HULDA VALE DE ARAÚJO

A SAÚDE PÚBLICA DO ADOLESCENTE BRASILEIRO
UM ESTUDO EM DOIS TEMPOS

UNIVERSIDADE DO PORTO – PORTUGAL
INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS DE ABEL SALAZAR
PORTO
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO - FUNDAÇÃO COORDENAÇÃO
DE APERFEIÇOAMENTO DE PESSOAL DE NÍVEL SUPERIOR
CAPES – BRASIL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO

Recife 2004.

HULDA VALE DE ARAÚJO

A SAÚDE PÚBLICA DO ADOLESCENTE BRASILEIRO
UM ESTUDO EM DOIS TEMPOS

UNIVERSIDADE DO PORTO – PORTUGAL
INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS DE ABEL SALAZAR
PORTO
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO - FUNDAÇÃO COORDENAÇÃO
DE APERFEIÇOAMENTO DE PESSOAL DE NÍVEL SUPERIOR
CAPES – BRASIL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO

Recife 2004.

Araújo, Hulda Vale de

A saúde pública do adolescente brasileiro : um estudo em dois tempos / Hulda Vale de Araújo. – Porto; Recife : O Autor, 2004.

272 folhas : il., tab., quadros.

Tese (doutorado) – Universidade do Porto. Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar. MEC/ UFPE. Saúde Pública, 2004.

Inclui bibliografia e anexos.

1. Saúde Pública – Adolescentes – Brasil – Análise retórica. 2. Políticas públicas (Saúde) – Adolescentes – Brasil (1956-1960). 3. Saúde coletiva – Adolescentes – Brasil (1961-2002) – Revisão histórica. 4. Violência – Adolescentes brasileiros – Causas externas. 5. Ensino Formal (Saúde pública e coletiva) – Análise crítica. I. Título.

614.1-053.6	CDU (2.ed.)	UFPE
613.0433	CDD (21.ed.)	BC2004-137

HULDA VALE DE ARAÚJO

A SAÚDE PÚBLICA DO ADOLESCENTE BRASILEIRO
UM ESTUDO EM DOIS TEMPOS

Tese de Candidatura ao Grau de Doutor em Enfermagem, submetida ao Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar

Orientadora: Profª. Dra. Gilda Maria Lins de Araujo

Co-Orientador: Prof. Dr. Romero Bandeira Gandra



10388

"Muitas vezes me angustiaram
Desde a minha mocidade, diga
Agora Israel,
Muitas vezes me angustiaram
Desde a minha mocidade, todavia não
Prevaleceram contra mim os
Lavradores araram sobre as minhas
Costas, compridos fizeram os seus sulcos".

(Salmos 129:1 a 3)

DEDICATÓRIA

Aos Adolescentes e jovens

A Nuno Lídio Pinto Rodrigues Grande
Prof. Dr. (Porto, Portugal)

A Eliezer Queiroz Souto
Prof. (Recife, Brasil)

Às Amigas

Dilene Maranhão Valle
Minha mãe

Celsa Maranhão de Almeida
Minha tia, in memoriam

Dorcas Beuttemnuller de Araújo
Avó de meus filhos

Áurea Bezerra Mulatinho
Minha tia

Amália Barbosa
Mulher sábia

Gilda Maria Lins de Araújo
Minha Orientadora

AGRADECIMENTOS

Ao Deus que sustenta com vida a nossa alma, e não consente que sejam abalados os nossos pés. Salmos 66:9.

Na história desta investigação os agradecimentos:

Aos meus pais Nathanael Bezerra Valle, in memoriam, e Dilene Maranhão Valle.

Aos meus filhos Alfredo César Vale de Araújo, André Luis Vale de Araújo e Rodolfo Jorge Vale de Araújo.

Aos irmãos, cunhadas, cunhados, sobrinhos, primos, e amigos, nas pessoas de Sarah Maranhão Valle e Luiz Augusto Maranhão Valle.

À professora Dra. Gilda Maria Lins de Araújo, orientadora, sempre presente ao contexto acadêmico e de vida no já longo percurso que desenvolvemos no âmbito da investigação.

Ao Prof. Dr. Romero Bandeira Gandra, co-orientador, e professor do Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Universidade do Porto, Portugal.

Ao Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Universidade do Porto, Portugal.

Ao Prof. Dr. Nuno Rodrigues Grande, investigador das ciências e das almas humanas.

À Coordenação de Relações Internacionais e Serviço de Cooperação de Países de Língua Portuguesa da Universidade Federal de Pernambuco e Universidade do Porto, nas pessoas das Profas e Doutoras: Suzana Queiroz Monteiro e equipe, e Maria Elizabeth Ribeiro e equipe. As Sras. Rosalinda Pereira, e Délvia Carvalho.

À Universidade do Porto

À Universidade Federal de Pernambuco

À Professora Doutora Maria do Céu Figueiroa, da Faculdade Superior de Enfermagem do Porto, Portugal.

À Professora Doutora Zaída Azeredo, pela contribuição por ocasião da sua participação na Banca Examinadora de Passagem ao Doutorado Definitivo.

Ao MEC–Fundação Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior Coordenadoria de candidaturas a bolsas e auxílios no exterior-CCE/CAPES Brasil.

Ao Ministério das Comunicações – Brasil na pessoa do Sr. Márcio Antonio Correia, da Secretaria de Comunicação de Governo, Presidência da República Brasília, Brasil.

Aos professores, Eliezer Queiroz de Souto, Paulo Roberto Freire Cunha, Maria José de Matos Luna, José Carlos Gonçalves Wanderley, Joaquim Nepomuceno Neto, Eliane Ribeiro de Vasconcelos, Marcos Aurélio Guedes, por contribuições que permitiram caminhar para conclusão da investigação empreendida.

À área Didática de Enfermagem de Saúde Pública, do Departamento de Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da UFPE – Brasil.

À coordenação de Museu e Biblioteca da Fundação Nacional de Saúde – FUNASA, Brasil.

Ao Laboratório de Análises Clínicas LASA, nas pessoas de Dr. Alfredo Rodolfo Beutemnuller de Araújo, de Drª. Sandra Rabin e Funcionários.

Ao Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, da Universidade do Porto, Portugal.

Às Instituições e pessoas envolvidas no laborioso momento dos registros escritos da investigação. Faço representá-los nas pessoas dos senhores: Inácio S. da Silva (Brasil), e senhora Suzana Vieira (Portugal).

SUMÁRIO

PARTE 1

INTRODUÇÃO 12.

Cap. 1 A historiografia e os métodos 24.

1.1. Revendo as idéias 24.

1.1.1. Período de Juscelino Kubistschek de Oliveira (J.K.) 33.

1.1.2. Período de Fernando Henrique Cardoso (F.H.C.) 36.

1.2. As bases Teórico-Metodológicas 49.

1.2.1. Revisão da Literatura e demarcação de conceitos 62.

PARTE 2 – A Saúde Pública e o Poder: Era o que se pensava ou não foi bem assim?

Cap. 2

2.1. A Saúde Pública Observada pelas Instituições Governamentais 66.

2.2. A Saúde Pública Observada pelas Enfermeiras de (Saúde Pública) e Sanitaristas (médicos) 79.

Cap. 3 A Saúde Pública do adolescente brasileiro nos dois períodos presidenciais

3.1. Juscelino K. de Oliveira (1956-1960) 116.

3.2. A Saúde Pública do Adolescente Brasileiro em anos próximos e durante o período FHC 124.

3.2.1. Períodos anteriores (1961-1994) 124.

3.2.2. Período do Presidente Fernando Henrique Cardoso (1955-2002) 142.

PARTE 3 – A política que o discurso constrói e a construção que o discurso não fez

Cap. 4 Análise e Interpretação dos Dados 166.

