seguidas pelas mães em relação aos recém-nascidos. Em conjunto, medidas a serem tomadas para evitar uma série de enfermidades, neste trabalho abordadas, causadas pela interação dos indivíduos com um meio não saneado adequadamente. Departamento Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul. **A defesa da saúde** – na criança de hoje estará o soldado de amanhã. Porto Alegre: Oficinas gráficas do Instituto Técnico Profissional do Rio Grande do Sul. 1942, 75p. (MUHMRS).

Completando a análise, prossigo realizando o exercício, porém, relativo ao biênio 1943 e 1944. Destaco este período, pois foi o que apresentou dados para todos os serviços observados. Desse modo, procedendo à soma dos serviços realizados, em 1943, chegou-se ao montante de 3.624.789 atendimentos. Este valor representa, aproximadamente, uma capacidade de oferta de serviços que ultrapassaria em 2.82% o contingente populacional, estimado em 3.525.230 milhões, no período. Em exercício semelhante, subtraindo-se do cálculo os valores da distribuição de alimentos (2.701.172), chegou-se ao total de 923.617 atendimentos.

Com estes dados, a cobertura atingiria 26.20% da população – majoritariamente mulheres e crianças. Este resultado representa um aumento na ordem de 27.98% em relação a oferta de serviços identificada em 1939 e, do mesmo modo, acima do crescimento populacional deste intervalo, que representou 7.09%. Entendo que estes dados representam um crescimento real da oferta de serviços pelo Departamento Estadual de Saúde Pública.

Por fim, avaliados os dados apresentados para o ano de 1944, foi possível obter os seguintes resultados. Neste ano, foram realizados 3.412.176 atendimentos, o que representa uma capacidade de oferta de 95.22% em relação a população do Estado, que era estimada em 3.583.600 milhões de habitantes, ou seja, aquém 4,78%. Como realizado anteriormente, subtraindo-se do cálculo os valores da distribuição de alimentos (2.693.023) chegou-se ao total de 719.153 atendimentos, o que representaria uma cobertura de 26.70%. Assim, excluído o serviço de distribuição de alimentos, o número de atendimentos de 1944 representou, em relação ao ano anterior, uma queda de 22.14%, ainda que o crescimento populacional tenha representado 1.66% no intervalo 1943-1944. Comparado em relação a 1940, houve um aumento percentual de 26.01%, sendo que a dinâmica de crescimento populacional observou um aumento de 6.97%, aproximadamente.

Em 1943, o Estado dispunha de uma rede com 75 unidades sanitárias, distribuídas por 73 municípios. Deste montante, os Postos de Higiene totalizavam 70 unidades espalhadas pelo interior⁴⁰⁴. Afora os cinco Centros de Saúde, sendo três existentes em Porto Alegre, um em Pelotas e outra unidade em Rio Grande⁴⁰⁵. Compreendo que os quatro serviços analisados e os

⁴⁰⁴ Arquivos do Departamento Estadual de Saúde. **Relatórios e pareceres**. Vol. V, 1944, p. 123-127. (AHRGS).

⁴⁰⁵ Em relação a unidades hospitalares, o Estado disporia, em 1943, de 282 unidades em 78 dos 88 municípios à época, sendo 147 hospitais particulares, 23 casas de saúde, 17 hospitais de caridade, 14 sanatórios, 11 santa casa, 11 hospitais militares, 44 enfermarias militares, 6 hospitais municipais, 5 hospitais municipais, 2 maternidades, 1 enfermaria estadual e 1 enfermaria particular. Dentro disso, observe-se que as 227 unidades hospitalares civis conteriam 13.549 leitos. Por sua vez, os 4 hospitais sob jurisdição do Departamento Estadual de Saúde, Hospital São Pedro, Hospital de Isolamento, Colônia Itapoã e Posto de Torres com Maternidade “Avaní Cordeiro de Farias”, somariam 2.316 leitos. Por fim, do total de leitos civis (13.549), 6.473 estariam reservados para a assistência médico-social. Arquivos do Departamento Estadual de Saúde. **Relatórios e pareceres**. Vol. V, 1944, p. 141-144. (AHRGS).

números apresentados anteriormente estejam circunscritos neste ramo da oferta de serviços em saúde pública. Assim, a tabela abaixo apresenta um ranking de atendimentos em Postos de Higiene, em 1943:

Tabela 19 - Cidades com maior número de atendimentos em Postos de Higiene (1943)

Posição	Cidades com atendimento nos Postos de Higiene	Quantidade
1	Porto Alegre	26.750
2	Rio Grande	14.257
3	Caxias	10.181
4	Alegrete	8.187
5	Pelotas	6.821
6	Novo Hamburgo	5.792
7	Torres	4.928
8	Bagé	4.711
9	Santiago	4.510
10	Uruguaiana	4.359
	TOTAL	90.496

Fonte: elaborado pelo autor a partir de: Rio Grande do Sul. Departamento de Estatística. **Sinopse estatística municipal**. Porto Alegre: 1945.

No ano de 1944, a rede de unidades sanitárias estaria oferecendo uma cobertura a cerca de 86,6% do Estado, de acordo com relatórios do Departamento de Saúde⁴⁰⁶. Nesse sentido, contaria com cinco Centros de Saúde, sendo três em Porto Alegre, um em Pelotas e um em Rio Grande, além de 75 Postos de Higiene. O mesmo relatório destacou os serviços de alimentação e dentário, sendo que havia uma estimativa na qual 50% das unidades sanitárias contariam com cozinhas dietéticas. Assim, de acordo com a disposição das unidades acima, pressupõe-se que muitos Postos de Higiene contariam com este serviço no interior do Estado⁴⁰⁷. Brum (2013, p. 207) destacou a aquisição destes serviços como um dos avanços no sistema de saúde no Estado. Ao mesmo tempo, a partir do que foi observado, este fato demonstra que a questão alimentar foi uma pauta concreta de atuação dos serviços de saúde.

Em relação a 1945, o Rio Grande do sul contava com 80 unidades sanitárias atendendo um contingente de 88 municípios, do total de 92 exibido à época. Deste montante, havia três Centros de Saúde em Porto Alegre, um em Pelotas, um em Rio Grande, um em Santa Maria e um em Livramento. No que se referia aos Postos de Higiene, havia 15 classificados como 1ª

⁴⁰⁶ Arquivos do Departamento Estadual de Saúde. **Relatórios e pareceres**. Vol. V, 1944, p. 170. (AHRGS). Ver: idem nota de rodapé 165.

⁴⁰⁷ Arquivos do Departamento Estadual de Saúde. **Relatórios e pareceres**. Vol. V, 1944, p. 170. (AHRGS).

Classe e 58 como 2ª, classificação que estaria ligada à oferta de serviços especializados e, assim, ao número de profissionais disponíveis para atendimento (Korndörfer; Brum, 2021, p. 1065)⁴⁰⁸.

Em linhas gerais, este exercício procurou demonstrar o “movimento real” das políticas públicas, no que se referiu aos serviços analisados. Compreendo que este esforço metodológico, original para período em tela, contribua para que seja dimensionada, ao menos, uma parte dos serviços disponibilizados pelo Departamento Estadual de Saúde em relação às mulheres e crianças. Do mesmo modo, se evidenciou que os serviços voltados à saúde das mulheres foram atrelados à sua condição materna, visto que a lógica dos serviços atendeu à demanda da gestação até os primeiros anos de vida das crianças. Neste ponto, desvelou-se uma tendência generalizável, pois nos capítulos posteriores foi identificada dinâmica semelhante, com maior disposição científica e institucional em relação à saúde infantil.

Ao mesmo tempo, os dados analisados apontaram para dois movimentos distintos nas políticas públicas do Rio Grande do Sul. Entre 1939 e 1940, houve uma tendência de aumento na disponibilização dos serviços, o que possivelmente possa ser um dado generalizável, visto a execução orçamentária demonstrada. Por outro lado, houve uma tendência oposta, de diminuição nos serviços no período final do Estado Novo, entre 1943 e 1944, sendo possível observar uma diminuição no ritmo de investimentos assim como no fornecimento de serviços.

4.3 A burocracia estado-novista e as políticas públicas

Nas duas seções anteriores procurei estabelecer alguns parâmetros acerca da saúde de mulheres e crianças, em primeiro lugar, analisando as enfermidades que observaram destaque nos relatórios epidemiológicos e bioestatísticos. Por segundo, em relação às políticas executadas para este grupo, a partir da análise de um conjunto de serviços oferecidos nos Centros de Saúde e Postos de Higiene, fundamentalmente.

A partir deste momento, o objetivo é prosseguir na caracterização, complementação e análise deste processo. Diante disso, inicio com a lógica dos Decretos-Lei como uma forma específica de atuação do regime estado-novista, na relação entre União, Estados e municípios. Institucionalmente, essa forma foi delineada com a criação do Departamento Administrativo do Serviço Público (DASP), em nível federal, e do Departamento Administrativo de Estado e,

⁴⁰⁸ Municípios com Postos de Higiene de 1ª Classe: Alegre, Bagé, Cachoeira do Sul, Caxias do Sul, Cruz Alta, Dom Pedrito, Guaíba, Ijuí, Jaguarão, Passo Fundo, São Borja, São Gabriel, São Jerônimo, São Leopoldo e Uruguaiana. Arquivos do Departamento Estadual de Saúde. **Relatórios e pareceres**. Vol. VI, 1945, p. 202. (AHRGS).

posteriormente, pelo Conselho Administrativo do Estado. Por conseguinte, prossigo analisando as instituições estaduais que foram beneficiadas com auxílios e subvenções do governo federal.

Compreendo que adicionar essa discussão neste exercício contribua para o entendimento do processo que analiso, pois como será observado na próxima seção, os Decretos-Lei foram importantes instrumentos de repasses financeiros da União para as entidades particulares de assistência, como maternidades, santa casas, entre outros. Da mesma forma, entendo que este seja um assunto pouco explorado historiograficamente, ainda mais, se relacionado à pesquisa de políticas públicas entre as décadas de 1930 e 1940. Não pretendo, com isso, esgotar o tema, mas, de outro modo, colocá-lo em evidência, pois como demonstrado por Codato (2011), Camargo (2020), entre outros, este *modus operandi* expressou uma das características fundamentais da burocracia autoritária no período.

4.3.1 As políticas públicas entre as décadas de 1930 e 1940: a saúde por Decreto

Na parte inicial deste trabalho, em diálogo historiográfico, desenvolvi o argumento de que a forma burocrática, autoritária e centralizada de governo, durante o Estado Novo, constituiu-se como uma especificidade histórica que, desse modo, o caracterizaria como regime político.

Nessa linha, Diniz (1999, p. 27) entende que a nacionalização e a burocratização do processo decisório se constituem como chaves para o entendimento da engenharia político-institucional, como um todo, e da formulação e implementação das políticas públicas, em particular. A literatura histórica demonstra que o Estado Novo exerceu regularmente a estratégia da nacionalização. Criaram-se grandes temáticas nacionais como forma de mobilização política e de orientação da administração do Estado.

Entendo que a saúde, neste ponto, foi elaborada como uma pauta nacional, como analisado no primeiro capítulo. Dessa forma, uma certa representação das mulheres como mães, e das crianças como expectativa para o futuro, ganhou contornos políticos e sociais. Ao mesmo tempo, uma forma específica de políticas públicas, amparada justamente nestas representações sociais, foi edificada pelo governo estado-novista⁴⁰⁹.

Assim, um aspecto dessa nacionalização e burocratização do processo decisório, como sinalizado por Eli Diniz (1999), foi conquistado através da supressão dos Legislativos e da

⁴⁰⁹ Por exemplo: Concurso de Saúde Infantil da Semana da Pátria de 1943, que contava com o patrocínio da Liga de Defesa Nacional e promoção anual do DES. **Arquivo do Departamento Estadual de Saúde**, Vol. IV, 1943, p. 247.

concentração da prerrogativa destes pelo Executivo federal. Em relação às políticas públicas, este processo foi vigoroso, resultado de uma reformulação da estrutura administrativa do Estado brasileiro. Sua cronologia possui o marco inicial ainda nos eventos do Golpe de 1930, intensificando-se em 1934 e, por fim, consolidando-se através da Carta Outorgada de 1937 (Lassance, 2020, p. 512).

Em relação a essa reformulação administrativa, Abreu (2005, p. 180) entende que o sistema de interventorias, no qual os presidentes de Estado foram substituídos por interventores, e a criação do Departamento Administrativo do Serviço Público (DASP), assumiram posição central⁴¹⁰. Dentro do novo regime político autoritário e, conjuntamente, ao regime administrativo que proporcionava sua sustentação, estes dois mecanismos cumpriram “um importante papel no estabelecimento das relações entre os governos federal e estadual e destes com o município” (Abreu, 2005, p. 192). Em relação ao Departamento Administrativo do Serviço Público, é possível entender as suas principais funções na engrenagem do governo a partir do excerto abaixo:

Por um lado, com o objetivo de implantar o universalismo de procedimentos, o DASP adotou medidas como a instituição de concurso para a seleção de funcionários públicos; a implantação de um estatuto do funcionalismo civil; a padronização de materiais de expediente; a definição de critérios técnicos para a elaboração do orçamento, etc. Por outro lado, ainda que o discurso oficial não admitisse, o DASP possuía também um caráter político devido às suas funções legislativas e de consultoria ao Presidente da República (Abreu, 2005, p. 192).

Como se percebe, o Departamento congregava uma série de atribuições relacionadas à administração pública, subsumindo aos seus domínios incumbências anteriormente exercidas pelos poderes Legislativo e Executivo. Essa dinâmica foi caracterizada de forma profícua por Edson de Oliveira Nunes (2003, p. 34), ao apreendê-la a partir da ideia de insulamento burocrático:

O insulamento burocrático significa a redução do escopo da arena em que interesses e demandas populares podem desempenhar um papel. Esta redução da arena é efetivada pela retirada de organizações cruciais do conjunto da burocracia tradicional e do espaço político governado pelo Congresso e pelos partidos políticos, resguardando estas organizações contra tradicionais demandas burocráticas ou redistributivas.

⁴¹⁰ Observo que esta reformulação administrativa deve ser apreendida no bojo de uma série de transformações que levaram ao rompimento democrático e a implantação do Estado Novo. No regime implantado em 1937, as interventorias e o Departamento Administrativo do Serviço Público foram estabelecidos através do Decreto-Lei nº 1.202, de 8 de Abril de 1939, que dispôs sobre a administração dos Estados e dos Municípios. **Coleção das leis da República dos Estados Unidos do Brasil de 1939**: atos do poder executivo – decretos-leis de janeiro a março. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, ano 1939, v. 4, n. 1, p. 72.

À vista disso, compreendo que tenha sido necessária uma breve incursão na dinâmica das transformações administrativas, sob a égide do Departamento Administrativo do Serviço Público. Todavia, não pretendo aprofundar sua análise, pois não contempla as intenções deste exercício⁴¹¹. Porém, em tempo, ressalto que a atuação deste Departamento se referia à esfera do Executivo Federal em relação aos Estados, mais especificamente, às interventorias. Nos Estados, essa dinâmica era reproduzida por um órgão análogo, restrito ao intermédio entre as municipalidades e o Estado.

Desse modo, a redução da arena nos quais interesses diversos poderiam interagir, nas palavras de Nunes, implicou em uma dinâmica de restrição das decisões à um núcleo ligado ao Poder Executivo. Na dimensão da pesquisa em História, este fato resulta na redução de documentos advindos de contextos de produção heterogêneos. Ao mesmo tempo, na profusão de Decretos-Lei que instituíram e normatizaram as ações de governança em todos os níveis. Nesse sentido, conforme Antonio Lassance (2020, p. 520):

A partir de 1930, os atos de gestão avolumam-se em função de um crescimento da atividade governativa como um todo. Eles revelam claro decréscimo justamente a partir de 1934, quando o Congresso retorna à atividade. De novo a trajetória de crescimento da atividade governamental, aferida pelo termômetro dos decretos publicados, ganha contornos hipertrofiados a partir da ditadura de 1937.

Na esfera estadual, essa dinâmica foi expressa através do Departamento Administrativo de Estado, entre 1939 e 1943 e, posteriormente, pelo Conselho Administrativo do Estado, entre 1943 e 1945 (Camargo, 2020, p. 46-47)⁴¹². A partir do Art. 13, do Decreto-Lei nº 1.202, de 8 de Abril de 1939, se identifica a composição do Departamento, que contaria com um número entre 4 e 10 membros, acima de 25 anos, nomeados pelo Presidente⁴¹³.

Em relação à sua competência, o Art. 17 estabelecia, em resumo, suas atribuições: aprovar os projetos dos decretos-leis enviados pelo interventor, ou governador, ou pelo prefeito; aprovar os projetos de orçamento do Estado e dos municípios; fiscalizar a execução orçamentária no Estado e nos municípios⁴¹⁴. Assim, de acordo com a extensão de sua composição e competências, se torna possível avaliar o quão restrita era sua composição e, ao mesmo tempo, abrangente seriam as funções do Departamento Administrativo de Estado, que

⁴¹¹ Análises fundamentadas sobre o Departamento Administrativo do Serviço Público encontra-se em Abreu (2005), Codato (2011), Camargo (2020).

⁴¹² Abreu (2005, p. 206) se refere a um Conselho Administrativo Estadual em 1939, disposto pelo Decreto-Lei nº 1.202, de 8 de Abril de 1939, em seu Art. 2º, entretanto, esta denominação não consta no referido artigo. O termo Conselho Administrativo consta apenas no Decreto-Lei nº 5.511, de 21 de Maio de 1943, que alterou e retificou disposições sobre a administração dos Estados e dos Municípios.

⁴¹³ Decreto-Lei nº 1.202, de 8 de Abril de 1939. **Dispõe sobre a administração dos Estados e dos Municípios.** Coleção das leis da República dos Estados Unidos do Brasil de 1939: atos do poder executivo – decretos-leis de janeiro a março. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, ano 1939, v. 4, n. 1, p. 72.

⁴¹⁴ Análise detalhada encontra-se em Camargo (2020, p. 50-56).

teria contado com 7 membros durante o recorte em questão (Camargo, 2020, p. 100), (Abreu, 2005, p. 205).

Em 1943, o Departamento foi transformado em Conselho Administrativo através do Decreto-Lei nº 5.511, de 21 de Maio de 1943. Em função dos interesses deste trabalho, não me deterei na sua análise, no entanto, sublinho que suas atribuições foram ampliadas, em relação à organização anterior, ganhando, inclusive, maior poder dentro da burocracia. De acordo com Camargo (2020, p. 60):

Na ausência das Assembleias Legislativas, ele passa a exercer funções de verdadeiro Conselho Político de Estado, participando, então, dos atos mais importantes das administrações da administração e governo do Estado. Dessa forma, também passa a cumprir o papel de controle político sobre o próprio interventor.

Por essa perspectiva, o controle político adviria do inciso V, do Art. 4^a, do referido Decreto-Lei, pois determinava que o interventor, em sua função de elaborar projetos e Decretos-Lei, apenas poderia sancioná-los após a aprovação do Conselho Administrativo (Camargo, 2020, p. 58). Em relação ao interesse desse exercício, faz-se necessário o entendimento de que todo o processo de organização burocrática acima resultou na forma específica de elaboração e instituição das políticas públicas, na forma a qual venho analisando.

Isso significou a canalização, no Departamento, de todo o processo decisório dos projetos que poderiam vir a tornar-se Decretos-Lei instituídos pelo Estado em relação aos municípios. A dinâmica era exercida de modo que o Departamento e, posteriormente, o Conselho, recebesse os projetos advindos dos municípios e do Estado, assim como poderia haver projetos internos do próprio Conselho (Camargo, 2020, p. 101).

Com isso, a autonomia administrativa do Estado pode ser ponderada e, em relação a isso, o debate historiográfico ainda não estabeleceu consenso, em que pese o fato da interferência autoritária ser um ponto em comum nas análises de Abreu (2005), Camargo (2020) e Codato (2011), por exemplo. No que se refere às políticas públicas, de modo geral, e políticas públicas de saúde, em específico, essa restrição autoritária, como denominarei, resultou em obstáculo de pesquisa, tornando custoso o mapeamento do processo de elaboração das políticas até sua instituição jurídico-política.

No entanto, como esforço para completar, ao menos em parte, esta lacuna, na seção que se segue discriminarei os estabelecimentos, no Rio Grande do Sul, que foram destinatários de auxílios e subvenções, através de Decretos-Lei da União, entre 1937 e 1945. Este conjunto de instituições, em sua maioria de direito privado, compuseram uma importante parcela do sistema de fornecimento de serviços de saúde para mulheres e crianças, visto que, embora fossem administradas por um regime privado, possuíam o atendimento público. Diante disso,

completaram a rede estadual de assistência ao lado dos serviços prestados pelos Centros de Saúde, Postos de Higiene e, mais especificamente, das Creches na capital do Estado, administradas pelo Departamento Estadual de Saúde.

4.3.2 O papel do Executivo Federal no auxílio às instituições privadas

Nesse sentido, uma das formas de investigar a dinâmica entre União, Estados e municípios, na execução das políticas, é através da expedição de Decretos que auxiliaram no financiamento de atividades de assistência. Os atos do Executivo se apresentam como um estágio avançado, explícito, da articulação que mencionei acima e representam a concretização de uma intensão administrativa. Desse modo, a seção que se segue está suportada no conjunto de publicações, com diversos volumes, que se referem a “Coleção das Leis da República dos Estados Unidos do Brasil” entre 1937 e 1945⁴¹⁵. Nesta documentação estão compilados os Decretos e Decretos-Lei instituídos durante o regime do Estado Novo.

Dessa forma, os Decretos possibilitam identificar uma série de elementos que auxiliam no entendimento de um contexto mais amplo da execução das políticas públicas. Assim, é possível identificar valores financeiros, serviços prestados pelas instituições, regime jurídico de administração - público ou privado -, localidades beneficiadas, característica do repasse – se constituiu-se como subvenção ou auxílio -, além da recorrência, no tempo, dos repasses a determinado estabelecimento, entre outros elementos possíveis.

Este mecanismo de transferência de recursos da União para estabelecimentos privados, com a reorganização institucional da saúde, em 1937, foi normatizado através do supracitado Decreto-Lei Nº 378, de 13 de janeiro de 1937. Em seus Art. 15, 16, 17 e 18, se estabelecia que as Divisões de Saúde Pública, Assistência Hospitalar, Assistência à Psicopatas e Amparo à Maternidade e à Infância, subordinadas ao Departamento Nacional de Saúde, seriam as encarregadas de promover a cooperação da União com os “serviços locais”. Pressupõe-se que locais seriam aqueles exercidos no âmbito municipal. Assim, a cooperação ocorreria por meio do repasse de auxílios e subvenções, e da fiscalização dos recursos empregados.

No entanto, o Art. 135, do mesmo Decreto-Lei, estabelecia que, para o exercício de 1937, os auxílios e subvenções estariam sob a jurisdição do Ministério da Justiça e Negócios

⁴¹⁵ **Coleção das Leis da República dos Estados Unidos do Brasil.** Atos do Poder Executivo. Rio de Janeiro, Imprensa Nacional.