4.1. Discursos do Período Juscelinista 167.

4.1.1. Ministro da Saúde Mário Pinotti (Discurso de Posse - 07/07/1958) 168.

4.1.1.1. O Problema da Mortalidade Infantil 168.

4.1.1.2. O Problema da Tuberculose 171.
4.1.1.3. Higiene da Infância 172.
4.1.2. Discursos dos Sanitaristas médicos: Fundamentos para a Organização de Serviços de Proteção Materno Infantil. 177.
4.1.3. Discursos das Enfermeiras de Saúde Pública 184.
4.1.3.1. A integração dos aspectos sociais, preventivos e curativos para a formação de um conceito de Saúde Pública 184.
4.1.3.2. O que é Enfermagem de Saúde Pública 189.
4.2. Discursos do Período Fernando Henrique Cardoso (FHC) 196.
4.2.1. Ministro da Saúde José Serra (Discurso de Posse – 31/03/1998) 196.
4.2.1.1. Observando o Manual para a Organização da Atenção Básica no Brasil 200.
4.2.2. Discursos dos Sanitaristas (médicos) na área de Saúde Pública do Adolescente/AIDS (Epidemia de SIDA/AIDS em Pernambuco, Brasil) 204.
4.2.3. Discursos das Enfermeiras de Saúde Pública na área do adolescente 210.
4.2.3.1. Bases para uma re–significação do trabalho de enfermagem junto ao adolescente 210.
4.2.3.2. O adolescente no espaço público da rua 213.

PARTE 4 – Proposta para discussão e recomendações

Cap. 5 Proposta para discussão 222.
5.1. Conclusão 222.
5.2. Recomendações 227.

BIBLIOGRAFIA 228.

NOTAS 269.

ANEXOS 271.

RESUMO

Em consonância com estudos dissertivos contidos na investigação: "A dimensão retórico-ideológica da Saúde Pública (materno-infantil) no período Juscelinista, dá-se a continuidade dos estudos, apresentando a retórica ideológica em dois períodos historiográficos Juscelino Kubitschek, (1956-1960), Ministro da Saúde Mário Pinotti, (1958-1960), e do presidente Fernando Henrique Cardoso, FHC, (1995-2002), configurando-se em um estudo de compreensão comunicacional, disponíveis em seus aspectos pragmáticos e sociais. Nas experiências nos logos racionais dos intelectuais orgânicos, como os enfermeiros (as) de Saúde Pública e os sanitaristas (médicos), buscam-se conhecimentos que incorporem a Saúde Pública do adolescente brasileiro, nos períodos historiográficos mencionados. Analisar aspectos retóricos ideológicos presentes nos discursos públicos dos governos e intelectuais, no entendimento analítico crítico, peculiar ao materialismo histórico no âmbito tratado por Gramsci e Althusser. As reflexões então produzidas, apontam para a presença da retórica ideológica, enquanto não dialógica. Alguns dos instrumentos analíticos/críticos utilizados na técnica da análise retórica, incorpora-se aos discursos aqui observados nos contextos das suas mensagens, o que percebem os retores das situações descritas, interpretando-se então fragmentos nas mensagens que evidenciaram interações comunicacionais apropriadas à crítica analítica. Nesta perspectiva identificam-se no período Juscelinista (Mário Pinotti), instâncias solucionadoras com a presença da ideologia dominante direcionadas ao grupo populacional materno-infantil. Nos logos racionais dos enfermeiros(as) de Saúde Pública, apresentam-se configurados em abrangências conceituais e na busca de identidade profissional. Na mensagem dos Sanitaristas (médicos), nomeia-se a organização de serviços públicos para as mães e a infância. As seqüências discursivas examinadas no período governamental de FHC – José Serra, apresentam-se com instancias solucionadoras conjugadas à ideologia dominante nos discursos governamentais, evidenciadas por fragmentos discursivos como: "tarefas compartilhadas" e "empenho de todos", em favor do Estado mínimo e da configuração da responsabilização individual da Saúde Pública de toda a população. Na perspectiva da Saúde Pública do Adolescente, credita-se à área técnica de Saúde do Adolescente e do jovem, a superação dos agravos através da sensibilização e capacitação. Apresentando-se as mensagens dos enfermeiros(as) e dos sanitaristas, instâncias solucionadoras com a presença da ideologia dominante, conquanto estabelecem constituintes conceituais características das estruturas educacionais, (produção e reprodução). Estabelecendo configurações antropológicas regionais, para não utilização de preservativos. Com às bases nessas conclusões, entende-se recomendar aos adolescentes e jovens brasileiros e suas famílias, a apropriação da análise retórica configurando-se em ações emancipatórias através da Saúde Coletiva.

RESUMÉ

D'aprés les études dissertives contenues dans l'investigation "La dimension rhéto idéologique de la Santé Publique Materno–Infantile pendant la période Jusceliniste". I'on peut vérifier la continuité, des études, présentant la rhétorique idéologique en deux périodes historiographiques – JUSCELINO KUBITCHEK, (1956 – 1960), ministre de la santé Mário Pinotti, (1958 – 1960), et du président FERNANDO HENRIQUE CARDOSO – FHC, (1995 – 2002), ministre de la santé José Serra, (1998 – 2001), se configurant dans une étude de compheensión communicationelle, disponibles dans son pragmatique et social. Dans les expérienses presentées dans les logos rationel des intelectuels organiques, comme les infirmiers, de la santé publique et les sanitairistes médecins, recherchent des connaissances Qui incorporent la Santé Publique de l'adolescent brésilien, dans les deux périodes historiographiques mentionées. Analyser les aspects réthoriques idéologiques présents dans les logos rationels des gouvernements et intellectuels, dans l'entente analytico–critique, propre du matérialisme historique, dans le domaine étudié par Gramsci et Althusser, les réflexions alors, produites pointent pour la présence de la rhétorique idéologique, en tant que non dialogique. Certains instruments analytiques critiques utilisées dans la thecnique de l'analyse rhétorique, s'incorporent aux discours ici observés dans les contextes de ses messages, ce que perçoyvent les rhéteurs des situations décrites, s'interprétant, alors des fragments dans les messages Qui ont mis en évidence les interactions communicationelles adptées á la critique analytique. Dans ce sens, s'identifient la période Jusceliniste, Mário Pinotti, instances résolubles avec la présentent configurés dans des contenus conceptuels et dans la recherche d'ifdentité professionelle. Dans le message des sanitairistes, médecins, la nommination est faite a travers l'organization de services publiques pour les méres et l'enfance. Les séquences discursives examinées pendant la période gouvernementale de FHC. José Serra, elles se présentent avec des instances résolues, configurées á l'idéologie dominante dans les discours gouvernementaux, évidencés par des fragments discoursifs, comme tâches copartagées – et engagements de tours, – en faveur de l'État Mimime et de la configuration de la responsabilization individuelle de la Santé Publique de toute la population. Du point de vue de la Santé Publique de l'adolescent se crédite au champ thecnique de la santé de l'adolescent et du jeune – ASAJ, le franchissement des afronts a travers la sensibilization et pérsuasion. Presentant les messages, des infirmiers – et celles des sanitairistes, instances résolubles avec la présence de l'idéologie dominante, avec lesquelles établissent des constituants conceptuels, – Production et Reproduction – Établissant des configurations anthropologiques régionales, á la non utilization de préservatifs. En s'appuyant sur ces conclusions, on entend recommander aux adolescents et jeunes brésiliens et leurs familles, l'ajustement de connaissances produites par l'application de l'analyse rhétorique, configurant dans des actions émancipatoires a travers la Santé Collective.