Interiores, através da Caixa de Subvenções⁴¹⁶, em sistema que fora estabelecido ainda em 1931⁴¹⁷, algo que não será tratado neste trabalho, mas que pode ser conferido em Marcos Gonçalves (2011), que analisou o funcionamento da Caixa de Subvenções entre 1931 e 1937. Dessa forma, suponho que o Art. 135 possa ter funcionado como forma de assegurar juridicamente o exercício dos repasses, durante o ano de 1937, até que nova jurisdição fosse encaminhada, o que ocorreu no ano seguinte, através do Decreto-Lei 527.

Assim sendo, em 1938, o Decreto-Lei N° 527, de 1° de julho de 1938, foi instituído para regular a “cooperação financeira da União com as entidades privadas, por intermédio do Ministério da Educação e Saúde”⁴¹⁸. Nesse sentido, pesquisadores como Maria Luiza Mestriner (2001) e Gonçalves (2011) entendem que este Decreto-Lei instituiu um novo arranjo para o repasse de auxílios e subvenções. Através dele, as subvenções estariam submetidas a aprovação do Conselho Nacional de Serviço Social, criado em 1938, e subordinado ao Ministério da Educação e Saúde⁴¹⁹. Observe-se que os Decretos-Lei de criação do referido Conselho, assim como o de regulamentação financeira, foram instituídos concomitantemente, assegurando o arranjo jurídico.

Desse modo, as instituições privadas que estariam aptas a requerer os repasses foram divididas em dois tipos: assistenciais e culturais, conforme as alíneas a e b, do Art. 2, do Decreto-Lei N° 527. Ao mesmo tempo, o Art. 4, nas alíneas a, b, c e d, definiu as modalidades de atuação que poderiam ser subvencionadas, no que se referiu à saúde de mulheres e crianças, constituindo-se de instituições de assistência sanitária, de amparo à maternidade, de proteção à saúde da criança e de assistência a quaisquer espécies de doentes.

⁴¹⁶ **O Decreto nº 20.351, de 31 de Agosto de 1931**, em seu Art. 1º, estabelecia que: “Fica criada a Caixa de Subvenções, destinada a auxiliar estabelecimentos de caridade, tais como: Hospitais, maternidades, creches, leprosários, institutos de proteção à infância e à velhice desvalida, asilos de mendicidade, cegos e surdos-mudos, orfanatos, ambulatórios para tuberculosos, dispensários e congêneres, bem como os estabelecimentos de ensino técnico; não custeados pela União, pelos Estados ou municípios”.

⁴¹⁷ “Em 1937, será feita a distribuição de subvenções às instituições particulares, que realizem serviços de educação ou de saúde, observando-se, quanto ao processo, as disposições dos decretos nº 20.351, de 31 de agosto de 1931, nº 21.220, de 30 de março de 1932, nº 20.597, de 30 de novembro de 1931 e 23.071, de 14 de agosto de 1933”.

⁴¹⁸ **Coleção das Leis da República dos Estados Unidos do Brasil**. Atos do Poder Executivo. Página 6 Vol. 3 Rio de Janeiro, Imprensa Nacional, 1938.

⁴¹⁹ **Decreto-Lei nº 525, de 1º de Julho de 1938**, que instituiu o Conselho Nacional de Serviço Social e fixa as bases da organização do serviço social No Brasil. O Art. 4, alínea d, competia ao Conselho “delinear os tipos das instituições do caráter privado destinadas à realização de qualquer espécie de serviço social e estudar a situação das instituições existentes para o fim de opinar quanto às subvenções que lhes devam ser concedidas pelo Governo Federal”. Complementarmente, o Art. 10, do **Decreto-Lei N° 527, de 1º de julho de 1938**, estabelecia que: “Os requerimentos das instituições assistenciais e os das instituições culturais, com os documentos que os acompanharem, uma vez entrados no Serviço de Comunicações do Ministério da Educação e Saúde, serão remetidos, respectivamente, ao Conselho Nacional de Serviço Social ou ao Conselho Nacional de Cultura, em cujas secretarias serão processadas. O Conselho Nacional de Serviço Social e o Conselho Nacional de Cultura examinarão detidamente os processos que lhes forem submetidos, e os farão conclusos ao ministro da Educação e Saúde, com parecer, em cada caso, sobre se a subvenção federal deve ser ou não concedida.

Sendo assim, o processo para o requerimento de subvenções passava obrigatoriamente pelo preenchimento de um formulário elaborado pelo Conselho Nacional de Serviço Social, que visava reunir uma série de informações sobre as instituições, como forma de atestar sua competência e idoneidade.

Nesse sentido, deveriam ser anexados documentos e respondido um questionário geral sobre as atividades prestadas. Em relação aos documentos, eram solicitados: uma certidão de pessoa jurídica legalmente constituída; os Estatutos da instituição; atestados de funcionamento regular a mais de um ano; que se destinaria às finalidades estabelecidas pelo Decreto-Lei Nº 527; de que possuiria patrimônio ou renda regular; de que não disporia de renda suficiente para manter e desenvolver as atividades; de não recebimento de outra subvenção federal; da prestação de serviços gratuitos aos necessitados; balanço e demonstração de receita e despesa; plantas e fotografias⁴²⁰.

Por sua vez, o questionário era composto das seguintes questões: título da instituição; data de fundação; data em que adquiriu personalidade jurídica e número de registro; decretos de reconhecimento de Utilidade Pública; se recebia subvenções federais; se possuía patrimônio; se havia representação; se patrimônio produzia renda; qual a modalidade da instituição; se possuía filiais; a finalidade da instituição; se a diretoria era remunerada; em caso afirmativo, quanto cada diretor recebia; qual a diretoria atual e quando findaria seu mandato; se instituição remeteria dinheiro para fora do País; se a instituição receberia dinheiro do estrangeiro; quais os serviços de assistência social prestados pela a instituição⁴²¹.

Somado ao questionário, seria necessário o preenchimento de um relatório composto de nove questões que detalhavam ainda mais as atividades das instituições, bem como de um relatório estatístico destacando os números alcançados pelos serviços prestados. Desse modo, conforme o tipo de serviço oferecido pela instituição, havia um tipo de “modelo estatístico”. Havia modelos para hospitais, maternidades e sanatórios; para ambulatórios, consultórios ou dispensários; para asilos, preventórios e colégios com ou sem internato; e, por fim, para creches⁴²².

Dessa forma, se observa que o processo de requerimento era criterioso, procurando estabelecer um juízo abrangente sobre as instituições e os serviços prestados, como forma de assegurar a permanência da oferta de assistência pelas instituições. Por outro lado, as exigências por parte da União, através do Conselho Nacional de Serviço Social, levavam a muitas

⁴²⁰ Arquivo Gustavo Capanema, FGV CPDOC, GC h 1935.00.00.

⁴²¹ Arquivo Gustavo Capanema, FGV CPDOC, GC h 1935.00.00.

⁴²² Arquivo Gustavo Capanema, FGV CPDOC, GC h 1935.00.00.

instituições realizarem os requerimentos através da figura do procurador, particular que realizava a mediação entre as instituições e o Estado⁴²³.

À vista disso, entre 1937 e 1945, excetuando 1940⁴²⁴, foram identificados 33 decretos que realizaram o repasse financeiro da União para 561 estabelecimentos no Rio Grande do Sul.⁴²⁵ No entanto, este foi o número total de beneficiários, incluindo instituições de caráter assistencial e cultural, como definido em Lei. Desse modo, discriminando as entidades que atuavam estritamente no ramo da saúde, este número chegou a 235, em uma proporção considerável em relação ao total. Conforme se observa na tabela abaixo:

Tabela 20 - Relação dos estabelecimentos privados que receberam subvenções (1937-1945)

Ano	Instituição	Cidade	Valor	Tipo
1937				
1	Hospital Alemão	Porto Alegre	5.000\$000	Auxílio
2	Soc. de Beneficência e Caridade	Lajeado	1.500\$000	Auxílio
3	Santa Casa de Misericórdia	Dom Pedrito	2.500\$000	Auxílio
4	Hospital de Caridade	Santa Maria	20.000\$000	Auxílio
5	Hospital São Vicente de Paula	Cruz Alta	15.000\$000	Auxílio
6	Santa Casa de Misericórdia	Porto Alegre	100.000\$000	Auxílio
7	Sociedade Beneficência e Caridade	Lajeado	8.000\$000	Auxílio
8	Sociedade Hospital de Caridade	Santa Rosa	10.000\$000	Auxílio
9	Hospital Montenegro	Montenegro	8.000\$000	Auxílio
10	Maternidade Rosinha Santos Prates	Quaraí	10.000\$000	Auxílio
11	Santa Casa de Misericórdia	Pelotas	40.000\$000	Auxílio

⁴²³ A utilização dos procuradores demonstrou-se intensa, a ponto de causar atritos com a administração federal, como se percebe nesta queixa do Diretor de Divisão de Orçamento, José de Nazaré Teixeira Dias, ao Diretor Geral do Departamento de Administração do Ministério da Educação e Saúde: “Não é de supor que as instituições tenham prazer em constituir procurador, mas sim que o façam movidas pela necessidade de dar andamento aos seus negócios. A instituição sediada fora do Distrito Federal não encontra facilidade em articular-se com o Conselho Nacional do Serviço Social para habilitar-se ao recebimento de subvenção. Lança, assim, mão do procurador que, residindo na capital Federal, está mais próximo da sede do Conselho”. **Arquivo Gustavo Capanema**, FGV CPDOC, GC h 1935.00.00 (9).

⁴²⁴ O ano de 1940 não consta discriminado pois, conforme o Art. 4, do **Decreto-Lei Nº 1.500, de 9 de agosto de 1939**: “Os requerimentos apresentados pelas instituições assistenciais e culturais para habilitação à subvenção federal no corrente ano serão igualmente considerados como pedidos de subvenção federal para o ano de 1940. As instituições, que no corrente ano deixarem de apresentar os seus requerimentos dentro do prazo legal, ou que os tiveram indeferidos, poderão habilitar-se à subvenção federal do ano de 1940, até o próximo mês de agosto”.

⁴²⁵ Repasses, por ano: 1937 – 33; 1938 – 32; 1939 – 58; 1941 – 89; 1942 – 104; 1943 – 103; 1944 – 105; 1945 – 37.

12	Santa Casa de Misericórdia (com maternidade)	Uruguaiiana	30.000\$000	Auxílio
13	Hospital de Caridade	Passo Fundo	20.000\$000	Auxílio
Total:			270.000\$000	

Ano	Instituição	Cidade	Valor	Tipo
1938				
1	Hospital dos Pobres	São Borja	30.000\$000	Auxílio
2	Hospital Montenegro	Montenegro	12.000\$000	Auxílio
3	Hospital de Caridade	Santa Maria	50.000\$000	Auxílio
4	Santa Casa de Misericórdia	Porto Alegre	30.000\$000	Auxílio
5	Santa Casa de Caridade (com maternidade e serviço infantil)	Bagé	50.000\$000	Auxílio
6	Creche São Francisco de Paula	Pelotas	10:000\$000	Auxílio
7	Hospital de Caridade	Quaraí	20:000\$000	Auxílio
8	Hospital de Caridade e Beneficência	Cachoeira	50:000\$000	Auxílio
9	Hospital São Vicente de Paulo	Cruz Alta	15:000\$000	Auxílio
10	Hospital N. S. Auxiliadora	Rosário	6:000\$000	Auxílio
11	Irmandade de Caridade (com serviço infantil)	Alegrete	10:000\$000	Auxílio
12	Santa Casa de Caridade (com maternidade)	Uruguaiiana	30:000\$000	Auxílio
13	Santa Casa de Misericórdia	Santana do Livramento	12:000\$000	Auxílio
14	Santa Casa de Misericórdia	Arroio Grande	5:000\$000	Auxílio
15	Santa Casa de Misericórdia	Pelotas	30:000\$000	Auxílio
16	Sociedade do Hospital de Caridade	Santa Rosa	6:000\$000	Auxílio
17	Sociedade de S. Vicente de Paulo	Pelotas	23:000\$000	Auxílio
Total			389.000\$000	

Ano	Instituição	Cidade	Valor	Tipo
1939				
1	Hospital Bartolomeu Tacchini	Bento Gonçalves	10:000\$000	Subvenção
2	Hospital São Vicente de Paulo	Passo Fundo	20:000\$000	Subvenção
3	Sociedade Beneficente São Pedro Canisio	Bom Princípio (Montenegro)	5:000\$000	Subvenção

4	Hospital Dom Vital de Oliveira	Vacaria	10:000\$000	Subvenção
5	Hospital Espírita	Porto Alegre	5:000\$000	Subvenção
6	Irmandade de Caridade do Senhor Bom Jesus dos Passos	Rio Pardo	10:000\$000	Subvenção
7	Instituto Pestalozzi	Porto Alegre	10:000\$000	Subvenção
8	Instituto de Proteção e Assistência à Infância	Porto Alegre	5:000\$000	Subvenção
9	Santa Casa de Misericórdia S. João Batista (com serviço infantil)	Santa Vitória do Palmar	5:000\$000	Subvenção
10	Sociedade de Literatura e Beneficência (mantenedora do Hospital S. Vicente de Paulo)	Buricá	12:000\$000	Subvenção
11	Sociedade Beneficência e Caridade	Lajeado	10:000\$000	Subvenção
12	Hospital Cibelli	Farroupilha	5:000\$000	Auxílio
13	Hospital de Caridade	Passo Fundo	20:000\$000	Auxílio
14	Santa Casa de Caridade (com maternidade e serviço infantil)	Bagé	25:000\$000	Auxílio
15	Sociedade de Literatura e Beneficência (mantenedora do Hospital S. Vicente de Paulo)	Buricá	12:000\$000	Auxílio
16	Sociedade Beneficente S. Pedro Canisio	Bom Princípio	5:000\$000	Auxílio
17	Hospital de Caridade Brasilina Terra	Tupanciretã	5:000\$000	Auxílio
18	Hospital Beneficente Santo Antônio	Caxias	20:000\$000	Auxílio
19	Hospital Montenegro	Montenegro	10:000\$000	Auxílio
20	Irmandade de S. S. Sacramento e São Francisco de Paula	Pelotas	2:000\$000	Auxílio
21	Sociedade Hospital de Caridade	Santa Rosa	10:000\$000	Auxílio
Total			216.000\$000	

Ano	Instituição	Cidade	Valor	Tipo
1941				

1	Associação de Caridade Santa Casa do Rio Grande	Rio Grande	50:000\$0	Subvenção
2	Associação de Proteção à Infância	Guaíba	10:000\$0	Subvenção
3	Associação Hospital de Santo Ângelo	Santo Ângelo	10:000\$0	Subvenção
4	Creche São Francisco de Paula	Pelotas	10:000\$0	Subvenção
5	Hospital Cibelli	Farroupilha	5:000\$0	Subvenção
6	Hospital de Caridade de Passo Fundo	Passo Fundo	15:000\$0	Subvenção
7	Hospital de Caridade de Quaraí	Quaraí	20:000\$0	Subvenção
8	Hospital de Caridade de Santa Maria	Santa Maria	50:000\$0	Subvenção
9	Hospital de Caridade de Santo Cristo	Santo Cristo	5:000\$0	Subvenção
10	Hospital Dr. Bartolomeu Tacchini	Bento Gonçalves	10:000\$0	Subvenção
11	Hospital Montenegro	Montenegro	10:000\$0	Subvenção
12	Hospital Nossa Senhora Auxiliadora	Rosário	10:000\$0	Subvenção
13	Hospital Santo Antônio	S. Francisco de Assis	20:000\$0	Subvenção
14	Hospital São Sebastião Mártir	Venâncio Aires	5:000\$0	Subvenção
15	Hospital São Vicente de Paulo	Cruz Alta	15:000\$0	Subvenção
16	Hospital São Vicente de Paulo	Passo Fundo	20:000\$0	Subvenção
17	Maternidade de Nossa Senhora de Pompéia	Caxias	6:000\$0	Subvenção
18	Maternidade Rosinha Santos Prates	Quarai	10:000\$0	Subvenção
19	Santa Casa de Caridade	Porto Alegre	30:000\$0	Subvenção
20	Santa Casa de Caridade (com maternidade e serviço infantil)	Bagé	25:000\$0	Subvenção
21	Santa Casa de Misericórdia	Dom Pedrito	10:000\$0	Subvenção
22	Santa Casa de Misericórdia	Porto Alegre	200:000\$0	Subvenção
23	Santa Casa de Misericórdia (com serviço infantil)	Santa Vitória do Palmar	15:000\$0	Subvenção

24	Santa Casa de Misericórdia de Pelotas	Pelotas	30:000\$0	Subvenção
25	Sociedade Beneficente São Pedro Canisio	Bom Princípio	5:000\$0	Subvenção
26	Soc. de Lit. e Benef., mantenedora do Hosp. S. Vic. De Paulo	Três de Maio	10:000\$0	Subvenção
27	Sociedade Hospital de Caridade de Santa Rosa	Santa Rosa	5:000\$0	Subvenção
28	Sociedade Hospitalar de Caridade da Taquara (com maternidade)	Taquara	10:000\$0	Subvenção
29	Hospital de Caridade e Beneficência	Cachoeira	30:000\$0	Subvenção
30	Hospital de Caridade Brasilina Terra	Tupanciretã	5:000\$0	Subvenção
31	Hospital dos Pobres	São Borja	100:000\$0	Subvenção
32	Instituto Pestalozzi	Canoas	20:000\$0	Subvenção
33	Irmandade da Santa Casa de Caridade (com serviço infantil)	Alegrete	25:000\$0	Subvenção
34	Santa Casa de Caridade de Uruguaiana (com maternidade)	Uruguaiana	30:000\$0	Subvenção
35	Santa Casa de Misericórdia de Arroio Grande	Arroio Grande	5:000\$0	Subvenção
36	Sociedade Hospitalar Giruaense	Giruí	3:000\$0	Subvenção
Total			839.000\$0	

Ano	Instituição	Cidade	Valor	Tipo
1942				
1	Associação Hospital de Sto. Ângelo	Santo Ângelo	10:000\$0	Subvenção
2	Creche S. Francisco de Paulo	Pelotas	10:000\$0	Subvenção
3	Hospital de Caridade Brasilina Terra	Tupanciretã	5:000\$0	Subvenção
4	Hospital de Caridade de Jaguarí	Jaguarí	10:000\$0	Subvenção
5	Hospital de Caridade de Passo Fundo	Passo Fundo	15:000\$0	Subvenção

6	Hospital de Caridade de Santa Maria	Santa Maria	30:000\$0	Subvenção
7	Hospital de Caridade de Sto. Cristo	Sto. Cristo	5:000\$0	Subvenção
8	Hospital de Caridade e Beneficência	Cachoeira	50:000\$0	Subvenção
9	Hospital dos Pobres	S. Borja	50:000\$0	Subvenção
10	Hospital Dr. Bartolomeu Tacchini	Bento Gonçalves	10:000\$0	Subvenção
11	Hospital Nossa Senhora Auxiliadora	Rosário	10:000\$0	Subvenção
12	Hospital Santo Antonio	S. Francisco de Assis	20:000\$0	Subvenção
13	Hospital S. Vicente de Paulo	Passo Fundo	20:000\$0	Subvenção
14	Irmandade da Sta. Casa de Caridade de Alegrete (com serviço infantil)	Alegrete	20:000\$0	Subvenção
15	Maternidade Nossa Senhora de Pompéia	Caxias	6:000\$0	Subvenção
16	Maternidade Rosinha Santos Pratos	Quaraí	10:000\$0	Subvenção
17	Sta. Casa de Caridade (com maternidade e serviço infantil)	Bagé	25:000\$0	Subvenção
18	Sta. Casa de Caridade (com serviço infantil)	Jaguarão	30:000\$0	Subvenção
19	Santa Casa de Caridade de Uruguaiiana (com maternidade)	Uruguaiiana	30:000\$0	Subvenção
20	Sta. Casa de Misericórdia	Livramento	20:000\$0	Subvenção
21	Santa Casa de Misericórdia (com serviço infantil)	Sta. Vitória do Palmar	15:000\$0	Subvenção
22	Sta. Casa de Misericórdia de Porto Alegre	Porto Alegre	500:000\$0	Subvenção
23	Sociedade Beneficente S. Pedro Canisio	Bom Princípio	5:000\$0	Subvenção
24	Sociedade de Literatura e Beneficência, mantenedora do Hospital São Vicente de Paulo	Buricá	6:000\$0	Subvenção

25	Sociedade Hospital de Caridade de Sta. Rosa	Sta. Rosa	5:000\$0	Subvenção
26	Associação Damas de Caridade do Hospital São Vicente de Paulo	Cruz Alta	15:000\$0	Subvenção
27	Associação de Caridade Santa Casa do Rio Grande	Rio Grande	30:000\$0	Subvenção
28	Associação de Proteção à Infância	Guaíba	10:000\$0	Subvenção
29	Hospital Beneficente Santo Antônio	Caxias	20:000\$0	Subvenção
30	Hospital de Caridade de Quaraí	Quaraí	20:000\$0	Subvenção
31	Hospital Montenegro	Montenegro	10:000\$0	Subvenção
32	Hospital S. Sebastião Mártir	Venâncio Aires	5:000\$0	Subvenção
33	Instituto de Assistência e Proteção à Infância (ambulatório)	Porto Alegre	10:000\$0	Subvenção
34	Instituto Pestalozzi	Canoas	20:000\$0	Subvenção
35	Irmandade de Caridade do Senhor Bom Jesus dos Passos	Rio Pardo	10:000\$0	Subvenção
36	Santa Casa de Caridade	Dom Pedrito	10:000\$0	Subvenção
37	Santa Casa de Misericórdia	Arroio Grande	6:000\$0	Subvenção
38	Santa Casa de Misericórdia de Pelotas	Pelotas	40:000\$0	Subvenção
39	Sociedade Hospitalar de Caridade de Taquara (com maternidade)	Taquara	10:000\$0	Subvenção
40	Sociedade Hospitalar Giruaense	Giruá	3:000\$0	Subvenção
Total			1.235.000\$0	

Ano	Instituição	Cidade	Valor	Tipo
1943				
1	Associação de Caridade Santa Casa do Rio Grande	Rio Grande	30:000\$0	Subvenção
2	Associação de Proteção à Infância	Guaíba	10:000\$0	Subvenção
3	Associação Hospital Santo Ângelo	Santo Ângelo	10:000\$0	Subvenção