SUMMARY

On the same line with the dissertations contained in "A dimensão retórico ideológica da Saúde Pública Materno Infantil no período Juscelinista" follow studies presenting ideological rethorics of two historiographical periods – JUSCELINO KUBITCHEK, (1956–1960), by Health Minister Mário Pinotti, (1958–1960) and President FERNANDO HENRIQUE CARDOSO, FHC, (1995–2002), by Health Minister José Serra, (1998–2001) – and outlining a search on communicational comprehension, both social and pragmatical.

From the experiences presented by scholars in organics, like health nurses and sanitary doctors, it is possible to deduce information on public health and Brazilian youngsters during the two above mentioned historiographical periods. From the analysis of the ideological and rethorical reasonings of governments and scholars, in the analytical–critical approach peculiar to historical materialism in the areas covered by Gramsci e Althusser, it is observed and ideological and not dialogical rethoric. Some of the analytical–critical approaches used in the rethorical analyses are to be found in the Juscelinistic period of Mario Pinotti resolution instances are characterized by the predominant ideology directed tothe mother and child groups. In the reasonings of health nurses, resolution instances emerge as conceptual understanding and the search of professional identity. In the message of health professionals and doctors they find expression in the implementation of public service structures for the mother and the child. In the period of FERNANDO HENRIQUE CARDOSO of José Serra resolution instances are in line with the predominant ideology of government philosophy highlighting shared responsibilities and efforts of everyone, in favour of a Minimum State and giving tothe population individual responsibility as to public health. In regards of the child and the youngster, focus is given to awareness and enablement.

Presenting the messages of nurses and sanitary personnel which are resolution instances characterized by the predominant ideology (Production and reproduction). Creating regional anthropological schemes (the use of condoms). On the basis of these conclusions, it is recommended to youngsters and their families in Brazil to be involved in the information deduced by the rethorical analyses and which finds na application in emancipative actions through collective health.

PARTE 1

1. INTRODUÇÃO

A proposta de trabalho iniciada na pesquisa a *"Dimensão Retórico-Ideológica da Saúde Pública Materno-Infantil no período juscelinista"* que culminou em dissertação de mestrado apresentada em sessão pública e aprovada, com distinção, pela congregação científica no mestrado de Enfermagem em Saúde Pública da Universidade Federal da Paraíba, Brasil, em 1997, facultou as bases metodológicas da presente pesquisa em forma de tese: *"A Saúde Pública do Adolescente brasileiro: um estudo em dois tempos"*.

Através da aplicação da Técnica Retórica, criticamente fundamentada nos trabalhos de Aristóteles, HALLIDAY, (1988), e outros estudiosos do tema, foi possível identificar, na retórica dos discursos públicos, a ideologia e não a dialogicidade. Quanto à abordagem retórico situacional, BRITON (1981), tomou-se por base as circunstâncias do contexto histórico no período e anos próximos à gestão presidencial de Juscelino Kubitschek de Oliveira - JK (1956-1960).

Apontaram os resultados da dissertação que os discursos analisados (ministro da saúde Mário Pinotti, médicos sanitaristas e enfermeiras de Saúde Pública, todos da área de Saúde Pública Materno-Infantil) continham instâncias e atos retóricos ideológicos influenciados pela classe social dominante e pela retórica ideológica governamental, bem como a hegemonia/dominação na área de Saúde \Pública, que era assim delegada ao médico sanitarista pelo Estado/Governo/burguês, no recorte temporal a que foi delimitado na pesquisa.

O Brasil como signatário das resoluções internacionais na área de Saúde Pública, leva MORAES (1994)[1] a ressaltar o carácter didáctico e metodológico da classificação de profilaxia difundida por ANDERSON e ARNSTEIN, dividida em 3 grandes grupos:

---

[1] MORAES, Nelson Luiz de Araújo, tese de Concurso à livre-do-Ciëncia na Cadeira de Epidemologia e Profilaxia Gerais e Especiais, da Faculdade de Higiene e Saúde Pública, da Universidade de São Paulo. Concluindo em 22 de março de 1954, e Publicado na REVISTA DO SERVIÇO ESPECIAL DE SAÚDE PÚBLICA,TOMO VII, Dezembro de 1954, nº1, com o título"Avaliação de um Programa de Profilaxia Geral – Estudo de Dezoito Cidades do Interior da Amazônia". MINISTÉRIO DA SAÚDE Rio de Janeiro – Brasil, páginas 95-224.

I. *"Prevenção da disseminação da doença;*

II. *Aumento da resistência do novo Hospedado;*

III. *Atenuação dos danos causados pela doença nos casos não evitados."*[2]

Assim acompanhando essa resolução, em julho de 1942, o Brasil assina um termo de primeiro contacto criando o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), sob o gerenciamento do Ministério da Educação e Saúde. Em decorrência promove a Conferência de Organização Sanitária de 1948 organizada pelo SESP e com a participação de professores da Faculdade de Higiene e Saúde Pública da Universidade de São Paulo, (USP) e técnicos do Departamento de Saúde do Estado de São Paulo.

Dessa conferência, resultaram as recomendações que seguem:

"1. Que seja dado o máximo destaque ao saneamento do ambiente.

2. Que seja dada a maior ênfase possível à higiene da criança.

3. Que seja dada a maior importância à educação sanitária, integrada em cada uma das actividades de Saúde Pública.

4. Que seja instituído o controle das doenças transmissíveis sem o intuito de, no inicio, lhe dar uma amplitude máxima, mas visando executar medidas eficientes para o combate às grandes endemias regionais e utilizar, no combate às demais doenças transmissíveis, somente os meios aplicáveis em massa e de emprego exequível em torno de focos.

5. Que seja considerada a assistência médica como função dos serviços de Saúde Pública, passando essa função a integrar o programa do SESP nas regiões dos Vales do Amazonas e do Rio Doce, devendo a ela ser dada toda a amplitude que lhe permitam as possibilidades orçamentárias, sem prejuízo das demais funções aqui recomendadas.

6. Que sejam construídos e mantidos pequenos hospitais em pontos estratégicos das duas áreas.

7. Que sejam realizados pelos programas trabalhos de pesquisa que forem consideradas de importância para o solucionamento dos problemas da região."[3]

---

[2] Ibidem página 95

[3] Ibidem. página 101-102. Essas recomendações foram publicadas no Boletim Comemorativo do 10º aniversário do SESP em 1952.

Não obstante essas recomendações, o SESP já vinha atuando em ações nas áreas de Saneamento, Controle das Doenças Transmissíveis, Higiene da Criança, Educação Sanitária, Bioestatística, Laboratório, Assistência Médica, Enfermagem de Saúde Pública, e Organização de Serviços.

Em 1950, o Governo Federal amplia o foco de atuação territorial, portanto além da região amazônica, a base de atuação do SESP com suas unidades hospitalares e unidades menores, isto é Postos de Saúde.

Outra parte do estudo de MORAES, refere-se ao capítulo em que busca evidenciar as possíveis causas do aumento de vida ao nascer, nas cidades amazônicas por ele pesquisadas, cujos dados são observados nas tabelas de número 01 e 02. Na primeira, alguns dados sobre atividades intervencionistas de higiene maternal, no período 1948-1950, nas cidades do grupo I, como:

HIGIENE MATERNA E INFANTIL

TABELA nº. 01

ALGUNS DADOS SOBRE ATIVIDADES DE HIGIENE MATERNA, NO PERÍODO 1948-1950, NAS CIDADES DO GRUPO 1

CIDADES	COMPARECIMENTO DE GESTANTES	CONSULTAS A PUÉRPERAS	GESTANTES EM TRATAMENTO ANTI-SIFÍLICO
ABOETETUBA	788	26	106
CAMETÁ	584	334	95
SANTARÉM	2618	63	555
PARINTINS	809	112	24
ITACOATIARA	1024	77	204

Como se observa no quadro dessas cidades, salienta-se a cidade de Santarém (Amazonas) com 555 gestantes em tratamento anti-sifilítico.

TABELA nº. 02

ALGUNS DADOS SOBRE ATIVIDADES DE HIGIENE INFANTIL, NAS CIDADES DO GRUPO I

CIDADES	COMPARECIMENTO DE INFANTES NO PERÍODO 1948-1950	CREDÉS REALIZADOS NO PERÍODO 1945-1950
ABOETETUBA	468	851
CAMETÁ	443	527
SANTARÉM	1739	1792
PARINTINS	418	930
ITACOATIARA	62	927

Na segunda, alguns dados sobre actividades de Higiene Infantil: Comparecimento de Infantes *"credés realizados"*[*]

Finalizando esses seus estudos, ele chegou a duas conclusões, que chamou uma de *"ordem médico-sanitária"* e outra de ordem *"metodológica"*.

Para o presente estudo é interessante ressaltar apenas duas das oito que ele designou como: *"Conclusões de Ordem médico sanitária "*, quais sejam:

⇒ Nas cidades aquinhoadas pelas acções dos programas intervencionistas do SESP, entre 1950-1951, os valores da vida média ao nascer apresentaram-se próximos dos estabelecidos para o mesmo período no Distrito Federal, na época a cidade do Rio de Janeiro, a maior diferença encontrada teria sido 3,68 em anos para a idade de 5 anos em favor do Distrito Federal.

⇒ Nas cidades de maior atuação da assistência médica em conjunto com o que o autor chama de *"trabalho profilático"*, mesmo que com menos abrangência que outras cidades, constatou aumento da vida média, entendendo que *"os modernos recursos terapêuticos são capazes, mesmo quando utilizados isoladamente, de produzir melhoras consideráveis da saúde da população."*[4]

Retomando a idéia norteadora desta tese que foi desenvolvida na Dissertação de Mestrado aqui referida, acha-se por bem destacar algumas recomendações da XI Jornada Brasileira de Puericultura e Pediatria no ano de 1960, na cidade do Rio de

[*] Utilização da cauterização nos olhos dos recém nascidos como prevenção da gonorréia oftálmica.
[4] Ibidem página 212.

Janeiro, no texto conclusivo: *"Situação da Assistência à Infância no Brasil"*[5], visto que a transferência de óbitos explicada na recomendação 4, se repete entre os adolescentes de hoje (ano 2002), e os itens 7, 8, 9 e 10 continuam validadas nos tempos atuais. Veja-se as deduções:

SITUAÇÃO DA ASSISTÊNCIA À INFÂNCIA NO BRASIL

CONCLUSÕES:

1. Não obstante os esforços nacionais, a situação da assistência à infância é ainda precária em todo país, como revelamos elevados coeficientes de mortalidade infantil e do pré-escolar.
2. A deficiência de registro civil continua falseando o coeficiente que se baseiam no nº. de nascidos.
3. Os dados sobre a mortalidade infantil já não refletem a situação da assistência à infância no Brasil, uma vez que se vem observando decréscimo da mortalidade de crianças de menos de 01 ano paralelamente a um aumento da mortalidade nos outros grupos etários.
4. Está ocorrendo uma transferência do óbito do 1º ano de vida para os imediatamente subseqüentes, sobretudo o 2º e o 3º, fenômeno equivalente a uma *"moratória"* da morte.
5. No que diz respeito à morbidade, as causas principais de hospitalização continuam sendo as doenças de carência, as verminoses e a diarréia.
6. Além das enfermidades apontadas, as doenças infecto-contagiosas, as pneumopatias não tuberculosas, assim como os acidentes na infância, também contribuem para aumentar a morbidade e a mortalidade das crianças.
7. As condições sócio-econômicas precárias (miséria, baixo padrão cultural, falta de recursos da comunidade, analfabetismo, etc.) continuam sendo os fatores dominantes da morbidade e da mortalidade das crianças.
8. As medidas preventivas e a sanitária das massas na escala em que estão sendo realizadas ainda não têm sido expressão significativa e bem assim os projetos integrados em face o seu reduzido número.

---

[5] IX Jornada Brasileira de Puericultura e Pediatria, Jornal de Pediatria, Rio de janeiro, vol. 25, Fasc. 8, 1960, p.406-409, In:_____ A dimensão Retórica Ideológica da Saúde Publica Materno Infantil no período Juscelinista, dissertação de mestrado de Araújo, Hulda Vale de, pag.. 142.

9. As obras existentes de assistência à infância são numericamente insuficientes para a população a que devem atender e, em geral, funcionam com deficiência de recursos técnicos e financeiros.
10. Os fatores políticos e as dificuldades para o recebimento de recursos financeiros oficiais vêm prejudicando o desenvolvimento dos programas técnicos.

A observância conclusiva de que os óbitos do 1º ano de vida estariam decrescendo na medida em que apresentavam-se nas idades subsequentes, equivalendo ao que o texto chama de *"moratória da morte"*, seria um dos fenómenos que poderá estar aparecendo nas situações de estudo das causas de morte dos adolescentes e jovens dos fins do século XX (1995-2002), início do século XXI, onde a mortalidade infantil no Brasil aproxima-se de 33% por 1.000 nascidos vivos, mas a mortalidade da faixa etária de 15 a 29 anos estaria vinculada, em sua maioria, a causas externas, fenómeno constatado nos trabalhos de YUNES e PRIMO, (1983), que pesquisaram as causas de morte nos adolescentes de algumas cidades brasileiras. Em síntese, o que se tenta reflectir e trazer ao diálogo é que as populações jovens do Brasil não estariam mais morrendo de gastroenterites, gripes e pneumonias, estariam sobrevivendo a essas causas de obituário, mais encontradas nos anos 50 a 80 do século passado, enquanto que nos finais do século XX e início do século XXI, estariam morrendo mais nas faixas etárias de 10 a 29 anos, por mortes violentas (suicídios, homicídios, acidentes, drogas lícitas e ilícitas, e doenças sexualmente transmissíveis /Sida/AIDS), como se trará ao debate nos próximos capítulos.

Ao apresentar-se o Projecto de Tese: *"A Saúde Pública do Adolescente no Brasil: Um Estudo Em Dois Tempos"*, agora mais aprofundado e em um período historiográfico mais recente, o do Presidente Fernando Henrique Cardoso (FHC), pensou-se esses *"dois tempos"* relacionando-se aos dois períodos da gestão governamental desse Presidente (1995-1998/1999-2002).

Por ocasião da defesa do Projecto frente à Comissão Cientifica, como requisito à passagem ao doutoramento definitivo, como relatado páginas anteriores, acatou-se a sugestão de estender-se esses *"dois tempos"* relacionados a duas gestões presidenciais – J. K. e FHC – ressaltando-se os avanços e retrocessos ocorridos de um período para outro.