4	Creche São Francisco de Paula	Pelota	10:000\$0	Subvenção
5	Hospital Beneficente Santo Antônio	Caxias	20:000\$0	Subvenção
6	Hospital Bernardina Sales de Barros	Júlio de Castilhos	10:000\$0	Subvenção
7	Hospital Cibelli	Farroupilha	10:000\$0	Subvenção
8	Hospital de Caridade de Jaguarí	Jaguarí	10:000\$0	Subvenção
9	Hospital de Caridade de Passo Fundo	Passo Fundo	15:000\$0	Subvenção
10	Hospital de Caridade de Quaraí	Quaraí	20:000\$0	Subvenção
11	Hospital de Caridade de Santa Maria	Santa Maria	30:000\$0	Subvenção
12	Hospital de Caridade de Santo Cristo	Vila de Santo Cristo	5:000\$0	Subvenção
13	Hospital de Caridade e Beneficência	Cachoeira	30:000\$0	Subvenção
14	Hospital dos Pobres	São Borja	50:000\$0	Subvenção
15	Hospital Dr. Bartolomeu Tacchini	Bento Gonçalves	10:000\$0	Subvenção
16	Hospital Montenegro	Montenegro	10:000\$0	Subvenção
17	Hospital Paroquial Nossa Senhora de Lourdes, de Silva Pais	Prata	5:000\$0	Subvenção
18	Hospital São Sebastião Mártir	Venâncio Aires	5:000\$0	Subvenção
19	Hospital São Vicente de Paulo	Cruz Alta	15:000\$0	Subvenção
20	Hospital São Vicente de Paulo	Passo Fundo	20:000\$0	Subvenção
21	Instituto de Assistência e Proteção à Infância (ambulatório)	Porto Alegre	10:000\$0	Subvenção
22	Instituto Pestalozzi	Canoas	20:000\$0	Subvenção
23	Irmandade de Caridade do Senhor Bom Jesus dos Passos	Rio Pardo	10:000\$0	Subvenção
24	Maternidade Nossa Senhora de Pompéia	Caxias	6:000\$0	Subvenção
25	Maternidade Rosinha Santos Prates	Quaraí	10:000\$0	Subvenção
26	Santa Casa de Caridade (com	Bagé	30:000\$0	Subvenção

	maternidade e serviço infantil)			
27	Santa Casa de Caridade (com serviço infantil)	Jaguarão	20:000\$0	Subvenção
28	Santa Casa de Caridade (com maternidade)	Uruguaiana	30:000\$0	Subvenção
29	Santa Casa de Caridade de Dom Pedrito	Dom Pedrito	10:000\$0	Subvenção
30	Santa Casa de Misericórdia	Livramento	20:000\$0	Subvenção
31	Santa Casa de Misericórdia (com serviço infantil)	Santa Vitória do Palmar	15:000\$0	Subvenção
32	Santa Casa de Misericórdia de Arroio Grande	Arroio Grande	6:000\$0	Subvenção
33	Santa Casa de Misericórdia de Pelotas	Pelotas	40:000\$0	Subvenção
34	Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre	Porto Alegre	300:000\$0	Subvenção
35	Sociedade Beneficente São Pedro Canisio	Bom Princípio	5:000\$0	Subvenção
36	Sociedade de Literatura e Beneficência, mantenedora do Hospital São Vicente de Paulo	Buricá	6:000\$0	Subvenção
37	Sociedade Hospital de Caridade de Taquara (com maternidade)	Taquara	10:000\$0	Subvenção
38	Sociedade Hospital Osvaldo Cruz	Vila Horizonte	3:000\$0	Subvenção
39	Sociedade Mantenedora do Dispensário Infantil Dr. Augusto Duprat	Rio Grande	3:000\$0	Subvenção
40	Sociedade União Popular do Rio Grande do Sul, mantenedora do Hospital de Caridade Sagrada Família e do Asilo da Velhice Desamparada Sagrada Família, de Caí	Porto Alegre	2:000\$0	Subvenção
Total			665.000\$0	

Ano	Instituição	Cidade	Valor	Tipo
-----	-------------	--------	-------	------

1944				
1	Associação de Caridade Hospital dos Pobres	São Borja	100:000\$0	Subvenção
2	Associação de Caridade Santa Casa do Rio Grande	Rio Grande	50:000\$0	Subvenção
3	Associação Hospital Santo Ângelo	Santo Ângelo	12:000\$0	Subvenção
4	Creche São Francisco de Paula	Pelotas	10:000\$0	Subvenção
5	Hospital Bernardina Sales de Baros	Júlio de Castilhos	10:000\$0	Subvenção
6	Hospital Cibelli	Farroupilha	10:000\$0	Subvenção
7	Hospital de Caridade Brasilina Terra	Tupanciretã	10:000\$0	Subvenção
8	Hospital de Caridade de Taquara (com maternidade)	Taquara	10:000\$0	Subvenção
9	Hospital de Caridade de Jaguari	Jaguari	10:000\$0	Subvenção
10	Hospital de Caridade de Quaraí	Quarai	20:000\$0	Subvenção
11	Hospital de Caridade de Santa Maria	Santa Maria	50:000\$0	Subvenção
12	Hospital de Caridade de Santo Cristo, de Vila de Santo Cristo	Santa Rosa	5:000\$0	Subvenção
13	Hospital Dr. Bartolomeu Tacchini	Bento Gonçalves	12:000\$0	Subvenção
14	Hospital Montenegro	Montenegro	10:000\$0	Subvenção
15	Hospital Nossa Senhora Aparecida da Paróquia de São Braz	Pirai	6:000\$0	Subvenção
16	Hospital Nossa Senhora Auxiliadora	Rosário	12:000\$0	Subvenção
17	Hospital Paroquial Nossa Senhora de Lourdes	Prata	5:000\$0	Subvenção
18	Hospital Santo Antônio	São Francisco de Assis	20:000\$0	Subvenção
19	Instituto de Assistência e Proteção à Infância (ambulatório)	Porto Alegre	10:000\$0	Subvenção
20	Irmandade da Santa Casa de Caridade de Alegrete (com serviço infantil)	Alegrete	20:000\$0	Subvenção
21	Irmandade de Caridade do Senhor	Rio Pardo	10:000\$0	Subvenção

	Bom Jesus dos Passos			
22	Maternidade Nossa Senhora de Pompeia	Caxias	6:000\$0	Subvenção
23	Novo Hospital São Roque	Getúlio Vargas	20:000\$0	Subvenção
24	Santa Casa de Caridade (com serviço infantil)	Jaguarão	20:000\$0	Subvenção
25	Santa Casa de Caridade (com maternidade)	Uruguaiana	50:000\$0	Subvenção
26	Santa Casa de Caridade de Bagé (com maternidade e serviço infantil)	Bagé	30:000\$0	Subvenção
27	Santa Casa de Caridade de Dom Pedrito	Dom Pedrito	12:000\$0	Subvenção
28	Santa Casa de Misericórdia (com serviço infantil)	Santa Vitória do Palmar	15:000\$0	Subvenção
29	Santa Casa de Misericórdia de Livramento	Livramento	20:000\$0	Subvenção
30	Santa Casa de Misericórdia de Pelotas	Pelotas	100:000\$0	Subvenção
31	Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre	Porto Alegre	500:000\$0	Subvenção
32	Sociedade Beneficente São Pedro Canisio	Bom Princípio	5:000\$0	Subvenção
33	Sociedade de Literatura e Beneficência, mantenedora do Hospital São Vicente de Paulo, de Três de Maio	Buricá	6:000\$0	Subvenção
34	Sociedade Hospitalar Osvaldo Cruz Vila Horizonte	Vila Horizonte (distrito da Santa Rosa)	3:000\$0	Subvenção
35	Sociedade Mantenedora do Dispensário Infantil Dr. Augusto Duprat	Rio Grande	10:000\$0	Subvenção
36	Dispensário São Vicente de Paulo	Porto Alegre	10:000\$0	Subvenção
37	Hospital de Caridade de Passo Fundo	Passo Fundo	20:000\$0	Subvenção
38	Hospital de Caridade e Beneficência de Cachoeira	Cachoeira	30:000\$0	Subvenção

39	Irmandade da Santa Casa de Caridade de Alegrete (com serviço infantil)	Alegrete	20:000\$0	Subvenção
40	Sociedade Hospital de Caridade de Santa Rosa	Santa Rosa	6:000\$0	Subvenção
Total			1.305.000\$0	

Ano	Instituição	Cidade	Valor	Tipo
1945				
1	Irmandade da Santa Casa de Caridade (com serviço infantil)	Alegrete	25:000\$0	Subvenção
2	Sociedade Doutor Bartolomeu Tacchini	Bento Gonçalves	12:000\$0	Subvenção
3	Sociedade Beneficente São Pedro Canisio	Montenegro	5:000\$0	Subvenção
4	Sociedade Pedagógica Pestalozzi	Canoas	50:000\$0	Subvenção
5	Maternidade Nossa Senhora de Pompéia	Caxias	10:000\$0	Subvenção
6	Associação Damas de Caridade do Hospital São Vicente de Paulo	Cruz Alta	15:000\$0	Subvenção
7	Associação Hospital de Caridade de Ijuí	Ijuí	12:000\$0	Subvenção
8	Hospital de Caridade de Jaguari	Jaguarí	10:000\$0	Subvenção
9	Hospital de Caridade de José Bonifácio	José Bonifácio	10:000\$0	Subvenção
10	Hospital Bernardina Sales de Barros	Júlio de Castilhos	15:000\$0	Subvenção
11	Santa Casa de Misericórdia de Livramento	Livramento	30:000\$0	Subvenção
12	Hospital Montenegro	Montenegro	10:000\$0	Subvenção
13	Sociedade Abrigo e Pão dos Pobres	Montenegro	10:000\$0	Subvenção
14	Hospital São Vicente de Paulo	Passo Fundo	20:000\$0	Subvenção
15	Creche São Francisco de Paula	Pelotas	12:000\$0	Subvenção
16	Instituto de Assistência e Proteção à Infância (ambulatório)	Porto Alegre	10:000\$0	Subvenção
17	Associação de Caridade Santa	Rio Grande	50:000\$0	Subvenção

	Casa do Rio Grande			
18	Sociedade Mantenedora do Dispensário Infantil Dr. Augusto Duprat	Rio Grande	10:000\$0	Subvenção
19	Hospital Nossa Senhora Auxiliadora	Rosário	15:000\$0	Subvenção
20	Hospital de Caridade de Santa Maria	Santa Maria	50:000\$0	Subvenção
21	Santa Casa de Misericórdia (com serviço infantil)	Santa Vitória do Palmar	15:000\$0	Subvenção
22	Associação Hospital Santo Ângelo	Santo Ângelo	15:000\$0	Subvenção
23	Associação de Caridade Hospital do Pobres	São Borja	50:000\$0	Subvenção
24	Hospital Santo Antônio	São Francisco de Assis	20:000\$0	Subvenção
25	Associação de Proteção à Maternidade e à Infância	São Jerônimo	6:000\$0	Subvenção
26	Sociedade Hospital de Caridade Dr. Brauner, antiga Casa da Saúde Dr. Brauner	São Lourenço	6:000\$0	Subvenção
27	Hospital Paroquial Nossa Senhora de Lourdes	Prata	10:000\$0	Subvenção
28	Hospital de Caridade de Taquara (com maternidade)	Taquara	10:000\$0	Subvenção
29	Santa Casa de Caridade de Uruguaiana (com maternidade)	Uruguaiana	50:000\$0	Subvenção
30	Sociedade Hospitalar Osvaldo Cruz	Vila Horizonte (distrito de Santa Rosa)	5:000\$0	Subvenção
Total			568.000\$0	

Fonte: Elaborado pelo autor a partir da Coleção das leis da República dos Estados Unidos do Brasil, entre 1937 e 1945.

Com base na tabela acima, é possível elaborar uma caracterização do envio de auxílios e subvenções, pela União, às instituições de saúde do Estado. Em primeiro lugar, se evidencia que o ramo hospitalar, através de hospitais gerais, foi o mais beneficiado, sendo o responsável por considerável parte da alocação de recursos. Por conseguinte, identificou-se os hospitais que

forneciam serviço de assistência materno-infantil, maternidades, creches e dispensários, todos em menor proporção.

Do mesmo modo, assim como ressaltado por Gonçalves (2011, p. 331), para o contexto anterior ao Estado Novo, nesta pesquisa foi identificada a presença de instituições administradas por ordens religiosas, configurando uma parcela significativa das instituições hospitalares e de assistência materno-infantil. Da mesma forma, identificou-se estabelecimentos geridos por organizações beneficentes da sociedade civil-organizada, como associações de damas/senhoras, círculos operários e sociedades mantenedoras.

Nesse aspecto, ao analisar as relações entre o Estado, as ações de filantropia e a assistência social no período, Mestriner (2001, p. 56-72) entende que a lógica de subvenção a instituições privadas, por intermédio do Conselho Nacional de Serviço Social, constituiu-se como uma estratégia de aproximação do Estado com parte da sociedade civil, sobretudo a religiosa e a economicamente privilegiada. Em concordância com este argumento, entendo que neste caminho de dupla via, além de uma possível aproximação, o governo valer-se-ia de uma estrutura particular previamente constituída.

Em relação ao volume de repasses, foi identificada uma tendência semelhante à observada na análise financeira dos serviços prestados pelo Departamento Estadual de Saúde, com um volume restrito, inicialmente, seguido por um aumento considerável na oferta e, gradualmente, uma diminuição nos anos finais do regime. Assim, os anos de 1942, 1943 e 1944 registraram o maior número de instituições beneficiadas, com 40 estabelecimentos⁴²⁶. Entre 1944 e 1945, houve a diminuição de 10 registros, caindo para 30 o total de beneficiários.

Ressalto que, embora não se observe um aumento progressivo ou, ao menos, estável no valor das subvenções, é preciso observar a proporção entre o número de instituições e o total dispendido. Entendo que essa inconstância possa referir-se ao fato de que o processo de subvenção deveria ser requisitado pelas próprias instituições ao Estado, o que por vezes não ocorria, por motivos diversos. Outro fator poderia estar ligado ao indeferimento das solicitações por inconstâncias na documentação relativa ao exercício fiscal anterior.

Tabela 21 - Relação do número total de instituições e subvenções recebidas (1937-1945)

Ano	Número de instituições	Total de subvenções
1937	13	270.000\$000
1938	17	389.000\$000

⁴²⁶ Conforme relatório de José de Nazaré Teixeira Dias, Diretor da Divisão de Orçamento do Ministério da Educação e Saúde, no período entre 1942 e 1943, o Rio Grande do Sul ocupava a 4ª posição dentre os Estados com maior recebimento de subvenções, sendo precedido por São Paulo, Minas Gerais e Distrito Federal. **Arquivo Gustavo Capanema**, FGV CPDOC, GC h 1935.00.00 (9).

1939	21	216.000\$000
1941	36	839.000\$0
1942	40	1.235.000\$0
1943	40	665.000\$0
1944	40	1.305.000\$0
1945	30	568.000\$0

Fonte: Elaborado pelo autor a partir da Coleção das leis da República dos Estados Unidos do Brasil, entre 1937 e 1945.

Por fim, o cruzamento dos dados contidos nas tabelas de subvenções acima, e de estatísticas produzidas pelo Departamento Estadual de Estatística, para o ano de 1943, permite algumas considerações. Assim, a par de informações sobre o número de instituições e atendimentos na rede hospitalar do Estado, elaborei as tabelas abaixo que dispõe em ordem o ranking de municípios com maior número de hospitais e com maior número de pessoas atendidas nos ambulatórios dos hospitais.

Tabela 22 - Municípios que dispunham do maior número de hospitais (1943)

Municípios	Hospitais
Porto Alegre	14
Cruz Alta, Guaporé	7
Cachoeira, Carazinho, Lagoa Vermelha, Passo Fundo, Santo Ângelo, Taquara	6
Estrela, Santa Cruz, Santa Maria, São Leopoldo, São Luiz Gonzaga	5
Caxias, Encantado, Lajeado, Pelotas, Prata, Sarandi	4

Fonte: Elaborado pelo autor a partir de: Rio Grande do Sul. Departamento de Estatística. **Sinopse estatística municipal**. Porto Alegre: 1945.

Nesse sentido, a tabela acima agrupa as cidades, de acordo com a quantidade de instituições hospitalares que abrigavam. Assim, cada cidade destacada na seção municípios, continha a quantidade de hospitais destacado na seção à direita. Como se percebe, Porto Alegre era isolada a cidade com maior capacidade de atendimento, seguida por Cruz Alta e Guaporé que, somadas, continham a quantidade exibida pela capital.

Assim, relacionando as informações contidas na tabela de subvenções relativa ao ano de 1943, é possível identificar que, dos 20 municípios com o maior número de hospitais, 12 receberam regularmente subvenções federais. Este fato sugere a importância das subvenções para a rede hospitalar do Estado. Ao mesmo tempo, demonstra o investimento da União em políticas de saúde no interior do Estado, em complemento ao sistema dos Centros e Postos. Por seu turno, os municípios em relação aos quais não foram encontrados registros de subvenções, mas que dispunham de hospitais, foram Guaporé, Carazinho, Lagoa Vermelha, Estrela, São

Leopoldo, São Luiz Gonzaga, Encantado e Sarandi (ambas cidades sem registros de unidades sanitárias).

Por outro lado, a tabela abaixo organiza os municípios com o maior número de atendimentos em ambulatórios de hospitais. A mesma recorrência pôde ser observada, indicando que dos 5 municípios com maior demanda de atendimentos, todos foram contemplados com recursos federais no período. Desse grupo, apenas Santa Maria e Cachoeira, ao menos na documentação abordada, não dispunham de algum tipo de assistência materno-infantil subvencionada pelo Estado.

Tabela 23 - Municípios com o maior número de atendimentos nos ambulatórios dos hospitais (1943)

Municípios	Atendimentos
Porto Alegre	119.546
Bagé	17.818
Uruguaiana	8.373
Santa Maria	6.480
Cachoeira	5.631

Fonte: elaborado pelo autor a partir de: Rio Grande do Sul. Departamento de Estatística. **Sinopse estatística municipal**. Porto Alegre: 1945.

Por fim, a partir de relatório solicitado pelo Ministro Gustavo Capanema à Divisão de Proteção Social da Infância, do Departamento Nacional da Criança, foi possível identificar, entre os hospitais selecionados, aqueles que dispunham de serviços especiais de atendimento materno-infantil⁴²⁷. Dessa forma, as seguintes entidades receberam auxílio financeiro federal, no período:

Tabela 24 - Instituições de assistência materno-infantil, por cidade e total recebido (1937-1945)

Instituições	Cidade	Total recebido
Santa Casa de Misericórdia (maternidade)	Uruguaiana	250.000\$0
Santa Casa de Caridade (maternidade e serviço infantil)	Bagé	185.000\$0
Santa Casa de Misericórdia S. João Batista (serviço infantil)	Santa Vitória do Palmar	80.000\$0
Maternidade de Nossa Senhora de Pompéia	Caxias	34.000\$0
Maternidade Rosinha Santos Prates	Quarai	40.000\$0
Sociedade Hospitalar de Caridade da Taquara (maternidade)	Taquara	50.000\$0

⁴²⁷ Arquivo Gustavo Capanema, FGV CPDOC, GC h 1935.06.22 (3438).

Irmandade da Santa Casa de Caridade (serviço infantil)	Alegrete	120.000\$0
Sta. Casa de Caridade (serviço infantil)	Jaguarão	70.000\$0
Instituto de Assistência e Proteção à Infância (ambulatório)	Porto Alegre	40.000\$0
Creche São Francisco de Paula	Pelotas	60.000\$0
Sociedade Mantenedora do Dispensário Infantil Dr. Augusto Duprat	Rio Grande	23.000\$0
Dispensário São Vicente de Paulo	Porto Alegre	10.000\$0
Total		962.000\$0

Fonte: Elaborado pelo autor a partir de: **Arquivo Gustavo Capanema**, FGV CPDOC, GC h 1935.06.22 (3438).

Assim, de acordo com o demonstrado nas linhas acima, se constata o auxílio da União, através de repasses financeiros, à questão da maternidade e infância, no Rio Grande do Sul, no período em análise. As instituições subvencionadas foram, em grande medida, as hospitalares e, secundariamente, aquelas que dispunham de maternidades e/ou serviços infantis. Este aspecto reforça, novamente, o tratamento da saúde da mulher, em grande medida, associada à sua condição materna. Outro aspecto que o esquema acima evidencia é o fato de as instituições discriminadas estarem situadas em regiões fronteiriças do Estado, indicando, possivelmente, para uma estratégia na alocação de recursos.

Dessa forma, compreendo que os dados apresentados neste capítulo devem ser apreendidos em conjunto, como uma composição de elementos variados que, em sua completude, apontam para o exercício das políticas públicas de saúde no Estado, movimento que se compunha, por um lado, através das unidades distritais mantidas pelo poder público e, por outro, por uma rede de assistência hospitalar ligada à administração de regime privado.

Nesse sentido, este conjunto era composto pelos serviços distritais, representados pelos Centros de Saúde e Postos de Higiene, e pela rede de assistência particular, que deveria prestar serviços gratuitos como requisito para receber as subvenções. Assim sendo, entendo que as políticas públicas se manifestavam, neste aspecto, em sentidos complementares e distintos por parte da União e do Estado. Por parte da primeira, fornecendo a sustentação financeira à rede médico-hospitalar privada de assistência à maternidade e à infância a qual, como observado, estava disposta pelo interior do Estado. Por parte do segundo, gerenciando o sistema distrital de Centros de Saúde e Postos de Higiene, além de três maternidades, na Capital, fornecendo uma gama de serviços mais variados, sem, contudo, dispor de assistência referenciada no processo de parto, como ocorrido na rede hospitalar.

Diante disso, como forma de realizar o último esforço nesse sentido, neste trabalho, na seção que se segue e encerra este exercício, buscarei analisar de forma pormenorizada a capital do Estado, Porto Alegre. Desse modo, realizarei um processo metodológico semelhante ao proposto nas duas primeiras seções deste capítulo, nas quais procurei demonstrar e analisar a condição de saúde de mulheres e crianças, através de alguns índices bioestatísticos e, com isso, as políticas executadas pelo Estado do Rio Grande do Sul por meio dos serviços oferecidos pelo Departamento Estadual de Saúde.

4.4 Saúde Pública em Porto Alegre

Na metade final da década de 1930, a área da saúde, no Rio Grande do Sul, passou por algumas alterações de ordem administrativa, em uma perspectiva de consonância com os rearranjos estabelecidos pelo estrato federal, que ocorriam desde 1930, como se pôde observar durante este trabalho. Nesse sentido, entre outros momentos preponderantes nesta organização institucional da saúde, é possível estabelecer um percurso, entre 1935 e 1940, que demarcou a posição do Departamento Estadual de Saúde na composição administrativa do Estado (Alves, 2011, p. 101).

Em linhas gerais, este caminho aponta para a progressiva delimitação da saúde, dentro do organograma institucional do Estado, a partir de parâmetros especializados. Isso ocorreu com a sua separação da área da educação, o que acarretou orçamento próprio, novos desenhos organizacionais, contratação de pessoal, criação de cargos, etc.,⁴²⁸. Assim sendo, a autonomia formal da saúde, em relação à pasta da educação, da qual fazia parte desde 1935, foi institucionalizada com o Decreto-Lei Nº 31, de 06 de setembro de 1940, que procedeu a desincorporação do Departamento de Saúde da Secretaria de Estado da Educação e Saúde Pública⁴²⁹.