Conseqüentemente, a abordagem metodológica foi reestruturada: de um lado, uma análise documental com objectivo de verificar a eficácia da legislação pertinente

à saúde pública do adolescente e seu impacto nas comunidades. Por outro lado, a análise objectiva e subjectiva dos discursos já registrados aqui como: conceitos, são objetos de reflexão na parte concernente às *"Bases Técnico-Metodológicas"*.

A preocupação de analisar retoricamente problemas de Saúde Pública foi fortalecida por um texto académico, objecto de avaliação pelo Prof. Eliezer Queiroz de Souto, responsável pela disciplina *"Metodologia do Conhecimento"*, por ocasião do V Curso de Capacitação Pedagógica do Docente Universitário, a nível de pós-graduação (especialização) promovido pelo Departamento de Educação da Universidade Federal Rural de Pernambuco, no período de 1991 a 1992. No trabalho, sob o título *"A visão Retórico-Eufemista da Saúde, quanto à morbidade e mortalidade por diarreias em menores de 05 anos"*.[6] Analisou-se a relação existente entre a descrição da gravidade dos problemas de saúde causados pelas diarreias em crianças menores de cinco anos e algumas das soluções propostas pelo Fundo das Nações Unidas para Infância – UNICEF, órgão componente da Organização das Nações Unidas, no relatório *"Situação/Mundial da Infância, 1988"*, bem como o discurso do Ministério da Saúde do Brasil, no *"Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança, 1985"*.

Uma das observações conclusivas, no texto acadêmico, foi o seguinte:

> *"Observa-se um discurso ideológico por parte dessa instituição (UNICEF). Ora ela admite que as doenças infecciosas, incluindo as diarréias, atingem mais os países pobres e famílias desprovidas de recursos financeiros; ora ela justifica essa situação, responsabilizando a recessão provocada pelo individamento das nações pobres; ora ela conclama uma revolução: liderada pelas populações civis, religiosas em prol da sobrevivência infantil".*
>
> *"E desta forma, descrevendo um discurso retórico-eufemista, na medida em que o grande número de doenças e mortes infantis, incluindo os 3,5 milhões de óbito por diarréias registrados anualmente em menores de cinco anos, são provocadas pelo precário nível em países endividados e cuja solução é apenas mobilizar a sociedade civil e religiosa desses países. E, ainda, porque, como se sabe, as Nações Unidas, órgão maior que*

[6] ARAÚJO, Hulda Vale de, A Visão Retórica Eufemista da Saúde, Quanto à morbidade e mortalidade por diarreias em menores de 05 anos, texto manuscrito, inédito.

congrega, também as nações cobradores da dívida, não se propõem a nenhum papel e nem exigem de seus membros mais ricos atitudes que reflitam as preocupações que, no seu discurso, dizem ter. Sugerem, sim, que as nações pobres saiam às ruas com panfletos e papelotes... para reduzir a mortalidade de milhões de crianças"... (Araújo, 1991, p.4-5)

Nessa perspectiva, desenvolvemos a pesquisa para obtenção do título de mestre, aqui já referida. Apoiada em uma abordagem retórico-situacional, tomando por base as circunstâncias do contexto histórico no período e anos próximos à gestão presidencial de Juscelino Kubitschek, faz-se o estudo da retórica ideológica utilizada pelo governo brasileiro do período J.K (Juscelino Kubitschek) e por profissionais da área de Saúde Pública (materno-infantil): médicos, sanitaristas e enfermeiras cujos resultados apontaram que os discursos continham instâncias e atos retórico-ideológicos influenciados pela classe social dominante e pela retórica ideológica governamental, bem como a hegemonia/dominação na área da saúde, que era assim delegada ao médico pelo Estado/Governo – burguês, no recorte temporal a que delimitamos nossa pesquisa. (ARAÚJO, 1997, resumo)[7].

Esses fatos levaram a seguinte questão norteadora: quais as situações e atos retóricos contidos nos discursos produzidos pelo governo, Ministro da Saúde Mário Pinotti, (1958 a 1960) e do Ministro da Saúde José Serra (1998 a 2002) e pelos profissionais da área de saúde (enfermeiros e médicos) que teriam recebido influências da ideologia dominante, no contexto das atividades de Saúde Pública do adolescente, constantes acima. Assim, tentar-se-á verificar, através do próprio discurso da enfermeira, do médico e do governo, esse último aqui apresentado como aparelho de Estado representante da ideologia dominante, se essas categorias profissionais, no que concerne à Saúde Pública do Adolescente, identifica-se ou não com o discurso governamental.

Assim sendo, justifica-se, em consonância com o problema levantado no item anterior, considerar que a Saúde Pública do adolescente como fonte de estudo e uma atividade incorporada pelas instituições governamentais e privadas, torna-se, em países como o Brasil, historicamente colonizado e colonizador, uma fonte diversificada de discursos retóricos que necessitam ser pesquisados para que a

[7] ARAÚJO, Hulda Vale de, A dimensão retórico ideológica da Saúde Pública Materno Infantil, dissertação de mestrado defendida pela Universidade Federal de Paraíba, Janeiro 1997, (inédita).

população, a sociedade e a comunidade possam instrumentalizar-se, através dos conhecimentos e conclusões desses estudos nas questões que dizem respeito às suas próprias vidas e à de suas famílias, atende-se, ainda à solicitação da banca examinadora, por ocasião do exame do doutoramento definitivo, a reorganização das propostas em algumas categorias, bem como considerar o período historiográfico juscelinista na composição do quadro pesquisatório, bem como na aplicação eficaz da legislação pertinente.

Especial interesse parece ter demonstrado o governo brasileiro, no período juscelinista, sobre questões Materno-Infantil durante a gestão do ministro da Saúde, Mário Pinotti (1958-1960), ao ponto de destacar especificamente no discurso de posse do referido ministro, a mortalidade Materno-Infantil.

Quanto aos representantes do governo, em concordância com as diretrizes presidenciais, interpretar-se-ão os discursos do Dr. Mário Pinotti, Exmº. Ministro da Saúde, no período de 1958 a 1960. Deveu-se sua escolha, ao fato de, entre os outros ministros, ter permanecido por mais tempo no governo do Presidente Juscelino Kubitschek de Oliveira.

A necessidade de delimitação do problema da presente pesquisa, de natureza comparativa, trata de aspectos da saúde pública do adolescente brasileiro nos períodos históricos: J.K e F.H.C. Este fato justifica a procura do apoio em estudo dos dois períodos, com registros dos próprios presidentes do Brasil. No governo do presidente F.H.C., acentua-se o interesse pelas crianças, jovens e adolescentes, percebidos no Estatuto da criança e adolescente, bem como, pelo impacto epidemiológico de ações intervencionistas em favor desse grupo, apresentando-se no governo F.H.C., ainda insipientes. Motivada, então, por esses resultados, entendendo dar continuidade ao tema da pesquisa, agora considerando anos posteriores ao período J.K.. Precisamente, pelos anos do governo do Presidente Fernando Henrique Cardoso, (correspondentes a dois mandatos, 1995-2002).

Cabe-se agora, portanto, procurar aprofundar esse contexto, como aspecto relevante impregnado de retoricidade ideológica. Ao que parece, o Governo/Estado, os profissionais intelectuais médicos/sanitaristas e enfermeiras de Saúde Pública, considerados aqui como pertencentes à superestrutura aparelhada pelo Estado/Governo, na organização e manutenção de sua dominação e hegemonia, articulam entre si, ainda que não conscientemente, o discurso vazio do fazer com

pouca ou nenhuma participação efetiva daqueles que necessitam de ação para resolver seus problemas.

Viver significa participar de problemas e de suas resoluções. Os discursos que fazemos no quotidiano são retóricos porque tentam responder à situação que nos parece problemática, e estes discursos retóricos (situação e ato) revelam, por meio de linguagem escrita/oral, que os seres humanos influem e modificam comportamentos. Nisto, respaldamo-nos em HALLIDAY (1988)[8]:

> *"Somos seres retóricos: usamos a linguagem como instrumento de mudança ou reforço de percepção, sentimentos, valores, posicionamentos e ações! Quando agimos como seres retóricos, geralmente estamos respondendo a ditames de uma situação".*

E para comunicar-se persuasivamente o ser humano utiliza a palavra, a frase, o discurso, razão por que, além de todo o percurso que será feito nesse estudo relativo à gnosiologia humana nas áreas da ideologia, visão social de mundo, serão considerados os estudos da lingüística vinculados em enfoque pragmático porque se voltam para o contexto que examinam, visando a compreender variações do uso da linguagem nos atos da comunicação.

O conjunto de todas essas considerações feitas até aqui, sugere como hipóteses:

Os atos retóricos produzidos nos discursos públicos dos governos referentes à Saúde Pública (adolescente), contêm instâncias solucionadas pela ideologia dominante.

A produção discursiva dos profissionais de Saúde pública do Adolescente (enfermeiras, médicos e governo), nos discursos estudados, apresenta-se como instâncias solucionadas pela ideologia dominante e agregada à ideologia dos governos...

Sendo assim constituímos como objetivos:

1. Analisar os aspectos retórico-ideológicos em discursos públicos de um determinado período de recente história do Brasil: Governos de Juscelino

[8] Halliday, Tereza Lúcia, Atos Retóricos, mensagens, Estratégias de Políticos e Igrejas, São Paulo, Summus, p. 121.

Kubitschek (Ministro da Saúde Mário Pinotti) e de Fernando Henrique Cardoso (Ministro da Saúde José Serra).

2. Evidenciar que a retórica ideológica governamental na área de Saúde Pública do adolescente, é influenciada pela ideologia dominante presentes nos governos estudados.
3. Evidenciar que na retórica ideológica na área de Saúde Pública do Adolescente, produzida por profissionais médicos e enfermeiros (sanitaristas e enfermeiras de Saúde Pública) nos dois períodos históricos estudados, há presença de instâncias solucionadas pela ideologia dominante governamental.

Entendemos contribuir:

a. Nas discussões de condições que proporcionem aos profissionais de Saúde Pública do Adolescente (enfermeiros e médicos), refletirem a impulsionar seus comportamentos profissionais na busca do fortalecimento das participações comunitárias.
b. No resgate da história macroestrutural do Brasil, precisamente nos períodos históricos estudados., em seu aspecto legislativo e epidemiológico.
c. Na possibilidade de colocar em discussão as políticas públicas na área da Saúde Pública do Adolescente Brasileiro nos governos do presidente Juscelino Kubitschek de Oliveira, e das duas gestões governamentais (1995-1998) e (1999-2002) do Presidente Fernando Henrique Cardoso, nas gestões ministeriais de Mário Pinotti (J.K.) e José Serra (FHC).

Dedica-se o capítulo 1, ao registro historiográfico que a autora entendeu como relevantes ao entendimento dos primeiros acontecimentos que servirão ao desenrolar da investigação de caráter multidisciplinar.

Têm-se no item revendo as idéias do capítulo 1, a historiografia e os métodos, elementos enfatizando o grupo de população materno e infantil, em função de apresentar-se este como de maior discussão à época Juscelinista. As demais questões sociais, econômicas e políticas também contribuirão à analise crítica na conjuntura retórica situacional.

Fica para uma fase a nível pós doutoral, a conseqüente indicação de avanço investigatório com inclusão pesquisatória do Adolescente Português, obsequiada quando de leitura avaliativa da fase preliminar da atual tese doutoral, que realizada pela doutoranda Professora Maria do Céu Figueirôa, provocou a procedente sugestão.

A parte segunda, a autora reserva à Saúde Pública brasileira e sua relação institucional e profissional, realçando para isso, textos produzidos e publicados por organismos governamentais brasileiros, como a Fundação Instituto de Geografia e Estatística, (IBGE), Boletim da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO), Publicações da Fundação Oswaldo Cruz (RADIS-TEMA), Anais de Congressos nas áreas do conhecimento em Enfermagem, Saúde Pública, Saúde Coletiva, Pediatria médica, Centro de Estudo e Pesquisa Social Josué de Castro, Fundação Joaquim Nabuco de Pesquisas Sociais. Investigações de docentes da Universidade Federal de Pernambuco, da Universidade de São Paulo, da Universidade Federal do Rio de Janeiro e de outros centros de investigação do Brasil e de Portugal, em ambos os períodos governamentais brasileiros analisados.

Em seguida, o capítulo 3, da segunda parte, dedica-se ao contexto historiográfico especificando o conjunto demográfico do adolescente brasileiro.

Na parte 3, composta assim pelo capítulo 4, procura-se o conjunto dos discursos para análise crítica na retórica situacional. Têm-se os discursos publicados em Revistas Oficiais das categorias de intelectuais , aqui estudados, nos dois períodos presidenciais. Os discursos dos ministros da Saúde de Juscelino Kubitschek (Doutor Mário Pinotti) e do Presidente Fernando Henrique Cardoso (F.H.C.), Doutor José Serra.

Em função do pouco debate que suscitava o adolescente brasileiro, à época Juscelinista, na área do conhecimento em Saúde Pública, a autora optou em analisar discursos conceituais e de organização de serviços. Não obstante, apresentar-se alguns discursos na atenção à saúde materno-infantil, que à época Juscelinista, em função da alta mortalidade infantil, ocupavam um grande número de debates e investigações.

Já no período historiográfico de Fernando Henrique Cardoso, em especial às discussões entre os intelectuais médicos e enfermeiros de Saúde Pública, configurava-se, entre outras, a morbimortalidade por SIDA/AIDS*.

Na parte 4, propõe-se então à discussão com conclusões e recomendações, frente aos discursos analisados.

---

* SIDA - Síndrome da Deficiência Imunológica Adquirida. Terminologia utilizada nos países de Língua Portuguesa Lusófona. AIDS - Sigla utilizada nas américas e em países da Língua Inglesa.

CAP. 1 A HISTORIOGRAFIA E OS MÉTODOS

1.1 REVENDO AS IDÉIAS

O propósito desta pesquisa como apresentado no capítulo anterior é trazer à discussão a realidade da política pública em função da saúde do adolescente brasileiro.

Para respaldar a proposta metodológica os estudos retóricos de Aristóteles e de alguns de seus contemporâneos e em períodos mais recentes, PERELMAN e TYTECA, retomaram a discussão em torno da retórica como discurso argumentativo, nos anos 50 e outros.

Portanto, servirão de eixo norteador e delineador, os caminhos para se chegar ao lugar que se pretende, buscar-se-á entender o contexto histórico-político referente à Saúde Pública, Social e Económica do Brasil, a partir dos anos 50 até ao fim do mandato presidencial de Fernando Henrique Cardoso (F.H.C.).

A visualização da Saúde Pública Brasileira realizada por BARATA (1998)[9], em sua conferência formulando a pergunta: quais os desafios que a Epidemiologia brasileira deve enfrentar no início do próximo século, releva a situação que o Brasil compartilha com os demais países, países estes, que apresentam situações de saúde semelhantes, como alta incidência da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida SIDA/AIDS, a fome, vista eufemicamente como *"deficiência alimentar"*, as causas externas (violências, suicídios, acidentes de trabalho, trânsito) bem como o comércio de corpos infanto-juvenis.