⁴²⁸ Uma linha do tempo pode ser traçada a partir do **Decreto nº 5.969, de 26 de junho de 1935**, que criou a Secretaria de Estado dos Negócios da Educação e Saúde Pública, na qual estava alocada a Diretoria de Higiene e Saúde Pública, passando pelo **Decreto Estadual Nº 7.481, de 14 de setembro de 1938**, que criou o Departamento Estadual de Saúde e, por fim, o **Decreto-Lei nº 31, de 06 de setembro de 1940**, que desincorporou o Departamento de Saúde da Secretaria de Estado da Educação e Saúde Pública, conferindo autonomia administrativa ao gerenciamento da saúde no Estado. RIO GRANDE DO SUL. **Fontes para a história administrativa do Rio Grande do Sul**: a trajetória das secretarias de estado (1890-2005). Porto Alegre: CORAG, 2006. p.44.

⁴²⁹ Arquivos do Departamento Estadual de Saúde. **Relatórios e pareceres**. Vol. I, 1940, p. 290-291. (AHRGS). Alves (2011, p. 127) e Brum (2013, p. 223) indicam que desavenças pessoais entre Bonifácio Paranhos da Costa, Diretor do Departamento Estadual de Saúde, e José Pereira Coelho de Souza, podem influenciado no processo de desincorporação.

Entendo que 1940 seja um momento decisivo, pois embora o Departamento Estadual de Saúde tenha sido criado em setembro de 1938, o Decreto N° 7.615, de 13 de dezembro de 1938, que aprovou o regulamento geral da Secretaria da Educação e Saúde Pública, estabelecia que o Departamento de Saúde estaria compreendido à sua jurisdição embora, na prática, suas atuações tenham ocorrido de modo desassociado, a não ser por questões legais e formais.

À vista disso, observo que embora esta seção trate sobre a saúde pública na cidade de Porto Alegre, delimitando ao espaço municipal o exercício das políticas públicas de saúde, as fontes analisadas constituem-se, fundamentalmente, provenientes do Departamento Estadual de Saúde. Com isso, ressalto que a perspectiva de análise se assenta nas estratégias deste Departamento no âmbito circunscrito pelo município.

Todavia, convém observar o fato de que o município se constituía como capital do Estado e, conjuntamente, com o melhor aparato de assistência médico-social, do ponto de vista quantitativo, mas também no que se referiu à diversidade na oferta de serviços. Desse modo, em consonância metodológica com as duas primeiras seções deste capítulo, nas linhas abaixo prosseguirei este exercício, demonstrando e, posteriormente, analisando índices bioestatísticos relativos à cidade de Porto Alegre.

Dessa forma, tal qual na análise do contexto estadual, começo com a progressão populacional de Porto Alegre, como forma de estabelecer um parâmetro para a oferta de serviços de assistência. Assim sendo, a capital do Rio Grande do Sul contou com a seguinte estimativa populacional, entre 1937 e 1945, conforme se pode observar no quadro abaixo:

Tabela 25 - População de Porto Alegre (1937-1945)

Ano	População
1937	258.440
1938	264.185
1939	269.930
1940	275.678
1941	281.420
1942	287.160
1943	292.900
1944	298.640
1945	*

Fonte: Arquivos do Departamento Estadual de Saúde. **Relatórios e pareceres**. Vol. V, 1944, p. 233. (AHRGS).

Nesse sentido, a partir dos números acima, se percebe que a população de Porto Alegre exibiu um aumento total gradual durante o recorte estabelecido. Comparando-se a dinâmica populacional, ano a ano, se observa que o movimento demográfico da capital se demonstrou

semelhante ao do Estado, no período, orbitando entre 2,2 e 2%, em média⁴³⁰. Contudo, em ambos, foi identificada uma tendência de queda na proporção de aumento, saindo da casa dos 2,2%, em 1937, para próximo dos 2,0% em 1944.

Por fim, entre 1937 e 1945, Porto Alegre representava entre 8,1 e 8,2% da população do Estado⁴³¹. Ao mesmo tempo, salientando a divisão da população por sexo, em 1920, a cidade apresentaria 49.14% de homens e 50.86% de mulheres. Por outro lado, em 1939, a proporção seria de 48.95% de homens e 51.05% de mulheres⁴³². Comparando-se estes dados com os relativos ao Estado, se percebe que as proporções são semelhantes, contudo, inversas, pois o contingente de mulheres na Capital seria superior, ao contrário do identificado no Estado, no período.

Assim sendo, partindo deste contexto demográfico, se torna possível formular algumas considerações sobre as doenças que foram as principais causas de mortes, na cidade de Porto Alegre, entre todas as faixas etárias, de menores de 1 ano até superiores a 60 anos. Para esta finalidade, foram analisados dados do Anuário de Bioestatística do Departamento Nacional de Saúde entre os anos de 1938 e 1945.

Tabela 26 - Principais causas de óbitos em Porto Alegre (1938-1945)

Anos	Principais Causas de óbito por ano					Total	Geral
	1	2	3	4	5		
1938	Tuberculos e do aparelho respiratório (926)	Diarreia e enterite (menor 2 anos (730)	Doenças do coração e do aparelho circulatório (722)	Meningite e doenças do sistema nervoso e dos órgãos dos sentidos (300)	Nefrites e doenças do aparelho urinário e genital (295)	2.973	5.241
1939	Diarreia e enterite (993)	Tuberculos e do aparelho respiratório (981)	Doenças do coração e aparelho circulatório (738)	Bronquites, pneumonias e broncopneumonias e doenças do aparelho respiratório, exceto a tuberculose (699)	Nefrites e doenças do aparelho urinário e genital (312)	3.723	5.672

⁴³⁰ Entre 1920 e 1930, a população de Porto Alegre exibiu um aumento na ordem de 56,6%, em tendência que se mantinha, aproximadamente, nestas proporções, desde 1900. Por sua vez, entre 1930 e 1939, este aumento foi da ordem de 37,5%, enquanto no Estado foi de 12,9%. **Sinopse estatística de Porto Alegre** / Departamento Estadual de Estatística - Porto Alegre. Ed. Globo, 1940.

⁴³¹ No ano de 2021 a população estimada de Porto Alegre era de 1.492.530 pessoas, e a do Rio Grande do Sul 11.466.630. Sendo assim, a capital representava 13,02% da população do Estado. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/rs.html>. Acesso em: 16 mai. 2023.

⁴³² **Sinopse estatística de Porto Alegre** / Departamento Estadual de Estatística - Porto Alegre. Ed. Globo, 1940, p. 22.

1940	Tuberculos e do aparelho respiratório (939)	Diarreia e enterite (856)	Doenças do coração (504)	Pneumonia e broncopneumonia (497)	Câncer e outros tumores malignos (268)	3.064	5.499
1941	Tuberculos e do aparelho respiratório (1041)	Diarreia e enterite (1037)	Pneumonias e broncopneumonia (554)	Doenças do coração (508)	Câncer e outros tumores malignos (286)	3.426	5.990
1942	Tuberculos e do aparelho respiratório (1041)	Diarreia e enterite (menor 2 anos) (914)	Pneumonias e broncopneumonia (586)	Doenças do coração (549)	Câncer e outros tumores malignos (310)	3.400	5.984
1943	Tuberculos e do aparelho respiratório (1141)	Diarreia e enterite (menor 2 anos) (704)	Doenças do coração (461)	Pneumonias e broncopneumonia (443)	Câncer e outros tumores malignos (292)	3.041	5.485
1944	Tuberculos e do aparelho respiratório (1145)	Diarreia e enterite (menor 2 anos) (518)	Doenças do coração (508)	Pneumonias e broncopneumonia (428)	Câncer e outros tumores malignos (332)	2.931	5.442
1945	Tuberculos e do aparelho respiratório (1262)	Doenças do coração (551)	Diarreia e enterite (menor 2 anos) (548)	Pneumonias e broncopneumonia (451)	Câncer e outros tumores malignos (357)	3.169	5.728

Fonte: elaborado pelo autor a partir de: **Anuário de Bioestatística 1933-1938**. 1ª. ed. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1945, p. 67; **Anuário de Bioestatística 1939-1941**. 1ª. ed. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1947, p. 170-175; **Anuário de Bioestatística 1942-1946**. 1ª. ed. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1951, p. 345-354.

Com base na tabela acima, se depreende que duas doenças, sendo as quais, tuberculose do aparelho respiratório e diarreia e enterite em menores de 2 anos de idade, representaram a significativa causa de mortes no período em questão. Ao mesmo tempo, comparando-se com as causas de mortes ampliadas ao contexto do Estado, se identifica confluência no quesito de mortalidade. Um aspecto a ser denotado é o fato de que a diarreia e enterite, em menores de 1 ano, configuraram entre as maiores causas de óbito geral por 4 vezes dentro do recorte. Este fato demonstra a dimensão da mortalidade infantil causada por problemas intestinais e da mortalidade infantil, de modo geral, pois superavam as causas de mortes das outras faixas etárias.

Por conseguinte, as doenças do coração e aparelho circulatório, pneumonias e broncopneumonia, nefrites e doenças do aparelho urinário e genital, e câncer e outros tumores malignos, compuseram este quadro pesados. Nesse aspecto, cotejando as principais doenças causadoras de óbito, no Estado, com aquelas identificadas em Porto Alegre, se percebe, novamente, a dimensão do problema da saúde infantil, pois as decorrências da debilidade congênita, que se refere a debilidades em recém-nascidos, de destacava como uma das principais causas de mortes gerais no Rio Grande do Sul⁴³³, ao mesmo tempo que a diarreia e enterite, em crianças abaixo de 2 anos, cumpria este mórbido papel em Porto Alegre.

Persistindo nesse aspecto, se torna possível avaliar este cenário através da discriminação a partir da faixa etária e do sexo dos indivíduos, acometidos pelas doenças que resultaram em maior número de óbitos, na capital, entre 1939 e 1945. Nesse sentido, os valores da tabela abaixo se referem às enfermidades, organizadas na tabela por ano, em ordem de maior para menor causa de óbito⁴³⁴.

Inicialmente os números demonstram que as faixas etárias mais acometidas foram, em primeiro lugar, os menores de um ano e, em seguida, entre 1 e 4 anos. Posteriormente, os valores demonstram quedas substanciais, havendo aumento gradual, sobretudo, em idades a partir de 29 anos⁴³⁵. Nesse conjunto, as principais causas de óbito foram diarreia e enterite, pneumonias e broncopneumonia, além de debilidade congênita, vícios de conformação congênitos, nascimento prematuro e doenças peculiares ao 1º ano de vida.

Em vista disso, durante o intervalo dos 7 anos analisados, essas doenças foram as três principais causas de morte, entre menores de 1 até 9 anos de idade, em Porto Alegre. Sinaliza-se, do mesmo modo, a alta incidência de óbitos em menores de 1 ano, o que significou uma alta taxa de mortalidade, visto que esta faixa etária era a considerada para o respectivo cálculo.

⁴³³ Recapitulando, as 5 principais causas de óbito, no Estado, entre 1940 e 1943 eram: diarreia e enterite, tuberculose, doenças do coração, debilidade congênita, pneumonias e broncopneumonias e câncer.

⁴³⁴ Doenças que causaram maior número de óbitos, por ano. Em **1939**, “Diarreia e enterite, apendicite, doenças do fígado e das vias biliares, doenças do aparelho digestivo”, “pneumonias e broncopneumonia”, “debilidade congênita, vícios de conformação congênitos, nascimento prematuro e doenças peculiares ao 1º ano de vida”. Em **1940**, “Diarreia e enterite”, “pneumonias e broncopneumonia”, “debilidade congênita, vícios de conformação congênitos, nascimento prematuro e doenças peculiares ao 1º ano de vida”. Em **1941**, “Diarreia e enterite”, “pneumonias e broncopneumonia”, “debilidade congênita, vícios de conformação congênitos, nascimento prematuro e doenças peculiares ao 1º ano de vida”. Em **1942**, “Diarreia e enterite”, “pneumonias e broncopneumonia”, “debilidade congênita, vícios de conformação congênitos, nascimento prematuro e doenças peculiares ao 1º ano de vida”. Em **1943**, “Diarreia e enterite”, “debilidade congênita, vícios de conformação congênitos, nascimento prematuro e doenças peculiares ao 1º ano de vida”, “pneumonias e broncopneumonia”. Em **1944**, “Diarreia e enterite”, “debilidade congênita, vícios de conformação congênitos, nascimento prematuro e doenças peculiares ao 1º ano de vida”, “pneumonias e broncopneumonia”. Em **1945**, “Diarreia e enterite”, “debilidade congênita, vícios de conformação congênitos, nascimento prematuro e doenças peculiares ao 1º ano de vida”, “pneumonias e broncopneumonia”.

⁴³⁵ **Anuário de Bioestatística 1939-1941**. 1ª. ed. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1947, p. 60.

Outro dado se refere ao fato de que, em linhas gerais, o sexo masculino observou maior mortalidade, em todas as faixas etárias.

Realizando a comparação entre as principais causas de óbito em menores de 1 ano de idade, relativas ao Estado e aquelas respectivas à capital, foi identificada correspondência, pois diarreia e enterite, debilidade congênita, vícios de conformação congênitos, nascimento prematuro, além de pneumonias e broncopneumonias corresponderam, nos contextos estadual e municipal, as maiores causas de óbitos infantis.

Tabela 27 - Principais causas de óbito, por faixa etária e por sexo, em Porto Alegre (1939-1945)

Faixa etária	Menores de 1 ano		Entre 1 e 4 anos		Entre 5 e 9 anos		Total		Total geral	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
1939	847	747	157	153	46	49	1.050	949	3022	2650
1940	685	577	231	208	43	33	959	818	3060	2439
1941	761	645	278	254	51	50	1.090	949	3174	2816
1942	735	636	313	297	38	42	1.086	975	3171	2813
1943	604	547	229	252	30	33	863	832	2921	2564
1944	534	422	194	157	49	49	777	628	2986	2456
1945	551	437	225	185	66	32	842	654	3072	2656

M: Masculino.

F: Feminino.

Fonte: elaborado pelo autor a partir de: Rio Grande do Sul. Departamento de Estatística. **Sinopse estatística municipal**. Porto Alegre: 1945.

De acordo com a disposição dos números acima, divididos por faixa etária, e dos óbitos totais gerais (por faixa etária e sexo) apresentados, se permite o cálculo entre o total de óbitos causados pelas doenças descritas, entre menores de 1 até 9 anos, e o total geral de óbitos em Porto Alegre, dentre todas as idades e causas⁴³⁶. Feito isso, se constatou que os óbitos na faixa etária entre menores de 1 até 9 anos, no período, representaram, na maior parte do tempo, 1/3 das mortes totais. Todavia, analisando-se a série histórica, entre 1939 e 1945, se identifica uma tendência de diminuição nesta equivalência, que exibiu um percentual de 35.24%, em 1939, chegando a 26.12%, em 1945⁴³⁷. Ressalte-se, contudo, que esta diminuição se refere à

⁴³⁶ Optou-se pelo recorte etário entre menores de 1 até 9 anos, visto que o recorte entre 10 e 14 anos observava os menores índices de mortalidade, seguido pela faixa entre 15 e 19 anos.

⁴³⁷ **1939:** 35.24%; **1940:** 32.31%; **1941:** 34.04%; **1942:** 34.44%; **1943:** 30.90%; **1944:** 26.25%; **1945:** 26.12%.

mortalidade entre menores de 1 até 9 anos e não, especificamente, à mortalidade infantil, que se delimita a menores de 1 ano de idade.

Desse modo, esta proporção se apresenta como mais uma evidência da extensão da mortalidade infantil no recorte estabelecido, em especial na capital do Estado do Rio Grande do Sul. Ao mesmo tempo, demonstra que tanto o discurso médico observado neste capítulo e no anterior, quanto as ações verificadas através do Departamento Estadual de Saúde, na seção precedente, se justificaram diante da gravidade do problema. Igualmente, que em certa medida, as políticas públicas, sobretudo alimentares e voltadas para o cuidado materno-infantil, surtiram algum efeito, mesmo que diante de um problema com esta extensão.

Nesse contexto, a tabela abaixo auxilia a tradução desta problemática, pois se insere de modo complementar à anterior, ao especificar a quantidade de nascidos vivos e os óbitos em menores de 1 ano, o que, como referi anteriormente, são componentes do cálculo para mortalidade infantil. Assim, explicita em termos comparativos os índices de mortalidade infantil apresentados em Porto Alegre com aqueles relativos ao Rio Grande do Sul.

No entanto, observo que os números apresentados nesta tabela, oriundos do Departamento Estadual de Saúde, não se apresentam plenamente em concordância com aqueles fornecidos pelo Serviço Federal de Estatística, ligado ao Departamento Nacional de Saúde. Por outro lado, se não completamente correspondentes, se apresentam muito próximos o que, considero, não invalidam o exercício. Ainda, a comparação entre as duas fontes de dados aponta para um acréscimo nos números de nascidos vivos, ao passo que uma atenuação dos óbitos, por parte do Departamento Estadual.

Tabela 28 - Mortalidade infantil em Porto Alegre e Rio Grande do Sul (1937-1944)

Ano	Nascidos vivos em Porto Alegre	Óbitos menores 1 ano	Mortalidade infantil Porto Alegre	Mortalidade infantil RS
1937	4.691	1.200	257,9	109,9
1938	5.168	1.239	239,7	132,9
1939	5.106	1.277	250,0	80,6
1940	5.762	1.267	219,8	119,0
1941	6.026	1.407	233,4	131,6
1942	6.447	1.375	213,2	128,3
1943	6.536	1.150	175,9	111,7
1944	6.828	957	140,1	*

Fonte: elaborado pelo autor a partir de: Arquivos do Departamento Estadual de Saúde. **Relatórios e pareceres**. Vol. VI, 1945, p. 241. (AHRGS).

Não obstante as advertências, a partir da tabela acima se pode identificar que os índices de mortalidade infantil, no recorte proposto, demonstraram uma tendência de queda, o mesmo

padrão que fora identificado para os óbitos entre menores de 1 até 9 anos. Embora os anos de 1939 e 1941 tenham apresentado piora nos índices, em seu conjunto, a série observou uma queda na mortalidade infantil de 45.72%, saindo de um índice de 257,9, em 1937, para 140,0, em 1945. Entretanto, dispondo em comparação os índices de Porto Alegre com outras capitais, como Belo Horizonte e São Paulo, se pode dimensionar os números apresentados na capital.

Diante disso, a tabela abaixo permite salientar que a mortalidade infantil, em Porto Alegre, entre 1937 e 1942, excetuando-se o intervalo entre 1939 e 1941, período para o qual não se obteve dados, manteve-se notadamente alta. Nessa perspectiva, embora tenha observado a tendência de queda razoável, como demonstrado, em comparação com Belo Horizonte e São Paulo, os índices foram consideravelmente superiores.

Tabela 29 - Mortalidade infantil em Belo Horizonte, São Paulo e Porto Alegre (1937-1945)

Ano	Belo Horizonte	São Paulo	Porto Alegre
1937	149,0	134,3	257,9
1938	149,8	138,1	239,7
1942	132,5	121,5	213,2
1943	126,0	115,3	175,9
1944	127,9	113,7	140,1
1945	110,6	101,4	143,6

Fonte: elaborado pelo autor a partir de: **Anuário de Bioestatística 1937-1945**. 1ª. ed. Rio de Janeiro:

Imprensa Nacional, 1947.

Do mesmo modo, realizando a comparação entre os índices demonstrados pela capital e aqueles exibidos pelo Estado, novamente se identifica que, em todo o período, o índice de mortalidade foi consideravelmente maior, mesmo tendo em vista que Porto Alegre contava com uma dimensão territorial mais restrita e, como demonstrado, representando por volta de 8% da população estadual. Ao mesmo tempo, conforme Alves (2011) e Brum (2013), a cidade dispunha de um aparelhamento de maior vulto, em comparação com o restante das municipalidades do Estado, sobretudo por dispor dos Centros de Saúde, estabelecimentos com maior e mais diversificada oferta de serviços.

Nessa perspectiva, conforme indicam os números do Departamento Estadual de Estatística, em 1943, Porto Alegre disporia de uma posição privilegiada do ponto de vista da assistência médica. Contaria com o maior número de hospitais (14), com o maior número de pessoas atendidas nos ambulatórios dos hospitais (119.546), com o maior número de pessoas

atendidas em enfermarias (8.321) e, do mesmo modo, com o maior número de atendimentos em Postos de Higiene (26.750)⁴³⁸.

Este dado, contemplando os serviços hospitalares e os distritais, sugerem a abrangência, em tese, da prestação de serviços na capital. Todavia, como observou-se acima, os índices de mortalidade por doenças que aplacavam as crianças e, de modo específico, os índices de mortalidade infantil, eram altos em comparação a outras capitais e, igualmente, aos índices do Estado.

Dessa forma, nas linhas abaixo serão realizadas algumas considerações em relação aos serviços de Higiene da criança, Serviço pré-natal, Serviço de Higiene dentária, e Serviço de higiene escolar referentes ao ano de 1939. Embora compreendendo um período restrito, entendo que a dinâmica de oferta destes serviços, comparados àqueles realizados no Estado, no mesmo recorte, podem apontar questões pertinentes. Ao mesmo tempo, por constituírem-se em serviços voltados ao público materno-infantil, é possível considerar sua importância na diminuição dos índices de mortalidade, sobretudo, infantil.

O primeiro serviço a ser abordado é o da higiene da criança que, em conjunto ao serviço pré-natal, desempenharam a assistência mais abrangente em relação à maternidade e à infância, pois trataram do ciclo completo, da gestação até o acompanhamento pós-natal. Como mencionado, entendo que estes serviços tenham realizado os serviços de puericultura, propriamente, embora não tenham exibido esta alcunha, ao menos institucionalmente.

Tabela 30 - Serviço de higiene da criança em Porto Alegre (1939)

	Serviço de Higiene da criança		Total
	Infantes	Pré-escolares e escolares	
Comparecimentos para matrícula e primeiro exame	4.032	3.697	7.729
Comparecimentos para reexame e consulta	8.196	5.126	13.322
Socorros de alimentos distribuídos	164.643	*	164.643
Visitas de Educadoras Sanitárias (inclusive infantes)	*	18.469	18.469
Total	176.871	27.292	204.433

Fonte: elaborado pelo autor a partir de: Rio Grande do Sul. Departamento de Estatística. **Sinopse estatística municipal**. Porto Alegre: 1945.

Nesse sentido, como visto, em 1939 a população de Porto Alegre era de, aproximadamente, 269.930 habitantes. Em linhas gerais, como denotado na análise do contexto

⁴³⁸ Rio Grande do Sul. Departamento de Estatística. **Sinopse estatística municipal**. Porto Alegre: 1945.

estadual, a distribuição de alimentos, assim como as visitas das educadoras sanitárias, representara o maior exercício.

Em relação ao primeiro serviço, em 1939, para todo o estado, foram distribuídos 294.511 socorros de alimentos. Dessa forma, os 164.643 distribuídos, apenas em Porto Alegre, ganham uma proporção relevante, representando 55.90% das distribuições neste ano. Por seu turno, foram realizadas, em âmbito estadual, 38.507 visitas das educadoras sanitárias, ao passo que 18.469, na capital. Nesta relação, Porto Alegre foi contemplada com 47.96% do total de serviços realizados no Estado.

Prosseguindo, chega-se ao serviço pré-natal, que oferecia o acompanhamento das mulheres gestantes por parteiras e educadoras sanitárias, além do fornecimento de utensílios a serem utilizados no pós-parto, pelas mães (Alves, 2011, p. 181). Em linhas gerais, segundo a tabela abaixo, o serviço prestado em Porto Alegre representou por volta de 35% do total do estado. Dentro disso, o serviço das educadoras sanitárias representou a maior proporção, aproximando-se dos 40%, o que pode ter relação ao maior número destas profissionais na capital do Estado.

Em 1939, a cidade contabilizou 5.106 crianças nascidas vivas. Nesse sentido, com a assistência de 846 gestantes pelas parteiras, chegou-se ao percentual de 16.57% de gestações assistidas pelo serviço em Porto Alegre. No mesmo ano, no estado, as gestações assistidas pelas parteiras atingiram um percentual de 2.92%, o que indica uma maior concentração deste serviço na capital, assim como o das educadoras sanitárias.

Tabela 31 - Serviço pré-natal em Porto Alegre (1939)

Serviço pré-natal	
Comparecimento para matrícula e primeiro exame	1.683
Comparecimento para reexame ou consultas	4.137
Comparecimento para exame pós-natal	117
Gestantes cuja assistência foi permitida a parteiras	846
Pacotes obstétricos fornecidos	94
Comparecimentos de parteiras para instrução	625
Visitas de Educadoras Sanitárias	4.142
Total	11.644

Fonte: elaborado pelo autor a partir de: Rio Grande do Sul. Departamento de Estatística. **Sinopse estatística municipal**. Porto Alegre: 1945.

Avançando nas considerações, chega-se ao serviço de higiene dentária. Este serviço, como referido, oferecia uma assistência materno-infantil, assim como o serviço de higiene da criança e do serviço pré-natal, pois englobava as gestantes e crianças. Novamente, a comparação entre os dados relativos ao estado e ao município demonstram a significativa oferta

de serviços na capital. No ano de 1939, o comparecimento de crianças e gestantes ao serviço correspondeu à 55.20% e 52.39%, respectivamente, da assistência prestada no estado.

Diante disso, recorro que este serviço, conforme demonstrado por Alves (2011), seria oferecido mediante o registro de utilização de outros serviços públicos de saúde. Esta característica sugere, assim como os índices percentuais observados em relação ao estado, uma maior oferta, assim como utilização, na capital, dos serviços de saúde do Departamento Estadual de Saúde.

Tabela 32 - Serviço de higiene dentária em Porto Alegre (1939)

Serviço de higiene dentária		
	Crianças	Gestantes
Total de comparecimentos	8.737	1.097
Extrações	2.770	487
Obturações	1.771	217
Curativos	9.774	1.533
Total	23.052	3.354

Fonte: elaborado pelo autor a partir de: Rio Grande do Sul. Departamento de Estatística. **Sinopse estatística municipal**. Porto Alegre: 1945.

Por fim, havia o serviço de higiene escolar, que era responsável pela inspeção de estabelecimentos de ensino, assim como de funcionários e estudantes. De certo modo, este serviço pode ser compreendido como um “posto avançado” em relação aos Centros de Saúde e Postos de Higiene, visto que ia ao encontro dos indivíduos, realizando o diagnóstico e encaminhamento para outros serviços de atendimento⁴³⁹.

Em relação à tabela abaixo, destacou-se o percentual de escolares examinados, comparando-se com o que foi observado no âmbito estadual. Desse modo, no ano de 1939, com 10.340 escolares examinados, o serviço em Porto Alegre correspondeu à 50.53% dos exames realizados no estado, visto que houve 20.465 em todo o conjunto. No que se referiu aos fichamentos, esta proporção foi ainda maior, pois a capital foi responsável por 54.75% dos fichamentos de estudantes⁴⁴⁰. Assim sendo, a abordagem comparativa deste serviço evidenciou,

⁴³⁹ De acordo com Felicíssimo Difini, chefe da Divisão Técnica do Departamento Estadual de Saúde, o serviço de higiene escolar funcionaria nas unidades sanitárias, fora da capital, mas nesta teria “vida autônoma”. Nesse sentido, não se conseguiu identificar se havia um local próprio para o serviço, ou havia o deslocamento até os estabelecimentos de ensino, o que parece ser mais plausível. Arquivos do Departamento Estadual de Saúde. **Relatórios e pareceres**. Vol. V, 1944, p. 104. (AHRGS).

⁴⁴⁰ No ano de 1943 foram fichados, em Porto Alegre, 17.917 escolares, representando 33.22% dos fichamentos de escolares no estado. Dos 17.917, 9.336 foram identificados com subnutrição, ou seja, 52.11% das crianças estavam subnutridas. Arquivos do Departamento Estadual de Saúde. **Relatórios e pareceres**. Vol. V, 1944, p. 104. (AHRGS). Por sua vez, em 1944, em serviço de cooperação entre o Departamento Estadual de Saúde (Serviço de Higiene Escolar) e a Secretaria da Educação, foram distribuídos, diariamente, 1.000 litros de leite para escolares

mais uma vez, a concentração da execução dos serviços na capital, correspondendo a consideráveis proporções em relação ao conjunto dos serviços prestados no estado.

Tabela 33 - Serviço de higiene escolar em Porto Alegre (1939)

Discriminação do serviço realizado	Discriminação do quantitativo realizado
Estabelecimentos de ensino visitados	125
Estabelecimentos de ensino fichados	24
Escolares examinados	10.340
Escolares fichados	16.106
Escolares afastados por doença	135
Escolares encaminhados a serviço médico-dentários	1.733
Cartas aos pais	2.563
Total	31.161

Fonte: Elaborado pelo autor a partir de: Rio Grande do Sul. Departamento de Estatística. **Sinopse estatística municipal**. Porto Alegre: 1945.

Dessa forma, a extensão dos serviços na capital, mesmo que para um recorte temporal restrito, apenas um ano, estimula alguns apontamentos sobre os índices de mortalidade em crianças, de modo geral, e de mortalidade infantil, especificamente. Ao analisar os índices de mortalidade infantil em Porto Alegre, entre 1910 e 1927, Korndörfer (2007, p. 94-95) concluiu que não se poderia identificar uma tendência explícita de crescimento ou queda, utilizando o termo “flutuação”. Examinando os dados apresentados para a década precedente ao recorte deste exercício, se observa que, entre 1937 e 1945, a mortalidade infantil em Porto Alegre apresentou índices superiores, ou seja, maior mortalidade.

Todavia, a progressão dos índices evidencia, mesmo que neste contexto de alta, uma queda gradual e constante na mortalidade infantil, durante o período abordado. Conforme os números apresentados pelos serviços distritais na capital, ainda que circunscritos aos termos apresentados, a suposição de que tenham concorrido para a queda da mortalidade infantil em Porto Alegre torna-se plausível. Ao mesmo tempo, abre-se a perspectiva para investigações subsequentes.

subnutridos e desnutridos de Porto Alegre, sob a supervisão dos Centros de Saúde. De um total de 14.332 escolares, 3.286 estavam subnutridos (22,9%) e 1.664 desnutridos (11,6%), representando um total de 34,6% de escolares com problemas nutricionais. Arquivos do Departamento Estadual de Saúde. **Relatórios e pareceres**. Vol. VI, 1945, p. 173. (AHRGS).

4.4.1 Epílogo: políticas materno-infantis e indefinição institucional

Uma das primeiras questões que surgiram, por ocasião da formulação deste trabalho de Tese, foi sobre a existência de um Departamento Estadual da Criança no Rio Grande do Sul. No reduzido número de trabalhos de pesquisa em História que se debruçaram sobre o recorte espaço-temporal e temático aqui estabelecido, não se encontram vestígios de sua existência.

Contudo, a retórica de articulação entre União e Estados, elaborada através do Ministério da Saúde, mas, sobremaneira, a criação de um Departamento Nacional da Criança, em 1940, para a coordenação das atividades em âmbito nacional, impôs o exercício da incerteza fáctica. Nesse sentido, de acordo com a pesquisa realizada, é possível afirmar que não houve um Departamento Estadual da Criança, no Rio Grande do Sul, no recorte deste trabalho. Por outro lado, Estados como São Paulo, Bahia, Ceará e Piauí estabeleceram esse serviço⁴⁴¹. Assim sendo, entendo que este esclarecimento possibilite que investigações históricas posteriores prossigam a partir deste contexto institucional, no Rio Grande do Sul.

No capítulo anterior, em passagem sobre a 1ª Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em 1941, demonstrei divergências entre o Diretor do Departamento Nacional da Criança, Olympio Olinto de Oliveira, e o Ministro da Educação e Saúde, Gustavo Capanema. Este desentendimento fora desencadeado pois o diretor não assentia com a inserção dos assuntos materno-infantis nas discussões amplas sobre saúde pública, que ocorreriam na Conferência Nacional de Saúde. Oliveira argumentou que o assunto deveria ser tratado por especialistas, na Conferência Nacional de Proteção à Infância, que ocorreria em 1942.

Ainda neste capítulo, identifiquei outra evidência de que a condução de uma política nacional de saúde materno-infantil, pelo Departamento Nacional da Criança, e que teria suas decorrências nos Estados, não logrou efetividade. O indício surgiu, mais uma vez, nas discussões da Conferência Nacional de Saúde, onde o Diretor do Departamento Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul, Bonifácio Costa, submeteu à deliberação um Plano Nacional de Saúde.

De acordo com este Plano, o Ministério da Saúde, autônomo à pasta da educação, seria composto por dois Departamentos, um de Saúde Pública e, outro, de Assistência Médico-Social. Subordinado a este último estaria a Diretoria de Assistência à Maternidade e à Infância, responsável pelas políticas de assistência materno-infantis. Nos estados, os serviços ficariam subordinados ao governo estadual, através de um Departamento Estadual de Saúde, a ser

⁴⁴¹ Arquivo Gustavo Capanema, FGV CPDOC, GC h 1935.06.22 (12).

chefiado por um médico sanitário. Os serviços de maternidade e infância estariam inseridos nos serviços distritais de higiene⁴⁴². Como é possível perceber, nas seções anteriores, no Rio Grande do Sul, os serviços de assistência materno-infantil foram executados neste modelo.

Soma-se, neste conjunto, a “reunião dos diretores estaduais de puericultura”, convocada por Capanema, em outubro de 1944⁴⁴³. Este evento contou com representantes da maioria dos Estados - exceto Paraná e Mato Grosso -, do território federal de Rio Branco, além de representantes do Ministério da Justiça, da Legião Brasileira de Assistência e do Ministério do Trabalho⁴⁴⁴. Não prolongarei a análise desta reunião, por não contemplar os objetivos agora propostos, no entanto, destacarei duas questões as quais, entendo, contribuem com meu argumento.

A primeira diz respeito ao objetivo da reunião que, de acordo com o ministro Capanema, seria o de “verificar as realizações que estão sendo empreendidas em todo o país, no terreno da puericultura”, e “assentar planos de trabalho que nos permitam, cada vez mais, agir com método, segurança e eficiência”⁴⁴⁵. Nesse sentido, Capanema prosseguiu, dizendo que “a principal finalidade desta reunião é tratar da articulação do Departamento Nacional da Criança com os departamentos, divisões, seções, enfim, com as repartições estaduais de puericultura”⁴⁴⁶.

A segunda, se refere ao fato desta reunião ter sido concebida e convocada pelo Ministério da Educação e Saúde e, somente após, ter sido comunicada ao Diretor do Departamento Nacional da Criança, Olinto de Oliveira. Este fato resultou em flagrante descontentamento do diretor, que respondeu em ofício para Capanema, dizendo que “teria sido necessário convocar a Conferência com um prazo suficiente, e trazer ao seu seio estudos preparados pelos relatores que tivessem sido designados oportunamente, como é de *praxe universal* (grifos meus)”⁴⁴⁷. Prosseguiu, ao dizer que a reunião havia sido “convocada há poucos dias e os temas para ela foram escolhidos na véspera da sua inauguração, sem que o Departamento federal, ao qual o assunto está afeto, tivesse sido ouvido a respeito”⁴⁴⁸.

⁴⁴² Arquivos do Departamento Estadual de Saúde. **Relatórios e pareceres**. Vol. I, 1940, p. 9-11. (AHRGS).

⁴⁴³ Ocorrido em 16 de outubro de 1944 no salão de conferências do Ministério da Educação e Saúde.

⁴⁴⁴ Representantes: Amazonas, Pará, Maranhão, Piauí, Ceará, Rio Grande do Norte, Paraíba, Pernambuco, Alagoas, Sergipe, Bahia, Espírito Santo, Rio de Janeiro, Distrito Federal, São Paulo, Santa Catarina, Rio Grande do Sul, Minas Gerais, Goiás e Território Federal de Rio Branco. **Arquivo Gustavo Capanema**, FGV CPDOC, GC h 1935.06.22 (4).

⁴⁴⁵ **Arquivo Gustavo Capanema**, FGV CPDOC, GC h 1935.06.22 (2).

⁴⁴⁶ **Arquivo Gustavo Capanema**, FGV CPDOC, GC h 1935.06.22 (2).

⁴⁴⁷ **Arquivo Gustavo Capanema**, FGV CPDOC, GC h 1935.06.22 (2).

⁴⁴⁸ **Arquivo Gustavo Capanema**, FGV CPDOC, GC h 1935.06.22 (2).

Não obstante este episódio, Olinto de Oliveira enviou algumas sugestões de pautas e compareceu ao início dos trabalhos, compondo a mesa inaugural. Todavia, assim como havia procedido na 1ª Conferência Nacional de Saúde, no dia seguinte ao primeiro dia de evento, 17 de outubro, enviou correspondência particular à Gustavo Capanema, comunicando que não compareceria ao restante das sessões. Como justificativa, Oliveira citou seu estado de saúde precário, assim como lembrou o ocorrido em 1941, no qual ficara “tão grandemente comprometido o prestígio do Departamento Nacional da Criança”. Encerrou seu breve ofício dizendo que “nestas condições não me seria possível levar contribuição alguma de valor à presente reunião, convocada à última hora e com um programa que não me foi possível estudar”⁴⁴⁹.

Nesse sentido, as reiteradas dissonâncias entre os representantes do Departamento Nacional da Criança e do Ministério da Educação e Saúde sugerem que houve certo descompasso no alinhamento de atribuições. Em conjunto, soma-se o fato da execução e coordenação dos serviços materno-infantis terem sido desenvolvidos, na maior parte dos casos, interligados aos serviços gerais de saúde pública, como ocorreu no Rio Grande do Sul, por exemplo.

Corroborando esta possibilidade, na citada reunião dos diretores de puericultura, Gustavo Capanema proferiu que “o Governo Federal criou o Departamento Nacional da Criança com o fim de dar a este órgão novo na administração federal a direção total do problema da proteção à infância”⁴⁵⁰. Ressalte-se que o Departamento havia sido instituído 4 anos antes, através do Decreto-Lei Nº 2.024, de 17 de fevereiro de 1940.

No entanto, prosseguiu afirmando ser o Departamento responsável pela saúde da criança, mas também pela ampla questão da maternidade, infância e adolescência, ao passo que sinalizou que “tal organismo central de direção não implica, evidentemente, uniformidade rigorosa nas organizações estaduais”⁴⁵¹. Como justificativa, apontou uma série de elementos, afeitos às particularidades dos Estados, que impediriam a referida uniformidade.

Sendo assim, no contexto delineado, se tornam compreensíveis duas manifestações contidas nos Arquivos do Departamento Estadual de Saúde, as quais se tornariam desconexas, sem a ciência das discussões no âmbito geral. A primeira, no artigo “A cooperação do Rio Grande do Sul no problema da proteção à maternidade e à infância”, no qual se informou que:

A política sanitária e assistencial que o DES vem desenvolvendo, no âmbito da proteção à maternidade e à infância, é consequente da própria finalidade deste órgão

⁴⁴⁹ Arquivo Gustavo Capanema, FGV CPDOC, GC h 1935.06.22 (4).

⁴⁵⁰ Arquivo Gustavo Capanema, FGV CPDOC, GC h 1935.06.22 (2).

⁴⁵¹ Arquivos do Departamento Estadual de Saúde. **Relatórios e pareceres**. Vol. V, 1944, p. 161. (AHRGS).

e reflete o critério tendente a promover e assegurar a articulação e interdependência de todos os serviços e iniciativas oficiais e particulares de saúde pública no Rio Grande do Sul, de acordo com o sentido unitário de orientação técnico-administrativa de sua organização. Arquivos do Departamento Estadual de Saúde. **Relatórios e pareceres**. Vol. V, 1944, p. 161. (AHRGS).

Na continuação deste artigo, Eleyson Cardoso, Diretor do Departamento Estadual de Saúde após a saída de Bonifácio Costa, e que apresentara o texto na reunião dos diretores de puericultura, justificou-se dizendo que esta forma de organização não “representaria sectarismo”, e que estaria em conformidade com a concepção “de ilustres e experimentados sanitaristas, cujo depoimento, pelo valor da autoridade, merece ser acatado para se impor como uma norma a seguir”⁴⁵².

Por último, em meio ao referido artigo, consta anexado um “Voto coletivo dos representantes do Amazonas, Pará, Piauí, Rio Grande do Norte, Pernambuco, Alagoas, Espírito Santo e Rio Grande do Sul”⁴⁵³. Neste voto, que aparentemente foi proferido no encontro dos diretores de puericultura, os representantes pontuaram 7 motivos para discordarem da “criação de Departamentos autônomos nos Estados para tratar do problema da proteção à maternidade, à infância e à adolescência”⁴⁵⁴. Não examinarei os motivos pormenorizadamente, mas é possível estabelecer que, em síntese, trataram sobre a necessidade de articulação entre os serviços de maternidade e infância e os de saúde pública, em geral, e que o estabelecimento de serviços especializados e autônomos aos departamentos estaduais de saúde implicaria em despesas públicas desnecessárias⁴⁵⁵.

Diante do que foi exposto nas linhas acima e, partindo do contexto de execução distrital dos serviços de saúde pública, entendo seja permitido considerar que houve certo desalinhamento na coordenação das políticas públicas voltadas à maternidade e à infância. Torna-se plausível este entendimento, visto que o Ministério da Educação e Saúde instituiu um Departamento Nacional da Criança para este fim, em 1940, mas como observado, em 1944 não havia uma definição clara e disposição política, nos Estados, como no Rio Grande do Sul, de submeter os serviços de saúde materno infantil à coordenação direta do Departamento Nacional da Criança.

De outro modo, a sugestão de determinado desalinhamento não implica na alegação de que as políticas não foram executadas, mas que foram realizadas obedecendo a particularidades do arranjo institucional estadual, no caso do Rio Grande do Sul. Ao mesmo tempo, seguindo as

⁴⁵² Arquivos do Departamento Estadual de Saúde. **Relatórios e pareceres**. Vol. V, 1944, p. 161. (AHRGS).

⁴⁵³ Arquivos do Departamento Estadual de Saúde. **Relatórios e pareceres**. Vol. V, 1944, p. 175. (AHRGS).

⁴⁵⁴ Arquivos do Departamento Estadual de Saúde. **Relatórios e pareceres**. Vol. V, 1944, p. 175. (AHRGS).

⁴⁵⁵ Arquivos do Departamento Estadual de Saúde. **Relatórios e pareceres**. Vol. V, 1944, p. 177. (AHRGS).

concepções médico-científicas dos gestores, como Bonifácio Costa, por exemplo. No entanto, embora tenha havido discordâncias, pode-se dizer, organizacionais, as linhas gerais estabelecidas pelo Ministério da Educação e Saúde foram seguidas, o que não ocorreu, na dimensão pretendida, em relação ao projeto proposto pelo Departamento Nacional da Criança, chefiado por Olympio Olinto de Oliveira.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

No decurso das páginas anteriores procurei compreender as políticas públicas de saúde para mulheres e crianças, no Estado do Rio Grande do Sul, majoritariamente, entre os anos de 1937 e 1945, inseridas no contexto de um regime político autoritário o qual a historiografia define como Estado Novo.

Contudo, extensões e restrições cronológicas foram utilizadas, assim como ocorreu, do mesmo modo, a inserção dialógica do contexto nacional e continental americano. Entendo que esta dinâmica metodológica tenha contribuído para a compreensão do contexto abordado no plano histórico, concorrendo, desse modo, para uma perspectiva comparada em relação ao desenvolvimento da saúde de mulheres e crianças no Brasil e, em parte, na América, através de uma organização continental relevante, a Organização Pan-Americana da Saúde.

A documentação utilizada foi, de modo essencial, produzida pela burocracia de Estado, em maior medida, durante o período entre 1937 e 1945, caracterizado por uma forma específica de governo, a partir de suas estruturas autoritárias. Da mesma forma, foram utilizados documentos de organizações oficiais representativas da categoria médica e científica. De modo específico, em relação à tipologia documental, foram utilizados documentos de procedências heterogêneas como legislações, atos normativos, relatórios, bibliografias, anais, periódicos, dados estatísticos, correspondências de autoridades, etc.

Entendo que a pluralidade documental tenha proporcionado uma apreensão abrangente e necessária sobre o tema analisado. Alguns dos tópicos foram desenvolvidos de modo original, complementando uma série de lacunas que haviam sido deixadas por trabalhos anteriores e que foram contempladas, neste exercício, a partir de uma perspectiva distinta. Metodologicamente, este aspecto trouxe desafios ao exercício de análise, pois foi imperioso o exame de documentos, mas, sobretudo, de temáticas circunscritas em documentos que, em primeira impressão, não teriam relação direta com o tópico saúde pública, mas que compuseram um quebra-cabeças fundamental para a análise histórica e construção de conhecimento histórico.

Em relação à procedência documental, ligada em grande medida ao Estado, esta característica poderia denotar uma certa limitação do processo de análise, visto que seu contexto de produção se demonstra restrito, embora tipologicamente diverso. No entanto, não considero este fato um limitador da inteligibilidade da pesquisa, *a priori*, pois compreendo que este exercício esteja inscrito em um campo maior de produção do conhecimento que deve ser levado em consideração, de forma complementar.

Dessa forma, o diálogo realizado com áreas correlatas como enfermagem, economia e estatística, sociologia e serviço social, dentre outras, contribuiu durante minha argumentação para a percepção desta complementariedade entre o campo de investigação. Ao mesmo tempo, a característica autoritária no exercício de governo, como procurei argumentar durante o texto, refletiu-se em uma forma particular, logo histórica, de produção documental ao prescindir da participação de setores sociais mais amplos e a produção de ampla documentação burocrática, em especial, de cunho jurídico-político representada pelos Decretos e Decretos-Lei⁴⁵⁶.

Assim sendo, como estratégia para contemplar os objetivos propostos neste trabalho de Tese, desenvolvi três perspectivas gerais de análise separadas pelo exercício metodológico, mas que requerem apreensão conjunta. Embora cada uma delas possa ser apreendida de modo distinto, pois contêm uma lógica própria, sobretudo temática, sua consideração em conjunto visou constituir, ao mesmo tempo, o contexto histórico e teórico-metodológico a partir do qual a análise do último capítulo, voltado exclusivamente ao exercício das políticas públicas de saúde, no Estado do Rio Grande do Sul, foi realizada.