Acrescido a esse contexto, já por si só, alarmante, as questões internas da economia e administração do país (opção por políticas públicas compensatórias, baixo investimentos em ciência e tecnologias, optando ainda por ajustes económicos que produzem exclusão social), sabiamente BARATA (1998), contextualiza que essa questão permeia a epidemiologia de muitos países do mundo, mas que no caso do Brasil, colocado na ordem mundial como acrescido de muitos problemas que vão da dependência económica, endividamento externo, diminuição dos gastos públicos, direccionamento dos poucos recursos em políticas sociais compensatórias, a pequenos

[9] BARATA. Rita Barradas. Conferência no IV Congresso Brasileiro de Epidemiologia, realizado de 1 a 5 de agosto de 1998, no Rio Centro com o título A Epidemiologia do Século XXI e as Perspectivas para o Brasil, p.31.

investimentos em ciências e tecnologia, e ainda como bem maior, conseqüentemente o das desigualdade sociais.

Ela entende que tanto a epidemiologia comprometida com novos conhecimentos (teoria) como a de geração de novos métodos de intervenção (tecnologia/prática), na tentativa de modificar a situação de saúde dos grupos humanos, atravessam momentos de grandes desafios.

Observa e acredita que os modelos, até então utilizados, apresentam esgotamento *"prático"* da *"dimensão científica da realidade"*.[10] Estende ainda sua observação à pratica dos vários paradigmas científicos da actualidade, atravessados por *"anomalias, insuficiências, paradoxos e limites"*. Entende ainda que o modelo do enfoque de risco, limite-se a todas essas perturbações, embora admita que o modelo anglo-saxão ainda é preponderante.

Exorta para a necessidade de repensar-se e buscar-se na construção da teoria da complexidade, a ultrapassagem dessas limitações.

Chama a atenção para o problema central das discussões, a desigualdade social, provocadora de exclusão cada vez maior de grupos da população, cujos indivíduos transformam-se no *"maior risco potencial ao bem estar colectivo"*, ao dizer que:

> *"O crescimento assustador da violência urbana, a emergência de doenças infecciosas graves, a obsolescência de tecnologias de controle outrora eficazes, a ocorrência precoce de problemas de saúde associados ao desgaste na vida cotidiana, o crescimento dos transtornos mentais e da dependência a drogas são alguns dos elementos que se associam com o processo crescente de exclusão social"* (BARATA, 1998: 31).

Mais um outro desafio da epidemiologia, segundo esse sector, é de articular-se com a saúde colectiva. Caso haja uma associação da epidemiologia como uma disciplina da área médica, subordinando-a à clínica, o que se verá é o esvaziamento de seu potencial crítico e de sua prática.

---

[10] ibidem (1998, p. 31)

O Prof. ALMEIDA FILHO (1998), Naomar[11], em conferência intitulada *"Construindo o Paradigma da Complexidade"*, propõe um modelo de pesquisa em Saúde Pública que auxilie o entendimento desse panorama complexo, isto é, a situação brasileira desencadeada muitas vezes pela má qualidade de vida imposta aos brasileiros ao mesmo tempo em que se apresenta com instrumentos contextualizadores. Vista de forma resumida: O sujeito A que, através da actuação de um elemento X, vem a se tornar um sujeito E.

BUSS (1999)[12], assemelha-se às ideias de BARATA, e ALMEIDA FILHO, quando em seus estudos realça o esforço da ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLECTIVA, (ABRASCO) e, conseqüentemente, dos sanitaristas brasileiros, na compreensão e divulgação de temas envolvendo a saúde dos brasileiros e suas condições de vida.

Entende BUSS, ainda, a importância do legado de outros sanitaristas ao longo da história. Cita na Europa: Chadwick Joham, Peter Frank, e na América Latina: Benh, Breihl, Gandra e Laurell. No Brasil: Samuel Pessoa e Josué de Castro, no passado recente, ou mais recentemente, Paim, Monteiro e Minayo.

Durante a I Conferência Internacional sobre promoção da saúde, acontecida em OTTAWA, Canadá, surge o movimento que se nomeou, *"Promoção de Saúde"*, vindo a surgir outros movimentos oriundos deste, a nível de Saúde Pública no mundo. Diz então na Carta de OTTAWA (1997)[13]:

> *"A saúde é o maior recurso para o desenvolvimento social, económico, e pessoal, assim como uma importante dimensão da qualidade de vida. Factores políticos, económicos, sociais, culturais, ambientais, comportamentais e biológicos podem tanto favorecer como prejudicar a saúde"* (BUSS, 1999:07).

Enquanto isso, no Brasil, o Senador Antônio Carlos Valadares (PSB/SE – Partido Socialista Brasileiro de Sergipe), apresenta à Comissão de Constituição, Justiça e Cidadania (CCJ) do Senado Federal, proposta de emenda Constitucional

---

[11] Naomar de Almeida Filho. Conferencista no IV Congresso Brasileiro de Epidemiologia publicado pela RADIS - Tema, 1998, p. 30.

[12] Ibidem (1999, p. 07). BUSS, Paulo Marchiori, "Promoção de Saúde no Brasil Hoje, ano XVII, nº 72, jan/fev/mar.

[13] Boletim da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Sáude Colectiva (Abrasco), Saúde Responsabilidade do Estado Contemporâneo, ano XV, jul/set de 1997, p.20.

(PEC), determinando que os recursos aplicados em Saúde Pública obedeçam a percentual mínimo a ser definido por lei complementar.[14]

Ainda dentro das discussões tendo como centro o Senado Federal, a Senadora Heloísa Helena[15] (PT/AL – Partido dos Trabalhadores de Alagoas), expressa suas preocupações quanto à reforma tributária. Como líder do bloco de oposição diz que, no seu entendimento, os cinco anos do governo Fernando Henrique, no lugar da *"tranqüilidade"* que afirma o Presidente, em mensagem encaminhada ao Congresso, *"foram de desmantelamento do Estado dos Serviços Públicos, do Setor Produtivo Nacional e das condições gerais de vida da população"*. É diante desse quadro que o Congresso Nacional deveria discutir *"O pacote Fiscal do FMI"* para o Brasil.

Os trabalhos de pesquisa de José GRIMBERG, sobre a infância e juventude brasileiras são utilizados no resgate da realidade em Saúde Pública, bem como os estudos de CUPERTINO, Fausto, Saúde Pública no Brasil dos anos 60, 70. Utiliza-se também o livro de Mário Pinotti, Vida e Morte do Brasileiro (saúde e doença do Brasil). Abordar-se-á o contexto das iniciativas governamentais no Programa Saúde do Adolescente – Bases Programáticas, ainda na Divisão Nacional de Saúde Materno-Infantil, nos anos 80/90.

Na demarcação conceitual procurar-se-á os pensamentos de Aristóteles. Vendo a retórica em suas formulações clássica ou antiga, situacional e também o aspecto ideológico enquanto não dialético.

Avança-se na discussão através dos dados fornecidos pelos próprios órgãos governamental tais como: o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), dados estes relativos ao contexto de saúde, econômica e social da infância e jovens brasileiros para os anos 80 e 90, e 2000.

Os Congressos Brasileiros de Enfermagem dos anos de 1997, 1998, 1999 e 2000, serão também observados em função da contextualização histórica da categoria.