Dessa forma, em retrospecto, a primeira perspectiva contemplou a relação entre as políticas públicas de saúde e a política, neste exercício, considerada como a expressão de determinado governo por meio de sua retórica e de seus atos administrativos, em maior medida, os jurídico-políticos, como Constituições, Decretos-Leis, Decretos e outros atos normativos. A intenção foi analisar de que formas o discurso político e sua materialização, as Cartas constitucionais de 1934 e 1937 e os atos administrativos decorrentes, abordaram mulheres e crianças sob a ótica da saúde como política pública de Estado.

Nesse sentido, restou evidente que a partir de deliberado papel social circunscrito às mulheres e às crianças, desenvolveu-se uma forma específica de políticas de saúde. Este fato foi traduzido através da análise discursiva e dos dispositivos político-jurídicos que apontaram para a constituição de uma política materno-infantil que reduziu a possibilidade heterogênea das mulheres à sua suposta função social da maternidade. Ao mesmo tempo, como se pôde perceber nas primeiras seções, a efetiva organização de um sistema de saúde voltado à maternidade e à infância demonstraram a materialização, nas estruturas do Estado, deste pressuposto.

⁴⁵⁶ O Estado Novo, como regime político autoritário e expressão de poder socioeconômico, deteve uma forma particular de relacionar-se com a sociedade e, da mesma forma, de exercer o seu governo prescindindo da participação popular. Ainda carecem análises aprofundadas que interpretem o sentido da verdadeira atrofiação de normas e decretos como forma de governo. Entendo que estudos nesse sentido podem auxiliar a compreensão de uma, dentre tantas, formas de expressão do autoritarismo de determinados governos políticos na sua relação com as sociedades.

Diante disso, tornou-se possível compreender que houve uma disposição institucional, no que se referiu à assistência em saúde de mulheres e crianças por parte do Estado, mas isso ocorreu em detrimento de uma concepção heterogênea e ampla em relação à saúde das mulheres, de modo específico. Da mesma forma, denotar as estruturas de assistência em saúde do Estado organizadas para uma forma específica de saúde da mulher, mas também das crianças, indicou a materialização de uma concepção política a partir da qual o governo em questão esteve orientado. Nesse sentido, como procurei argumentar nas seções anteriores, a análise das políticas públicas de saúde foi uma forma de compreender um aspecto político do Estado Novo.

Prosseguindo, o segundo eixo de análise referiu-se ao que denominei de emergência da saúde pública, e que obedeceu ao recorte temporal entre os anos de 1934 e 1947. Assim sendo, utilizei o termo emergência valendo-me de sua possibilidade semântica que permite as acepções de contingência, de gravidade, entre outros, mas também a ideia de algo que emerge, que surge como um elemento significativo em determinado momento.

Nesta parte do trabalho procurei analisar como o entendimento sobre a saúde de mulheres e crianças percorreu círculos médicos e científicos do Brasil e do Continente Americano. A intenção foi averiguar quais aspectos da saúde destes grupos foram destacados, em âmbito nacional e internacional, em organizações da categoria médica e em órgãos de discussão e divulgação científica. Ao mesmo tempo, ainda que de modo secundário, este movimento permitiu que se observassem os pontos críticos no que disse respeito à saúde de grupos sociais no Brasil, mas também na América, em menor medida.

Como estratégia abordei a Organização Pan-Americana da Saúde, instituição que foi um polo irradiador de ações em políticas públicas na primeira metade do século XX e da qual fizeram parte figuras relevantes da saúde pública brasileira, como demonstrado. A partir disso, investiguei quais foram as questões prementes sobre saúde pública, do Brasil, que foram expostas aos pares americanos nos encontros realizados através dos Congressos Sanitários Internacionais. Da mesma forma, realizei exercício semelhante analisando uma revista médica, “O Brasil Médico”, sediada no Rio de Janeiro, e dois Congressos que se propuseram de abrangência nacional, o 1º Congresso Nacional de Saúde Escolar e a 1ª Conferência Nacional de Saúde, ambos em 1941.

Assim sendo, este movimento possibilitou expôr em tela as concepções sobre saúde em torno dos grupos de meu interesse em determinado contexto histórico. Ao mesmo tempo, com esta delimitação esboçada, tornou-se possível que se avaliasse, na seção subsequente, em que

medida as concepções sobre saúde discutidas, nos círculos abordados, estiveram presentes nas políticas públicas postas em prática no Estado do Rio Grande do Sul.

Em linhas gerais, compreendo que este capítulo logrou informações pertinentes sobre a atuação de brasileiros neste círculo médico-científico, bem como ao demonstrar as ênfases que se apresentaram em relação à saúde de mulheres e crianças. Nesse sentido, embora a política materno-infantil tenha sido o carro-chefe da organização da saúde brasileira, no âmbito do Continente Americano a saúde das crianças apresentou-se em maior desenvolvimento mesmo que, neste ponto, a partir de uma perspectiva materno-infantil, nos debates apresentados e nos trabalhos científicos publicados. No que se referiu ao Brasil, propriamente, entendo que este panorama tenha sido semelhante do ponto de vista da aplicação das políticas públicas, sobretudo, no Rio Grande do Sul.

Outro aspecto que reputo pertinente, e que poderá ser desenvolvido de forma mais sistemática em novas pesquisas, é o fato de que foi possível observar a participação de personagens atuantes na saúde pública brasileira na Organização Pan-Americana da Saúde. Nesse sentido, abre-se caminho para investigar a atuação de médicos participantes nesta organização e que também compuseram governos no Brasil. Este paralelo poderá indicar uma medida mais precisa da influência da OPAS na saúde pública brasileira nas décadas de 1930 e 1940 e, conseqüentemente, dos participantes brasileiros na organização.

Por sua vez, a terceira e última parte deste exercício de Tese esteve concentrada em uma análise pormenorizada do contexto em saúde pública do Estado do Rio Grande do Sul e, de modo específico, da cidade de Porto Alegre, entre 1937 e 1945, majoritariamente. A cidade foi selecionada como referência, pois constituía-se, assim como ainda se mantem, como capital do Estado, e detinha o maior contingente populacional. De forma complementar, também foram utilizados dados de outras cidades, sobretudo, referidos a índices de enfermidades e de capacidade de assistência médica, que contribuíram para a elaboração de uma perspectiva geral.

Por seu turno, embora o capítulo tenha iniciado a partir de uma contextualização geral sobre a saúde pública no Estado, no seu decurso detive a abordagem na cidade de Porto Alegre, assim como trouxe índices respectivos a algumas cidades do Estado. Este fato permitiu a comparação no que se referiu à alocação de recursos, capacidade e extensão das redes de assistência e, com isso, certa medida de efetividade das ações em saúde pública no decorrer dos anos sob exame.

Como mencionado no texto, uma das principais adversidades no desenvolvimento da pesquisa relativa o Rio Grande do Sul foi a instabilidade dos dados estatísticos o que, por vezes,

dificultou uma análise mais precisa, mas que permitiu uma abordagem qualitativa que, para o exercício de construção do conhecimento histórico, mostrou-se adequada.

Assim sendo, após o panorama sobre as principais enfermidades que assolaram o Rio Grande do Sul, durante as décadas de 1930 e 1940, busquei compreender as implicações na burocracia e na formulação das políticas públicas, devido ao exercício de um poder autoritário. Com este intuito, relacionei a burocracia estado-novista e as políticas públicas, e analisei a relevância da expedição de Decretos e Decretos-Lei como um instrumento de governo, dinâmica que expressou uma forma de ação do governo estado-novista na sua relação com a sociedade, que se caracterizou pela prescindibilidade do diálogo com amplos setores sociais.

Nesse sentido, entendo que esta seja uma característica importante que o estudo das políticas públicas de saúde pode trazer como contribuição para o estudo da política, de modo geral, sobretudo de um governo marcadamente autoritário como o Estado Novo. As expressões autoritárias de um governo político têm a sua face mais visível nos conflitos resultantes de sua interação com setores discordantes de determinada sociedade, sejam movimentos sociais organizados ou através de eventos marcados pela espontaneidade e casualidade, e que são deflagrados circunstancialmente.

No entanto, existem outros parâmetros de análise que, em meu ponto de vista, ainda permanecem pouco explorados, ao menos no campo da historiografia, e que se referem à organização da burocracia de governo que se instala em determinado Estado para o exercício do poder político. As políticas de saúde, neste ponto, podem expressar o autoritarismo de um contexto histórico através das concepções sobre saúde e doença de grupos sociais e, ao mesmo tempo, de acordo com a forma em que são elaboradas, estruturadas e postas em práticas por um governo.

Ainda neste capítulo, explorei a atuação do governo federal no auxílio às instituições particulares de assistência. Como pude demonstrar, o repasse de verbas federais a instituições de assistência em saúde, sobretudo materno-infantil, foi regular, embora tenha havido variações nos montantes repassados. Os dois principais tipos beneficiados foram hospitais e maternidades, o que levou à consideração de que o auxílio federal às instituições de direito administrativo privado tenham ocorrido de forma complementar ao investimento realizado na rede de assistência pública. Funcionou, do mesmo modo, como uma espécie de complemento à rede geral de assistência, sobretudo em regiões caracterizadas por grandes áreas territoriais e populações dispersas, como as áreas de fronteira do Estado, por exemplo. De certa forma, este expediente contribuiu para redimensionar o papel das instituições particulares nas políticas

públicas de assistência em saúde, de fato, e não apenas na área da caridade, dimensão demonstrada pela historiografia como presente desde o começo do século XX.

Do mesmo modo, a análise de serviços públicos de assistência em saúde na cidade de Porto Alegre, representados pelos Postos de Higiene e Centros de Saúde, trouxeram alguns parâmetros que contribuem para que se avalie o exercício das políticas públicas na capital. Em linhas gerais, demonstrei que houve um esforço de investimento por parte dos poderes públicos no que se referiu à saúde. Em retrospecto histórico este é um dado interessante, visto que demarca uma interpretação, por parte da categoria política, do papel do Estado em relação à sociedade em áreas sensíveis como a saúde.

Ao mesmo tempo, outro elemento que emergiu através do cruzamento dos dados foi o fato de que as principais enfermidades que assolaram o Estado do Rio Grande do Sul permaneceram, quase sem alterações, as mesmas durante um considerável período entre as décadas de 1920 e 1940. Este é um dado que se coloca para análises posteriores, pois ainda permanecem lacunas a serem respondidas. Principalmente, como argumentei na seção anterior, visto que doenças ligadas a condições inadequadas de alimentação, higiene, salubridade e saneamento básico, apresentaram-se como recorrentes em um considerável espaço de tempo, lançando luz sobre a relação entre condição social e saúde.

Por fim, a abordagem pormenorizada da cidade de Porto Alegre, na sua relação com os demais municípios do Estado, à época, posicionou a mortalidade infantil como o grave problema de saúde pública no Rio Grande do Sul entre 1937 e 1945. No recorte temporal estabelecido, foi possível indicar o investimento financeiro, de material e pessoal, no sistema distrital de saúde pública no Estado. De modo particular, a cidade de Porto Alegre apresentou as maiores proporções de investimento, ao passo que também exibia os índices de mortalidade mais elevados. Neste contexto, o Rio Grande do Sul exibia altos índices de mortalidade infantil, sobretudo em menores de 2 anos de idade, em comparação a outros Estados proporcionalmente semelhantes.

Assim sendo, de acordo com a análise dos atendimentos realizados e as áreas privilegiadas, além das enfermidades que acometiam os grupos em análise neste trabalho, tornou-se possível delinear um panorama de alta mortalidade infantil que ocorria à despeito de ter sido identificado empenho por parte do poder público nesta questão. Como demonstrado, embora com índices elevados, a interpretação da série histórica permitiu que, em um cenário de altos índices, tenha havido a atenuação da mortalidade infantil. Nesse sentido, coloca-se a perspectiva para que pesquisas subsequentes possam averiguar se este dado diz respeito a uma resultante histórica, ou seja, reflexo de uma abordagem deficiente por parte do Estado durante

os anos, ou estaria relacionado a uma atuação deficiente no recorte espaço-temporal delimitado por este trabalho.

REFERÊNCIAS

ABREU, Luciano Aronne de. **O Rio Grande Estadonovista: interventores e interventorias**. Tese de Doutorado. São Leopoldo: Universidade do Vale do Rio dos Sinos, 2005.

_____, Luciano Aronne de. **Um olhar regional sobre o Estado Novo**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2007. p. 268.

_____, Luciano Aronne de. O sentido democrático e corporativo da não-Constituição de 1937. **Estudos Históricos** (Rio de Janeiro) [online]. 2016, v. 29, n. 58 [Acessado 18 agosto 2021], pp. 461-480. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S2178-14942016000200008>>.

ALBUQUERQUE JÚNIOR, Durval Muniz de. A dimensão retórica na historiografia. In.: PINSKY, C. B.; LUCA, T. R. (org.). **O historiador e suas fontes**. São Paulo: Contexto, 2009, 333p.

ALVES, Gabrielle Werenicz. **Os caminhos da saúde pública rio-grandense: continuidades e transformações na era Vargas**. Editora Prismas, 2015.

_____, Gabrielle Werenicz. **Políticas de saúde pública no Rio Grande do Sul: continuidades e transformações na era Vargas (1928-1945)**. 2011. 216 f. Dissertação (Mestrado em História) - Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011.

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

ARAÚJO, Angela Maria Carneiro. **A construção do consentimento: corporativismo e trabalhadores nos anos 30**. São Paulo: FAPESP/Scritta, 1998.

ARIÉS, Philippe. **História social da criança e da família**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1986.

AUGUSTO, Maria Helena Oliva. Políticas públicas, políticas sociais e política de saúde: algumas questões para reflexão e debate. **Tempo Social; Rev. Sociol. USP**, São Paulo, 1 (2): 105-119, 2 sem. 1989.

AZEVEDO DIAS, W. L. de. (2019). Estado Novo como propositore da nação: o tema do regionalismo perpassando a ideologia do regime entre 1938 e 1945. **REVES - Revista Relações Sociais**, 2(4), 0540–0555. <https://doi.org/10.18540/revesv12iss4pp0540-0555>.

AZEVEDO, Nara; FERREIRA, Luiz Otávio. Modernização, políticas públicas e sistema de gênero no Brasil: educação e profissionalização feminina entre as décadas de 1920 e 1940. **Cad. Pagu**. n.27, p.213-254, 2006.

BARATA, Rita Barradas. Cem anos de endemias e epidemias. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. 2000, v. 5, n. 2 [Acessado 6 Abril 2022], pp. 333-345. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232000000200008>>. Epub 19 Jul 2007. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232000000200008>.

BARBOSA, Leonardo Augusto de Andrade. **História constitucional brasileira: mudança constitucional, autoritarismo e democracia no Brasil pós-1964** / Leonardo Augusto de Andrade Barbosa [recurso eletrônico]. – Brasília: Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2012.

BASTOS, M.H.C. **O novo e o nacional em revista: a revista do ensino do Rio Grande do Sul - 1939 - 1942**. 1994. Tese (Doutorado em Educação) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 1994.

BENCHIMOL, J. **Febre Amarela: a doença e a vacina: uma história inacabada**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2001.

BERNSTEIN, Serge. A cultura política. In: RIOUX, Jean-Pierre; SIRINELLI, Jean François. **Por uma história cultural**. Lisboa: Estampa, 1998. p. 349-363.

BERTOLLI FILHO, C. **História social da tuberculose e do tuberculoso: 1900-1950** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2001. 248p. Antropologia & Saúde collection. ISBN 85-7541-006-7. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>.

BEZERRA, SL., COUTINHO DA SILVA M., BEZERRA Z, ZM. & FÉRES C., T. (2014). A compreensão da infância como construção sócio-histórica. **Revista CES Psicologia**, 7(2), 126-137.

BIRN, A.-E.: O nexos nacional-internacional na saúde pública: o Uruguai e a circulação das políticas e ideologias de saúde infantil, 1890-1940. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, v. 13, n. 3, p. 675-708, jul.-set. 2006.

_____, Anne-Emanuelle. Child health in Latin America: historiographic perspectives and challenges. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.14, n.3, p.677-708, July-Sept. 2007.

BOBBIO, Norberto; MATTEUCCI, Nicola; PASQUINO, Gianfranco. **Dicionário de política**. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 1ª ed., 1998.

BONOW, Germano Mostardeiro. **Indicadores de saúde do Rio Grande do Sul – Aspectos históricos: 1900-1977**. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1979.

BOURDIEU, Pierre, 1930- **Pierre Bourdieu: sociologia I** organizador [da coletânea] Renato Ortiz; [tradução de Paula Montero e Alicia Auzmendi]. - São Paulo: Ática, 1983.

BRAGA, Douglas de Araújo Ramos. A infância como objeto da história um balanço historiográfico. In.: **Revista Angelus Novos**. USP – Ano VI, n. 10, p. 15-40, 2015.

BRASIL. [Constituição (1937)]. **Constituições Brasileiras: 1937**. 3ª. ed. Brasília: Editora do Senado Federal, 2012. 120 p. v. 4.

_____. [Constituição (1934)]. **Constituições Brasileiras: 1934**. 3ª. ed. Brasília: Editora do Senado Federal, 2012. 163 p.

BRAVO, M. I. Política de saúde no Brasil. In: MOTA, A. E. et al. **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: OPAS: OMS: Ministério da Saúde, 2006.

BRESSER-PEREIRA, Luiz Carlos. **A construção política do Brasil** – Sociedade, economia e Estado desde a Independência. São Paulo: Editora 34, 2015.

BRUM, Cristiano Enrique de. **O “interventor da saúde”**: trajetória e pensamento médico de Bonifácio Costa e sua atuação no Departamento Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul (1938-1943). Dissertação de Mestrado – Universidade do Vale do Rio dos Sinos, Programa de Pós-Graduação em História: São Leopoldo, 2013.

BRUM, Jane Lilian Ribeiro. **Práticas em saúde voltadas para a mulher e a criança: Carazinho, um município recém-emancipado (1931-1945)**. Dissertação de Mestrado (Enfermagem). Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Escola de Enfermagem. Porto Alegre, 2000.

_____, Jane Lilian R. Organização dos serviços de saúde pública no Rio Grande do Sul, Brasil: anos 1930 e 1940. **Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre (RS) 2004 abr;25(1):70-80.

BULCÃO, Irene. **Investigando as políticas de assistência e proteção à infância**: psicologia e ações do Estado. Tese (doutorado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Psicologia. Rio de Janeiro, 2006.

CAMARANO, Ana Amélia. Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica. **Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea)**. Rio de Janeiro. Série monográfica: Texto para Discussão. 2002.

CAMARGO, Dilan D’Ornellas. **Centralização e Intervenção**: padrão Político e Institucional do Estado Novo no Rio Grande do Sul - O Conselho Administrativo de Estado – RS [recurso eletrônico] / Dilan D’Ornellas Camargo -- Porto Alegre, RS: Editora Fi, 2020.

CARVALHO, José Murilo de. **Cidadania no Brasil**. O longo Caminho. 3ª ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002.

CAMPOS, André Luiz Vieira de. Cooperação internacional em saúde: o serviço especial de saúde pública e seu programa de enfermagem. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 879-888, Junho, 2008.

CAULFFIELD, Sueann; Martins, Elizabeth de Avelar. **Em defesa da honra**: moralidade, modernidade e nação no Rio de Janeiro (1918-1940). Campinas, UNICAMP, 2000.

CHARAUDEAU, Patrick. O Discurso Político. In.: Emediato, Wander; Machado, Ida Lucia; Menezes, William. **Análise do discurso**: gêneros, comunicação e sociedade. Belo Horizonte: NAD/FALE-UFMG, 2006.

_____, Patrick. **Linguagem e discurso**. Modos de organização. São Paulo: Contexto, 2009.

CHARTIER, Roger. Introdução. Por uma sociologia histórica das práticas culturais. In: _____. **A História Cultural entre práticas e representações**. Col. Memória e sociedade. Trad. Maria Manuela Galhardo. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1990, p. 13-28.

CHAVES, C. de L. (2013). Poder e saúde na América do Sul: os congressos sanitários internacionais, 1870-1889. **História, Ciências, Saúde** - Manguinhos, 20(2), 411-434. <https://doi.org/10.1590/S0104-597020130002000004>.

CODATO, Adriano. A transformação do universo das elites no Brasil pós-1930: uma crítica sociológica. In.: HEIZ, Flavio M. (Org.). **História social de elites**. São Leopoldo: Oikos, 2011.

_____, A. (2011). A Sociologia Política brasileira em análise: quatro visões sobre o funcionamento administrativo do Estado Novo. **Revista de Sociologia e Política**, 19(40), 273-288. <https://doi.org/10.1590/S0104-44782011000300018>.

COELHO, Bernardo Leôncio Moura. **A proteção à criança nas constituições brasileiras: 1824 a 1969**. Revista de Informação Legislativa. Brasília a. 35 n. 139 jul./set. 1998.

CRUZ, Lisiane Ribas. “**A infância abandonada é a sementeira do crime**”: o julgamento de menores pela Comarca de Santa Maria (1910-1927). Dissertação (mestrado) – Universidade do Vale do Rio dos Sinos, Programa de Pós-Graduação em História, 2017.

CUETO, M. The origins of primary health care and selective primary health care. **Am J Public Health**. 2004 Nov;94(11):1864-74. doi: 10.2105/ajph.94.11.1864. PMID: 15514221; PMCID: PMC1448553.

_____, Marcos. **O Valor da saúde: história da Organização Pan-Americana da Saúde**. Tradução de Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

D'ARAÚJO, Maria Celina de. **Getúlio Vargas**. Brasília: Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2011.

DA SILVA MAGALHÃES, R. A Campanha Mundial de Erradicação da Febre Amarela da Fundação Rockefeller. **Revista História: Debates e Tendências**, v. 21, n. 3, p. 99 - 117, 24 ago. 2021.

DINIZ, Eli. Engenharia institucional e políticas públicas: dos conselhos técnicos às câmaras setoriais. In. PANDOLFI, Dulce (org.). **Repensando o Estado Novo**. Rio de Janeiro: Ed. da Fundação Getúlio Vargas, 1999.

DONZELOT, Jacques. **A Polícia das famílias**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1980.

ESCOREL, Sarah; Bloch, Renata Arruda de. As Conferências Nacionais de Saúde na construção do SUS. In: Lima, Nísia Trindade et al. (Org.). **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz. p. 83-119.

FERREIRA, Jorge; DELGADO, Lucília de Almeida Neves (orgs.). **O Brasil Republicano**. Livro. 2. O tempo do nacional-estatismo. Do início da década de 1930 ao apogeu do Estado Novo Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.

FINKELMAN, J., org. **Caminhos da saúde no Brasil** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002. 328 p. ISBN 85-7541-017-2. Available from Scielo Books.

FLEURY, Sonia. **Estado sem cidadãos: seguridade social na América Latina** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1994. 252 p. ISBN 85-85676-06-X. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>.

_____, Sonia; OUVENEY, Assis Mafort. Política de saúde: uma política social. In: Giovanella, Lígia; Escorel, Sarah; Lobato, Lenaura de Vasconcelos Costa; Noronha, José Carvalho de; Carvalho, Antonio Ivo de. **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2012.

FONSECA, Cristina M. Oliveira. A saúde da criança na política social do Primeiro Governo Vargas. **PHYSIS** - Revista de Saúde Coletiva. Vol. 3, Número 2, 1993.

_____. **Saúde no Governo Vargas (1930-1945)** – dualidade institucional de um bem público. Editora Fiocruz, 2007.

_____, Cristina M. O. A história da política de saúde no Brasil (1889-1945): interpretações e trajetórias. In: Teixeira, Luiz Antonio; Pimenta, Tânia Salgado; Hochman, Gilberto. **História da saúde no Brasil**. São Paulo, Hucitec, 2018.

FONSECA, Pedro Cezar Dutra. A Revolução de 1930 e a Economia Brasileira. In.: **Economia, Brasília** (DF), v.13, n.3b, p.843–866, set/dez 2012.

_____, Pedro Cezar Dutra. **Vargas: o capitalismo em construção – 1906-1954**. São Paulo: Brasiliense, 1989.

FREIRE, Maria Martha de Luna. **Mulheres, mães e médicos: discurso maternalista em revistas femininas** (Rio de Janeiro e São Paulo, década de 1920). Tese (Doutorado em História das Ciências e da Saúde) – Casa de Oswaldo Cruz, Fiocruz, 2006.

_____. ‘Ser mãe é uma ciência’: mulheres, médicos e a construção da maternidade científica na década de 1920. **História, Ciências, Saúde** – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.15, supl., p.153-171, jun. 2008.

_____, Maria Martha de Luna; LEONY, Vinícius da Silva. A caridade científica: Moncorvo Filho e o Instituto de Proteção e Assistência à Infância do Rio de Janeiro (1899-1930). **História, Ciências, Saúde** – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.18, supl. 1, dez. 2011, p.199-225.

_____. A puericultura em revista. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, pág. 973-993, setembro de 2014.

GADELHA, P. Conferência Nacional de Saúde: desafios para o país. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 31, n. Cad. Saúde Pública, 2015 31(10), out. 2015.

GAGNEBIN, Jeanne-Marie. Infância e pensamento. In: GAGNEBIN, Jeanne-Marie. **Sete aulas sobre linguagem, memória e história**. Rio de Janeiro: Imago, 2005.

GERTZ, René E. **O Estado Novo no Rio Grande do Sul**. Passo Fundo: Ed. da UPF, 2005

_____, René E. "Olhares historiográficos externos sobre o Estado Novo". In: Domingos, Charles Sidarta Machado; Batistella, Alessandro; Angeli, Douglas Souza (org.). **Capítulos de história política: fontes, objetos e abordagens**. São Leopoldo: Oikos Editora, 2018.

GOMES, Ângela Maria de Castro. A construção do homem novo: o trabalhador brasileiro. In: VELLOSO, Mônica Pimenta. Uma Configuração do Campo Intelectual. In: OLIVEIRA, Lúcia Lippi; VELLOSO, Mônica Pimenta & GOMES, Ângela Maria de Castro (Org.). **Estado Novo: Ideologia e Poder**. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1982.

GONÇALVES, Marcos. Caridade, abre asas sobre nós: política de subvenções do governo Vargas entre 1931 e 1937. In.: **VARIA HISTÓRIA**, Belo Horizonte, vol. 27, nº 45: p.317-336, jan./jun. 2011.

GONÇALVES, Mauro Castilho. Educação, higiene e eugenia no Estado Novo: as palestras de Savino Gasparini transmitidas pela Rádio Tupi (1939-1940). In.: **Cadernos de História da Educação** – v. 10, n. 1 – jan./jun. 2011.

GRADVOHL, Silvia Mayumi Obana; OSIS, Maria José Duarte; MAKUCH, Maria Yolanda. Maternidade e formas de maternagem desde a idade média à atualidade. **Pensando fam.**, Porto Alegre, v. 18, n. 1, p. 55-62, jun. 2014.

GUIMARÃES, Célia Maria. A história da atenção à criança e da infância no Brasil e o surgimento da creche e da pré-escola. **Revista Linhas**. Florianópolis, v. 18, n. 38, p. 80-142, set./dez. 2017.

HEYWOOD, Colin. **Uma história da infância: da Idade Média a época contemporânea no Ocidente**. Porto Alegre: Artmed, 2004.

HOCHE, Aline de Almeida. **A hora da juventude: a mobilização dos jovens no Estado Novo (1940-1945)**. 2015. 180 f. Dissertação (Mestrado em História Política) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2015.

HOCHMAN, Gilberto. Regulando os efeitos da interdependência. **Estudos Históricos**, Rio de Janeiro, vol.6, n. 1t. 1993. p. 40-61.

_____, Gilberto, FONSECA; Cristina M. O. O que há de novo? Políticas de saúde pública e previdência, 1937-45. In. **Repensando o Estado Novo**. Rio de Janeiro: Ed. da Fundação Getúlio Vargas, 1999.

_____, Gilberto. A saúde pública em tempos de Capanema: continuidades e inovações. In: **Constelação Capanema: intelectuais e política**. Helena Bomeny (Org.). Rio de Janeiro: Ed. Fundação Getúlio Vargas; Bragança Paulista (SP): Ed. Universidade de São Francisco, 2001.

_____, Gilberto. Reformas, instituições e políticas de saúde no Brasil (1930-1945). **Educ. rev.**, Curitiba, n. 25, p. 127-141, jun. 2005.

_____, Gilberto. **A era do saneamento**. As bases da política de saúde pública no Brasil. 3a. edição. São Paulo: Hucitec, 2012.

_____, Gilberto; Luiz Antonio Teixeira; Tânia Salgado Pimenta. História da saúde no Brasil: uma breve história. In: In. Teixeira, Luiz Antonio; Pimenta, Tânia Salgado; Hochman, Gilberto. **História da saúde no Brasil**. São Paulo, Hucitec, 2018.

IBGE. Centro de Documentação e Disseminação de Informações. **Estatísticas do século XX**. Rio de Janeiro: IBGE, 2006.

_____. **Evolução e perspectivas da mortalidade infantil no Brasil** / IBGE, Departamento de População e Indicadores Sociais. - Local: Rio de Janeiro, 1999.

IMMERGUT, Ellen M. (1992), **Health Politics: Interests and Institutions in Western Europe**. Cambridge, Cambridge University Press.

KORNDÖRFER, Ana Paula. “**É melhor prevenir do que curar: a higiene e a saúde nas escolas públicas gaúchas (1893-1928)**”. 2007. Dissertação (Mestrado em História) – Programa de Pós-Graduação em História, Universidade do Vale do Rio dos Sinos, São Leopoldo, 2007.

_____, Ana Paula. **An international problem of serious proportions: a cooperação entre a Fundação Rockefeller e o governo do estado do Rio Grande do Sul no combate à ancilostomíase e seus desdobramentos, 1919-1929**. Tese (Doutorado) – Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre. 2013.

_____, Ana Paula. A Fundação Rockefeller e a formação de quadros para a enfermagem (Brasil: 1917-1951) », **Nuevo Mundo Mundos Nuevos** [En ligne], Questions du temps présent, mis en ligne le 08 octobre 2019, consulté le 03 juillet 2023.

_____, Ana Paula and Brum, Cristiano Enrique de Health centers in Rio Grande do Sul, Brazil: from implementation to consolidation, 1929-1943. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos** [online]. 2021, v. 28, n. 4 [Accessed 5 April 2022], pp. 1059-1078.

KROPF, S. Calamidade Nacional ou Mal de Lassance? A doença do Brasil em questão (1919-1934). In: **Doença de Chagas, doença do Brasil: ciência, saúde e nação, 1909-1962** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2009, pp. 223-283. História e Saúde collection. ISBN 978-85-7541-315-9. <https://doi.org/10.7476/9788575413159.0007>.

LAMOUNIER, Bolívar. O modelo institucional dos anos 30 e a presente crise brasileira. **Estudos Avançados** [online]. 1992, v. 6, n. 14 [Acessado 18 agosto 2021], pp. 39-57. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0103-40141992000100004>>.

LASSANCE, Antonio. Revolução nas políticas públicas: a institucionalização das mudanças na economia, de 1930 a 1945. In.: **Estudos Históricos**. Rio de Janeiro, vol. 33, nº 71, p.511-538, Setembro-Dezembro 2020.

LEMONS, Renata Feldman Scheinkman; KIND, Luciana. Mulheres e maternidade: faces possíveis. **Estud. pesqui. psicol.**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 840-859, dez. 2017. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812017000300003&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 14 ago. 2021.

LESSA, Carlos. Nação e nacionalismo a partir da experiência brasileira. **Estudos Avançados** [online]. 2008, v. 22, n. 62 [Acessado 18 agosto 2021], pp. 237-256. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0103-40142008000100016>>.

LEOPOLDI, Maria Antonieta P. Estratégias de ação empresarial em conjunturas de mudança política. In: PANDOLFI, Dulce (org.). **Repensando o Estado Novo**. Rio de Janeiro: Ed. da Fundação Getúlio Vargas, 1999.

LIMA, Nísia Trindade. O Brasil e a Organização Pan-Americana da Saúde: uma história em três dimensões. In: FINKELMAN, Jacobo (Org.). **Caminhos da saúde pública no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002. p. 24-116.

_____, Nísia Trindade; VIACAVA, Francisco. Saúde nos Anuários Estatísticos do Brasil. In: IBGE. (Org.). **Estatísticas do Século XX**. Rio de Janeiro: IBGE, 2003, v., p. 191-220.

LOPES, Thiago da Costa; MAIO, Marcos Chor. Puericultura, eugenia e interpretações do Brasil na construção do Departamento Nacional da Criança (1940). **Tempo**, Niterói, v. 24, n. 2, p. 349-368, Aug. 2018.

MACHADO, Kamila Fernanda de Melo. **Políticas públicas de saúde: uma revisão de literatura**. Monografia (Curso de Especialização de Sistema e Serviços de Saúde) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, 2010.

MARCONDES FILHO, Alexandre. **Trabalhadores do Brasil**. Rio de Janeiro: Edição da Revista Judiciária, 1943.

MARIANO, Hélvio Alexandre. **A assistência à Infância e o Amparo à Maternidade no Brasil, 1927-1940**. Assis, 2006, Tese (Doutorado em História) – Faculdade de Ciências e Letras. Universidade Estadual Paulista.

MARINHO, Joseanne Zingleara Soares. “**Manter sadia a criança sã**”: as políticas públicas de saúde materno-infantil no Piauí de 1930 a 1945. Tese (Doutorado em História) – Setor de Ciências Humanas da Universidade Federal do Paraná. Curitiba, 2017.

MARQUES, Teresa Cristina Novaes. A regulação do trabalho feminino em um sistema político masculino, Brasil: 1932-1943. **Estudos Históricos** (Rio de Janeiro) [online]. 2016, v. 29, n. 59 [Acessado 18 agosto 2021], pp. 667-686. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S2178-14942016000300006>>.

MARTINS, Ana Paula Vosne. **Visões do feminino: a medicina da mulher nos séculos XIX e XX** [online]. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004. História e Saúde collection. ISBN 978-85-7541-451-4. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>.

_____. Gênero e assistência: considerações históricas e conceituais sobre práticas e políticas de assistência. **Hist. cienc. saúde**-Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 18, supl. 1, pág. 15-34, dezembro de 2011.

_____; FREIRE, Maria Martha de Luna. História dos cuidados com a saúde da mulher e da criança. In: In. Teixeira, Luiz Antonio; Pimenta, Tânia Salgado; Hochman, Gilberto. **História da saúde no Brasil**. São Paulo, Hucitec, 2018.

MATOS, Maria Izilda dos Santos de. Delineando corpos: as representações do feminino e do masculino no discurso médico. In.: **O corpo feminino em debate** / organizadores Maria Izilda Santos de Matos, Rachel Soihet. - São Paulo: Editora UNESP 2003.

MENDES, M. I. B. de S., & Nóbrega, T. P. da. (2008). O Brazil-Médico e as contribuições do pensamento médico-higienista para as bases científicas da educação física brasileira. **História, Ciências, Saúde** - Manguinhos, 15(1), 209–219. <https://doi.org/10.1590/S0104-59702008000100013>.

MERHY, Emerson Elias. **São Paulo de 1920 a 1940 A Saúde Pública como Política: os movimentos sanitários, os modelos tecno-assistenciais e a formação das políticas governamentais** - 2. ed. - Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014.

MESTRINER, Maria Luiza. **O Estado entre a filantropia e assistência social**. São Paulo, Cortez, 2001.

MICELI, Sérgio. **Intelectuais e classe dirigente no Brasil (1920-1945)**. São Paulo – Rio de Janeiro: Difel/Difusão Editorial S.A. 1979.

MORAES, Margarete Farias de. **A higiene escolar nos escritos de Carlos Sá: circulação de ideias e projetos de interação entre saúde e educação (1920-1945)**. 2015. 166 f. Tese (Doutorado em Educação) - Programa de Pós-Graduação em Educação, Universidade Federal do Espírito Santo, Centro de Educação, Vitória, 2015.

MOREIRA, A., Porto, F., & Oguisso, T. (2002). Registros noticiosos sobre a escola profissional de enfermeiros e enfermeiras na revista "O Brazil-Médico", 1890-1922. **Revista Da Escola De Enfermagem da USP**, 36(4), 402–407. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342002000400015>.

MOTT, Maria Lúcia. Maternalismo, políticas públicas e benemerência no Brasil (1930-1945). **Cadernos Pagu** [online]. 2001, n. 16 [Acessado 18 agosto 2021], pp. 199-234. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-83332001000100010>>.

MOURA, L. LANDAU, E. C. FERREIRA, A. de M. Doenças relacionadas ao saneamento ambiental inadequado no Brasil. In: LANDAU, E. C.; MOURA, L. (Ed.). **Variação geográfica do saneamento básico no Brasil em 2010: domicílios urbanos e rurais**. Brasília, DF: Embrapa, 2016. cap. 8, p. 189-211.

MOURA, Solange Maria Sobottka Rolim de; ARAÚJO, Maria de Fátima. A maternidade na história e a história dos cuidados maternos. **Psicologia: Ciência e Profissão**. Conselho Federal de Psicologia, v. 24, n. 1, p. 44-55, 2004. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/11449/6594>>.

NIEHUES, Mariane Rocha; COSTA, Marli de Oliveira. Concepções de infância ao longo da História. In.: **Rev. Técnico Científica** (IFSC), v. 3, n. 1 (2012).

NUNES, Edson de Oliveira. **A gramática política no Brasil: clientelismo e insulamento burocrático**. 3 ed. – Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed.: Brasília, DF: ENAP, 2003.

NUNES, Eduardo Silveira Netto. **A infância como portadora do futuro: América Latina, 1916-1948**. 2011. Tese (Doutorado em História Social) - Faculdade de Filosofia, Letras e

Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011. doi:10.11606/T.8.2011.tde-26102011-005044. Acesso em: 2022-04-06.

NUNES, Everardo Duarte Nunes. Sobre a história da saúde pública: ideias e autores. **Ciência & Saúde Coletiva**, 5(2):251-264, 2000.

OSTOS, Natascha Stefania Carvalho De. A questão feminina: importância estratégica das mulheres para a regulação da população brasileira (1930-1945). **Cadernos Pagu** [online]. 2012, n. 39 [Acessado 18 agosto 2021], pp. 313-343. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-83332012000200011>>.

PANDOLFI, Dulce (org.). **Repensando o Estado Novo**. Rio de Janeiro: Ed. da Fundação Getúlio Vargas, 1999.

PESSOA, Alba Barbosa. **Pequenos construtores da nação**: disciplinarização da infância na cidade de Manaus (1930-1945). Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em História, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas. Universidade Federal do Pará, Belém, 2018.

PÊCHEUX, Michel. **Semântica e discurso**: uma crítica à afirmação do óbvio. Tradução de Eni Pulcinelli Orlandi. 2ª Edição – Campinas, SP: Editora da Unicamp, 1995.

PESSOTO, Umberto Catarino; RIBEIRO, Eduardo Augusto Werneck; GUIMARÃES, Raul Borges. O papel do Estado nas políticas públicas de saúde: um panorama sobre o debate do conceito de Estado e o caso brasileiro. In: **Saúde Soc**. São Paulo, v.24, n.1, p.9-22, 2015.

PINHEIRO, Marcelo Cardoso; WESTPHAL, Márcia Faria; AKERMAN, Marco. Equidade em saúde nos relatórios das conferências nacionais de saúde pós-Constituição Federal brasileira de 1988. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 449-458, Apr. 2005. Available from <http://old.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2005000200011&lng=en&nrm=iso>. access on 09 Mar. 2023.

PINTO, António Costa; MARTINHO, Francisco Palomares (org.). **A vaga corporativa**: corporativismo e Ditaduras na Europa e na América Latina. Lisboa, Imprensa de Ciências Sociais, 2016.

PONTES Jr, Geraldo; PEREIRA, Victor Hugo Adler (orgs.). **O velho, o novo, o reciclável Estado Novo**. Rio de Janeiro: De Letras, 2008.

PORTO, Walter Costa. **1937**. 3. Ed. — Brasília: Senado Federal; Subsecretaria de edições Técnicas, 2012. (Coleção Constituições brasileiras; v. 4).

PROST, Antoine. **Doze lições sobre a História**. Belo Horizonte: Autêntica, 2012.

RAGO, Margareth. **Do cabaré ao lar**: a utopia da cidade disciplinar – Brasil 1890 – 1930. 3. ed. Paz e Terra, 1997.

_____, Margareth. Epistemologia feminista, gênero e história. In: PEDRO, Joana Maria e GROSSI, Miriam Pilar (Org.). **Masculino, feminino, plural**. Florianópolis: Editora Mulheres, 2000.

_____, Margareth. Trabalho feminino e sexualidade. In.: **História das mulheres no Brasil**. Mary Del Priore (org.). 7ed. – São Paulo: Contexto, 2004.

RAMOS, Graciliano. **Memórias do cárcere**. 31. ed. São Paulo: Record, 1994. v. 1, v. 2.

RIBEIRO, Lidiane Monteiro. **Da Educação Sanitária à Proteção Social**: planos, disputas e ações da Política de Assistência Materno Infantil no Brasil, 1934-1945. 2020. 242 f. Tese (Doutorado em História das Ciências e da Saúde) – Casa de Oswaldo Cruz, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2020.

RIBEIRO, Nair Regina. As visitadoras sanitárias do Rio Grande do Sul. In: **R. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, 9 (1): 7-11, jan. 1988. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1985.

RICARDI, L. M., Shimizu, H. E., & Santos, L. M. P. (2017). As Conferências Nacionais de Saúde e o processo de planejamento do Ministério da Saúde. **Saúde Em Debate**, 41(spe3), 155–170. <https://doi.org/10.1590/0103-11042017S312>.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Administração e dos Recursos Humanos. Departamento de Arquivo Público. **Fontes para a história administrativa do Rio Grande do Sul**: a trajetória das secretarias de estado (1890-2005) / Concepção e coordenação de Marcia Medeiros da Rocha e Valter Vanderlei Mendes Júnior. – Porto Alegre: CORAG, 2006.

RISTOW, Márcia Regina. **Artes de prevenir**: educação e saúde pelas Visitadoras Sanitárias no Paraná (1920-1940). Tese (Doutorado em História) – Programa de Pós-Graduação em Educação, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2011.

RIZZINI, Irene **A institucionalização de crianças no Brasil**: percurso histórico e desafios do presente / Irene Rizzini, Irma Rizzini. – Rio de Janeiro: Ed. PUC-Rio; São Paulo: Loyola, 2004.

_____, Irene. **O século perdido**: raízes históricas das políticas públicas para a infância no Brasil – 3 ed. – São Paulo: Cortez, 2011.

ROHDEN, F. A questão da diferença entre os sexos: redefinições no século XIX. In: **Uma ciência da diferença**: sexo e gênero na medicina da mulher [online]. 2nd ed. rev. and enl. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2001. Antropologia & Saúde collection, pp. 29-48. ISBN 978-85-7541-399-9. Available from SciELO Books.

RÜCKERT, Fabiano Quadros. **O saneamento e a politização da higiene no Rio Grande do Sul (1828-1930)**. Tese (doutorado) – Universidade do Vale do Rio dos Sinos, Programa de Pós-Graduação em História, 2015.

SADEK, Maria Tereza Aina. Direitos: de indivíduos a cidadãos. In.: **Dicionário da república**: 51 textos críticos / Lilia Moritz Schwarcz, Heloisa Murgel Starling (Orgs.) — 1a ed. — São Paulo: Companhia das Letras, 2019.

SANGLARD, Gisele; FERREIRA, Luiz Otávio. Caridade & filantropia: elites, estado e assistência à saúde no Brasil. In.: Teixeira, Luiz Antonio; Pimenta, Tânia Salgado; Hochman, Gilberto. **História da saúde no Brasil**. São Paulo, Hucitec, 2018.

SANT'ANNA, Denise Bernuzzi de. Higiene e higienismo entre o Império e a República. In: DEL PRIORE, Mary; AMANTINO, Marcia (org.). **História do corpo no Brasil**. São Paulo: Unesp, 2011. p. 283-312.

SANTOS, Adriano Marins. **Os professores do curso primário durante o Estado Novo (1937-1945)**: registros burocráticos, ausências e licenças. 2013. 309 p. Tese (doutorado) - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Educação, Campinas, SP. Disponível em: <https://hdl.handle.net/20.500.12733/1620233>.

SANTOS, Luiz Antonio de Castro. O pensamento sanitarista na Primeira República: Uma ideologia de construção da nacionalidade. **Dados**. Revista de Ciências Sociais, Rio de Janeiro, v.28, n.2, p.193-210, 1985.

SANTOS, M. A. C. dos. Francisco Campos: um ideólogo para o Estado Novo. **Locus**: Revista de História, [S. l.], v. 13, n. 2, 2011. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/locus/article/view/20163>. Acesso em: 7 abr. 2022.

SANTOS, Rogerio Dultra dos. Francisco Campos e os fundamentos do constitucionalismo antiliberal no Brasil. **Dados** [online]. 2007, v. 50, n. 2 [Acessado 29 Março 2022], pp. 281-323. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0011-52582007000200003>>. Epub 05 Set 2007. ISSN 1678-4588. <https://doi.org/10.1590/S0011-52582007000200003>.

SANTOS, Wanderley Guilherme dos. **Cidadania e justiça**: a política social na ordem brasileira. Rio de Janeiro: Campus, 1979.

SARDENBERG, Cecília M. B. Mães e filhas: etapas do ciclo de vida, trabalho e família entre o antigo operariado baiano. In: **CADERNO CRH**, Salvador, n. 29, p. 21-47, jul./dez. 1998.

SCHRAMM, FR. Cuidados em saúde da mulher e da criança, proteção e autonomia. In: SCHRAM, FR., and BRAZ, M., org. **Bioética e saúde**: novos tempos para mulheres e crianças? [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005. Criança, mulher e saúde collection, pp. 39-65. ISBN: 978-85-7541-540-5.

SCOTT, Joan W. **Gênero**: uma categoria útil para análise histórica. Texto original: SCOTT, Joan. "Gender: A Useful Category of Historical Analysis". Gender and the Politics of History. New York: Columbia University Press. 1989. Tradução de Christine Rufino Dabat e Maria Betânia Ávila, gentilmente autorizada por Joan W. Scott. Revisão do português: Marcela Heráclio Bezerra.

SERRES, Juliane Conceição Primon. O Rio Grande do Sul na agenda sanitária nacional nos anos de 1930 e 1940. In: **Boletim da Saúde**, Porto Alegre - Volume 21, nº 1. Jan./Jun. 2007.

SILVA, Fernanda Xavier da. As Constituições da era Vargas: uma abordagem à luz do pensamento autoritário dos anos 30. **Política & Sociedade**: revista de sociologia política, Florianópolis, v. 9, n. 17, pág. 259-288, 2010.

SILVA, João Carlos Jarochinski. Análise histórica das Constituições brasileiras. Ponto-e-Vírgula: **Revista de Ciências Sociais**, n. 10, 2011.

SILVA, Nauber Gavski da. **O "mínimo" em disputa**: salário-mínimo, política, alimentação e gênero na cidade de Porto Alegre (c. 1940 - c. 1968). Tese de Doutorado. Porto Alegre. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2014.

SOUSA C, Fenandes, VC. **Aspectos históricos da saúde pública no Brasil**: revisão integrativa da literatura. J Manag Prim Health Care [Internet]. 31º de janeiro de 2020 [citado 9º de outubro de 2020]; 12:1-17.

SOUZA, Érica Mello de. **Educação sanitária**: orientações e práticas federais desde o Serviço de Propaganda e Educação Sanitária ao Serviço Nacional de Educação Sanitária (1920-1940). 2012. 114 f. Dissertação (Mestrado em História das Ciências e da Saúde) - Casa de Oswaldo Cruz, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2012.

SOUZA, Celina. Políticas públicas: uma revisão da literatura. **Sociologias**, Porto Alegre, Ano 8, nº 16, p. 20-45, jul./dez. 2006.

STRECK, Lenio Luiz. **A jurisdição constitucional e as possibilidades hermenêuticas de efetivação da Constituição**: um balanço crítico dos quinze anos da Constituição. In.: Revista da EMERJ, v. 6, n. 23, 2003.

TEIXEIRA, Luiz Antônio; PIMENTA, Tânia Salgado; HOCHMAN, Gilberto (Org.). **História da Saúde no Brasil**. 1. Ed.- São Paulo: Hucitec, 2018.

THOMPSON, E. P. **A miséria da teoria**: ou um planetário de erros. Uma crítica ao pensamento de Althusser. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1981.

THOPSON, John B. **Ideología y cultura moderna** – Teoría crítica social en la era de la comunicación de masas. Universidad Autónoma Metropolitana, México, 2002.

VELLOSO, Mônica Pimenta. **Os intelectuais e a política cultural do Estado Novo**. Rio de Janeiro: Centro de Pesquisa e Documentação de História Contemporânea do Brasil, 1987.

VIANA, Ana Luiza D'ávila; BAPTISTA, Tatiana Vargas de Faria. In. Giovanella, Lígia; Escorel, Sarah; Lobato, Lenaura de Vasconcelos Costa; Noronha, José Carvalho de; Carvalho, Antonio Ivo de. **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2012.

VILELA, Maria Aparecida Augusto Satto. **Semear educação e colher saúde**: 1º Congresso Nacional de Saúde Escolar (São Paulo – 1941). Tese de doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação da PUC-SP. São Paulo, 2011.

VILHENA, Cynthia Pereira de Sousa. A família na doutrina social da Igreja e na política social do Estado Novo. **Psicol. USP**, São Paulo, v. 3, n. 1-2, p. 45-57, 1992. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S167851771992000100005&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 06 fev. 2022.

VILHENA, Oscar. Constituições brasileiras (1891 e 1934). In.: **Dicionário da república**: 51 textos críticos / Lilia Moritz Schwarcz, Heloisa Murgel Starling (Orgs.) — 1a ed. — São Paulo: Companhia das Letras, 2019.

VISCARDI, Cláudia M. R. Corporativismo e Neocorporativismo. In. **Estudos Históricos**. Rio de Janeiro, vol. 31, nº 64, p. 243-256, maio-agosto 2018.

WILKE, Fábio Roberto. “**Uma família chamada Brasil**”: família e política na Ditadura do Estado Novo (1937-1945) 2017 (Dissertação). Programa de Pós-Graduação em História. Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2017.

WOLFE, Joel. “Pai dos pobres” ou “Mãe dos ricos”? Getúlio Vargas, industriários e construções de classe, sexo e populismo em São Paulo, 1930-1954. **Revista Brasileira de História**, São Paulo, ANPUH/Marco Zero, vol. 14, nº 27, 1994, pp.27-59.

YIDA, Massako. **Cem anos de saúde pública: a cidadania negada**. São Paulo; Editora da Universidade Estadual Paulista, 1994.

ACERVOS E FONTES

Acervo FGV/CPDOC

Arquivo Gustavo Capanema, FGV CPDOC, GC h 1935.00.00.

_____, FGV CPDOC, GC h 1935.00.00 (9).

_____, FGV CPDOC, GC h 1935.06.22 (2).

_____, FGV CPDOC, GC h 1935.06.22 (4).

_____, FGV CPDOC, GC h 1935.06.22 (12).

_____, FGV CPDOC, GC h 1935.06.22 (3438).

_____, FGV CPDOC, GC f 1936.01.11 (2).

_____, FGV CPDOC, GC f 1936.05.26 (5).

_____, FGV CPDOC, GC f 1936.05.26 (14).

_____, FGV CPDOC, GC f 1936.05.26 (73).

_____, FGV CPDOC, GC f 26.05.1936 (2).

_____, FGV CPDOC, GC f 1936.05.28.

_____, FGV CPDOC, GC h 1938.10.09 (1).

Arquivo Jornal do Commercio (RJ) - 1940 a 1949, Ano 1941\Edição 00010 (1).

_____ – 1940 a 1949. Ano 1941\Edição 00040 (2).

Arquivo Revista Cultura Política, FGV CPDOC, Ano 02; Num.11; Janeiro de 1942.

Quarta Conferência Pan-Americana da Cruz Vermelha, 1940, Santiago do Chile. Fatores indispensáveis na organização da luta contra a mortalidade infantil [...]. Rio de Janeiro: Cruz Vermelha Brasileira, 1940. 14 p. In: Arquivo Gustavo Capanema, Produção Intelectual\GC pi Brasil, M. 1940.12.05 (2).

Anais

Grupo de pesquisa Higiene Mental Eugenia (GEPHE), da Universidade Estadual de Maringá. Disponível em: <http://www.cch.uem.br/grupos-de-pesquisas/gephe/documentos/anais-do-primeiro-congresso-nacional-de-saude-escolar-1>. Acesso em: 17 fev. 2023.

Secretaria Especial de Editoração e Publicações - Subsecretaria de Anais do Senado Federal
Anais do Senado: Ano de 1935 - Livro I. 1ª. ed. [S. l.]: 1935. 322 p. v. 1.

Anuários

Anuário de Bioestatística. 1933-1938. 1ª. ed. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1945.

_____. 1937-1945. 1ª. ed. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1947.

_____. 1939-1941. 1ª. ed. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1947.

_____. 1942-1946. 1ª. ed. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1951.

Anuário Demográfico do Rio Grande do Sul (1946-1949). Departamento Estadual de Estatística do Rio Grande do Sul. Viamão: Of. Gráficas da Liv. Anchieta, 1949.

Anuário Estatístico do Brasil, 1939/1940. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, v.5, [1940].

_____, 1941/1945. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, v.6, 1946.

Anuário Estatístico do Estado 1941. Departamento Estadual de Estatística. Vol. I; Situação Física e Demográfica. Rio de Janeiro: Of. Gráf. da Livraria do Globo, 1941.

_____. Departamento Estadual de Estatística. Vol. II; Situação Econômica. Rio de Janeiro: Of. Gráf. da Livraria do Globo, 1941.

_____. Departamento Estadual de Estatística. Vol. III; Situação Social e Administrativa. Rio de Janeiro: Of. Gráf. da Livraria do Globo, 1941.

Arquivo Histórico do Rio Grande do Sul

Arquivos do Departamento Estadual de Saúde. Relatório de bioestatística e epidemiologia. Vol. V, Porto Alegre: Oficina Gráfica da Imprensa Oficial, 1940. (AHRGS).

Arquivos do Departamento Estadual de Saúde. Relatórios e pareceres. Vol. I, Porto Alegre: Oficina Gráfica da Imprensa Oficial, 1940. (AHRGS).

_____. Relatórios e pareceres. Vol. II, Porto Alegre: Oficina Gráfica da Imprensa Oficial, 1941. (AHRGS).

_____. Relatórios e pareceres. Vol. IV, Porto Alegre: Oficina Gráfica da Imprensa Oficial, 1943. (AHRGS).

_____. Relatórios e pareceres. Vol. V, Porto Alegre: Oficina Gráfica da Imprensa Oficial, 1944. (AHRGS).

_____. Relatórios e pareceres. Vol. VI, Porto Alegre: Oficina Gráfica da Imprensa Oficial, 1945. (AHRGS).

Arquivos Rio-Grandenses de Medicina

BRASIL, Mário de Assis. Causas da mortalidade na Primeira Infância: Aula inaugural do Curso de Puericultura na Escola Normal de Porto Alegre. Arquivos Rio-Grandenses de Medicina, Porto Alegre, v. 17, n. 5, p. 243-248, 1938.

Atlas socioeconômico

Atlas Socioeconômico do Rio Grande do Sul/Rio Grande do Sul. Secretaria de Planejamento, Governança e Gestão. Departamento de Planejamento Governamental. – 6. Ed. – Porto Alegre: Secretaria de Planejamento, Governança e Gestão. Departamento de Planejamento Governamental, 2021. Disponível em: <https://atlassocioeconomico.rs.gov.br/midia/imagem/grafico-pop-urbana-rural-rs-1940-2010>. Acesso em: 23 mai. 2023.

Bibliografia

Aspectos demográficos, econômicos e sociais do Rio Grande do Sul: vistos através da estatística. Porto Alegre: Livraria do Globo, 1947.

D'ARAÚJO, Maria Celina de. Getúlio Vargas. Brasília: Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2011.

MARCONDES FILHO, Alexandre. Trabalhadores do Brasil. Rio de Janeiro: Edição da Revista Judiciária, 1943.

Organização do Ministério da Educação e Saúde. Brasília: Serviço de documentação do Ministério da Educação e Saúde, 1974. 30 p.

Pan American Health Organization. Pro Salute Novi Mundi: A History of the Pan American Health Organization. United States, Washington, D.C. 1992.

VARGAS, Getúlio. A nova política do Brasil. Rio de Janeiro: José Olympio, Vol. II, 1938.

_____, Getúlio. A nova política do Brasil. Rio de Janeiro: José Olympio, Vol. III, 1938.

_____, Getúlio. A nova política do Brasil. Rio de Janeiro: José Olympio, Vol. IV, 1938.

_____, Getúlio. A nova política do Brasil. Rio de Janeiro: José Olympio, Vol. V, 1938.

_____, Getúlio. A nova política do Brasil. Rio de Janeiro: José Olympio, Vol. VI, 1938.

_____, Getúlio. A nova política do Brasil. Rio de Janeiro: José Olympio, Vol. VII, 1938.

_____, Getúlio. A nova política do Brasil. Rio de Janeiro: José Olympio, Vol. VIII, 1938.

_____, Getúlio. A nova política do Brasil. Rio de Janeiro: José Olympio, Vol. X, 1938.

Gráficos, mapas e tabelas

Cidades e Estados – Porto Alegre. IBGE. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/rs/porto-alegre.html>. Acesso em: 16 mai. 2023.

Cidades e Estados – Rio Grande do Sul. IBGE. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/rs.html>. Acesso em: 16 mai. 2023.

Evolução da população do Rio Grande do Sul. Fundação de Economia e Estatística. Disponível em: http://cdn.fee.tche.br/eeg/1/mesa_6_jardim.pdf. Acesso em: 20 mar. 2023.

Tábuas completas de mortalidade. IBGE. Disponível em: http://ftp.ibge.gov.br/Tabuas_Completas_de_Mortalidade/Tabuas_Completas_de_Mortalidade_2015/tabua_de_mortalidade_analise.pdf. Acesso em: 26 mai. 2023.

Legislação

BRASIL. [Constituição (1934)]. Constituições Brasileiras: 1934. 3ª. ed. Brasília: Editora do Senado Federal, 2012. 163 p.

_____. [Constituição (1937)]. Constituições Brasileiras: 1937. 3ª. ed. Brasília: Editora do Senado Federal, 2012. 120 p. v. 4.

BRASIL. Decreto nº 24.278 de 22 de maio de 1934. Extingue a Inspetoria de Higiene Infantil da Saúde Pública; cria a Diretoria de Proteção à Maternidade e à Infância e dá outras providências. Coleção das leis da República dos Estados Unidos do Brasil de 1934: Atos do Governo Provisório - Janeiro e Fevereiro, Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, ano 1935, v. I, n. 1, p. 925-928, 1935.

_____. Decreto nº 24.814 de 14 de julho de 1934. Estabelece, na conformidade do decreto nº 24.438, de 21 de junho último, o plano geral de organização dos serviços de saúde pública e assistência médico social, e dá outras providências, sem aumento de despesas. Coleção das Leis da República dos Estados Unidos do Brasil de 1934: Atos do Governo Provisório - Janeiro e Fevereiro, Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, ano 1935, v. I, n. 1, p. 1401, 1935.

_____. Decreto-Lei nº 1.202, de 8 de Abril de 1939. Dispõe sobre a administração dos Estados e dos Municípios. Coleção das leis da República dos Estados Unidos do Brasil de 1939: atos do poder executivo – decretos-leis de janeiro a março. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, ano 1939, v. 4, n. 1, p. 72.

_____. Decreto-lei nº 2.204, de 17 de fevereiro de 1940. Fixa as bases da organização da proteção à maternidade, à infância e à adolescência em todo o país. Coleção das leis de 1940: atos do poder executivo - decretos-leis de janeiro a março, Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, ano 1940, v. 1, n. 1, p. 98-101, 1944.

_____. Decreto-lei nº 2.204, de 17 de maio de 1940. Abre, pelo Ministério da Educação, o crédito especial de 5.146 :000\$ para liquidação de subvenções de 1939. Coleção das leis da República dos Estados Unidos do Brasil de 1940: atos do poder executivo - decretos-leis de janeiro a março primeira parte, Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, ano 1940, v. 1, n. 1, p. 191-192, 1944.

_____. Decreto-Lei nº 3.799, de 5 de novembro de 1941. “Transforma o Instituto Sete de Setembro, em Serviço de Assistência a Menores e dá outras providências”. Diário Oficial da União - Seção 1 - 11/11/1941, Página 21338 (Publicação Original).

_____. Decreto-Lei Nº 5.452 de 01 de maio de 1943. Aprova a Consolidação das Leis do Trabalho. Publicação Original [Diário Oficial da União de 09/08/1943] (p. 11937, col. 1).

BRASIL, Mário de Assis. Causas da mortalidade na Primeira Infância: Aula inaugural do Curso de Puericultura na Escola Normal de Porto Alegre. Arquivos Rio-Grandenses de Medicina, Porto Alegre, v. 17, n. 5, p. 243-248, 1938.

Coleção das leis da República dos Estados Unidos do Brasil de 1937: atos do poder executivo. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, ano 1937. Página 12 Vol. 1.

Coleção das Leis da República dos Estados Unidos do Brasil. Atos do Poder Executivo. Página 6 Vol. 3 Rio de Janeiro, Imprensa Nacional, 1938.

Coleção das leis da República dos Estados Unidos do Brasil de 1939: atos do poder executivo – decretos-leis de janeiro a março. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, ano 1939, v. 4, n. 1, p. 72.

Coleção das leis da República dos Estados Unidos do Brasil de 1942: atos do poder executivo - decretos de janeiro a março primeira parte, Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, ano 1942, v. 2, n. 1, p. 440-440, 1942.

RIO GRANDE DO SUL. Decreto nº 7.481 de 14 de setembro de 1938. Reorganiza os serviços de higiene e saúde pública do Estado.

Museu de História da Medicina do Rio Grande do Sul

A defesa da saúde – na criança de hoje estará o soldado de amanhã. Departamento Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul. Porto Alegre: Oficinas gráficas do Instituto Técnico Profissional do Rio Grande do Sul. 1942, 75p. (MUHMRS).

Periódicos

O Brazil-Medico: revista semanal de medicina e cirurgia. Rio de Janeiro: Policlínica Geral do Rio de Janeiro, v. 49, P2, jul-dez, 1935. ISSN: 0006-9205.

_____. Rio de Janeiro: Policlínica Geral do Rio de Janeiro, v. 49, P1, jan-jun, 1935. ISSN: 0006-9205.

_____. Rio de Janeiro: Policlínica Geral do Rio de Janeiro, v. 50, P2, jul-dez, 1936. ISSN: 0006-9205.

_____. Rio de Janeiro: Policlínica Geral do Rio de Janeiro, v. 50, P1, jan-jun, 1936. ISSN: 0006-9205.

_____. Rio de Janeiro: Policlínica Geral do Rio de Janeiro, v. 51, P2, jul-dez, 1937. ISSN: 0006-9205.

_____. Rio de Janeiro: Policlínica Geral do Rio de Janeiro, v. 51, P1, jan-jun, 1937. ISSN: 0006-9205.

_____. Rio de Janeiro: Policlínica Geral do Rio de Janeiro, v. 52, P4, out-dez, 1938. ISSN: 0006-9205.

_____. Rio de Janeiro: Policlínica Geral do Rio de Janeiro, v. 52, P3, jul-set, 1938. ISSN: 0006-9205.

_____. Rio de Janeiro: Policlínica Geral do Rio de Janeiro, v. 52, P2, abr-jun, 1938. ISSN: 0006-9205.

_____. Rio de Janeiro: Policlínica Geral do Rio de Janeiro, v. 52, P1, jan-mar, 1938. ISSN: 0006-9205.

_____. Rio de Janeiro: Policlínica Geral do Rio de Janeiro, v. 53, P2, maio-ago, 1939. ISSN: 0006-9205.

_____. Rio de Janeiro: Policlínica Geral do Rio de Janeiro, v. 53, P3, set-dez, 1939. ISSN: 0006-9205.

_____. Rio de Janeiro: Policlínica Geral do Rio de Janeiro, v. 53, P1, jan-abr, 1939. ISSN: 0006-9205.

_____. Rio de Janeiro: Policlínica Geral do Rio de Janeiro, v. 54, 1940. ISSN: 0006-9205.

_____. Rio de Janeiro: Policlínica Geral do Rio de Janeiro, v. 55, P3, set-dez, 1941. ISSN: 0006-9205.

_____. Rio de Janeiro: Policlínica Geral do Rio de Janeiro, v. 55, P2, maio-ago, 1941. ISSN: 0006-9205.

_____. Rio de Janeiro: Policlínica Geral do Rio de Janeiro, v. 55, P1, jan-abr, 1941. ISSN: 0006-9205.

_____. Rio de Janeiro: Policlínica Geral do Rio de Janeiro, v. 56, 1942. ISSN: 0006-9205.

_____. Rio de Janeiro: Policlínica Geral do Rio de Janeiro, v. 57, 1943. ISSN: 0006-9205.

_____. Rio de Janeiro: Policlínica Geral do Rio de Janeiro, v. 58, 1944. ISSN: 0006-9205.

_____. Rio de Janeiro: Policlínica Geral do Rio de Janeiro, v. 59, P1, jan-abr, 1945. ISSN: 0006-9205.

_____. Rio de Janeiro: Policlínica Geral do Rio de Janeiro, v. 59, P2, jan-abr, 1945. ISSN: 0006-9205.

_____. Rio de Janeiro: Policlínica Geral do Rio de Janeiro, v. 59, P3, jan-abr, 1945. ISSN: 0006-9205.

Oficina Sanitaria Panamericana. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP);13(3), mar. 1934.

_____. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP);13(10), out. 1934.

_____. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP);13(11), nov. 1934.

_____. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP);14(1), ene. 1935.

_____. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP);14(5), mayo 1935.

_____. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP);14(11), nov. 1935.

_____. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP);15(1), ene. 1936.

_____. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP);15(2), feb. 1936.

_____. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP);15(3), mar. 1936.

_____. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP);15(4), abr. 1936.

_____. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP);15(5), mayo 1936.

_____. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP);15(8), ago. 1936.

_____. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP);15(11), nov. 1936.

_____. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP);15(12), dic. 1936.

_____. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP);16(2), feb. 1937.

_____. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP);16(3), mar. 1937.

_____. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP);16(7), jul. 1937.

_____. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP);16(8), ago. 1937.

_____. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP);16(9), set. 1937.

_____. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP);17(2), fev. 1938.

_____. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP);17(6), jun. 1938.

_____. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP);18(6), jun. 1939.

_____. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP);18(10), oct. 1939.

- _____. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP);19(1), ene. 1940.
- _____. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP);19(2), feb. 1940.
- _____. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP);19(11), nov. 1940.
- _____. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP);20(3), mar. 1941.
- _____. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP);21(6), jun. 1942.
- _____. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP);21(10), oct. 1942.
- _____. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP);22(11), nov. 1943.
- _____. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP);24(3), mar. 1945.
- _____. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP);25(6), jun. 1946.

Recenseamento

Recenseamento geral do Brasil 1940: censo demográfico; censos econômicos. Volume: Série Regional. Parte XX - Rio Grande do Sul. Tomo 1. Rio de Janeiro: IBGE, 1940.

Relatórios

Relatório apresentado ao Exmo. Sr. Dr. Getúlio Dorneles Vargas, D. D. Presidente da República pelo General Osvaldo Cordeiro de Farias, interventor federal no Estado do Rio Grande do Sul, durante o período de 1938-1943, p. 48.

Relatório apresentado ao Exmo. Sr. General C. de Farias Interventor Federal no Estado, pelo Dr. Oscar C. da Fontoura Secretário da Fazenda, relativo ao quinquênio 1938/1942. Secretaria de Estado dos Negócios da Fazenda do Rio Grande do Sul. Porto Alegre: Oficina Gráfica da Imprensa Oficial, 1943.

Washington, D.C, US: Pan American Sanitary Bureau, Report of the Director, (1935, p. 1-9). Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/30973>. Acesso em 19 mai. 2022.

Sinopses estatísticas

Sinopse estatística de Porto Alegre / Departamento Estadual de Estatística - Porto Alegre. Ed. Globo, 1940.

Sinopse estatística municipal - Porto Alegre. Rio Grande do Sul: Departamento de Estatística, 1945.

Sinopse preliminar do censo demográfico: 1940. Rio de Janeiro: IBGE, 1946.

Sinopse preliminar do censo demográfico: 2000. Rio de Janeiro: IBGE, 2000.