Quanto aos sanitaristas (médicos) em função do método histórico crítico com a utilização da técnica retórica como procedimentos da análise do discurso aqui proposto, como recursos metodológicos, observar-se-á algumas conferências proferidas no IV Congresso Brasileiro de Epidemiologia, acontecido no Rio Centro em agosto de 1998. Serão observados também textos, publicados pela Revista RADIS

---

[14] JORNAL DO SENADO. Valadares defende mais verbas para saúde. Órgão de divulgação das atividades do Senado Federal – ano VI – nº 1.090 – Brasília, quinta feira, 11 de maio de 2000, p. 7 e p. 12.

[15] Senadora Heloísa Helena, no Jornal do Senado, em declarações sobre: 'Para Heloísa Helena, é necessário discutir nova estrutura tributária"No Jornal do Senado, de 21 de fevereiro de 2000.

- Tema do Ministério da Saúde – Fundação Osvaldo Cruz, e pelo Boletim da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, o V Congresso Brasileiro de Coletiva com o tema: *"Saúde Responsabilidade do Estado Contemporâneo"*.

Quanto ao contexto governamental seleccionou-se para sua observância histórica contextual o *"Manual para a Organização da Atenção Básica no Brasil"*. Faz-se também a utilização da técnica retórica no discurso de apresentação produzido pelo Ministro José Serra, sem, no entanto, tratar-se de assunto sobre adolescentes, contudo apresentando-se como uma estrutura discursiva de assistência de Saúde Pública Básica.

No período Juscelinista, serão observados a historiografia e geopolítica, fundamentando-se entre outros textos com: Cardoso, Miriam Limoeiro, articulando a Ideológico e o Desenvolvimento, 1978; Castro, Josué, nos seus estudos sobre a Fome no Brasil e no mundo; em Benevides a Estabilidade Política; Leite, o Discurso Nacionalista, 1995; revisita-se também entre outros, Meu Caminho para Brasília, de autoria do próprio Juscelino, como memorialista. Com ajuda entre outros, de Caio de Freitas.

A visualização necessária aos estudos do contexto histórico materialista, nos caminhos marxistas Gramscianos, anteviu-se se investigar as questões ligadas ao Estado, e às categorias dos intelectuais orgânicos e tradicionais.

Em Juscelino identificou-se um poder da ideologia do desenvolvimento, como pensa CARDOSO, (1997)[16], enfatizando-se a ordem. Entende-se ter sido Juscelino um anticomunista convicto, na sua ideologia, a realidade foi, em parte confundida com as idéias.

O contexto mundial hoje, porém, com Fernando Henrique Cardoso, é bastante diferente. As multinacionais são desmembradas em várias partes do mundo. Entende CARDOSO, (1997) que, enquanto Juscelino apontava para uma política de inclusão, F.H.C. apoia-se na exclusão e na meritocracia, ou seja, para ele, ao que parece, o eficiente serão bem absorvidos pelo capitalismo, os que fracassarem, foram ineficientes.

---

[16] CARDOSO, Miriam Limoeiro, A ideologia do desenvolvimento sob a presidência de Juscelino Kubitschek, In:_____ Ideologia do Desenvolvimento, Brasil: JK a J.Q. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2ª ed., vol. 14, p. 93-171, 287 p. Essas declarações de CARDOSO, aqui citadas, referem-se a uma entrevista em Jornal Comercial, do Estado de São Paulo.

Os movimentos que mobilizaram as oposições no Brasil em favor da retomada constitucional e democrática foram de uma amplitude abrangente: desde sectores conservadores da ARENA (Ação Renovadora Nacional), até os partidos políticos, então na clandestinidade, o PCB (Partido Comunista Brasileiro), o Pc do B (Partido Comunista do Brasil). As *"diretas já"*, movimento que tomou as ruas em todas as regiões do Brasil, em especial as que apresentavam maior índice de urbanização, traduziram, por algum tempo, através de milhares de pessoas nas ruas e palanques, que o povo *"já"* estava cansado de mortes, perseguições e pobreza.

Mas, como os conservadores, actualmente no Brasil, apresentam-se sempre, quando confrontados, débeis e afeitos a conspirações, o movimento das *"diretas já"* foi rapidamente substituído por uma aliança da qual participaram um segmento da ARENA, que veio a chamar-se Partido da Frente Liberal, PFL, afastando-se assim das *"asas"* protectoras dos militares e unindo-se ao PMDB (Partido do Movimento Democrático Brasileiro) e juntos engendraram eleições indiretas, através de um colégio eleitoral, ou seja, eleições dentro dos parlamentos, sem a participação popular, sendo indicados os Srs. Tancredo Neves como presidente, e José Sarney como vice-presidente.

Mas, como ressalta RIBEIRO (2000)[17], nos tornamos órfãos de Presidente, pois Tancredo logo falece. E no imaginário brasileiro, desde José de Alencar com Iracema e sua morte, filosofa Ribeiro, chora-se os lutos da nação.

As diretas, em todos os níveis, são finalmente aprovadas pelo Congresso Nacional em 10 de maio de 1985. Daí em diante trava-se no cenário político, um debate no mínimo estranho para um país económico e socialmente deteriorado, é o prolongamento do governo SARNEY por quatro ou cinco anos. As discussões que fundamentarão a constituinte passa quase ao largo. O *"centrão"*, (como ficou conhecido o segmento parlamentar que alinhava-se com o regime militar), e o governo, batalham pela aprovação de cinco anos de mandato para o presidente da República. O movimento Pró- direta continua nas ruas, em 1988.

Os cinco anos para Sarney é aprovado com divisão na oposição. Parte do PMDB e a grande maioria do PDS e PFL, conseguem essa aprovação. Os que optaram pelo mandato de 4 anos, do PMDB, dividiram-se e formariam o partido da Social Democrática Brasileiro o PSDB. Fundado em 24 de junho de 1988. O senador Mário

---

[17] RIBEIRO, Renato Ribeiro Janine. Intermezzo variado. De seu livro A Sociedade contra o Social. Companhia das letras, São Paulo, 2000, páginas 45 a 64.

Covas é o seu primeiro presidente. Declaram-se oposição e procuram distanciar-se do PMDB, sobre o qual, na ocasião, diz o senador Fernando Henrique Cardoso[18]:

> *"Transformou-se em um canal de acesso às regalias"* (CARDOSO, apud JOFFILY, atlas histórico, [ ].

O programa adoptado pelo partido seria, segundo JOFFILY[19], de centro esquerda, com ideias nacionalistas, pontuando as liberdades democráticas, o parlamentarismo e defendendo a presença do Estado na economia, incluindo aí o monopólio do petróleo. O tucano, ave brasileira, é considerada como símbolo do partido. Quase todos os seus membros são advindos do PMDB. A ala anti-Quércia (Orestes Quércia, parlamentar Paulista), forma o núcleo do novo partido com os senadores Mário Covas e Fernando Henrique Cardoso, o ex-governador Franco Montoro e o deputado José Serra, entre outros. A época com 38 deputados federais e 9 senadores tucanos são a 3ª maior bancada do Congresso Nacional. Registra-se que o novo Partido teria também influência nos meios académicos e intelectuais do país. Ao que parece, em função das mudanças e com o que costuma chamar-se, crise do socialismo, o partido afasta-se mais dos ideários sócio-democratas e nacionalistas para apegar-se às ideias neo-liberais, acompanhando o senador Fernando Henrique Cardoso.

Na cidade de São Paulo, o 4º orçamento maior do país, O PSDB lança José Serra como candidato a governador, nas eleições de 1989. Contudo os sindicalistas e as esquerdas lançam a Assistente Social Luiza Erundina, pelo Partido dos trabalhadores (PT), e ganham as eleições.

É de interesse aproveitável desta pesquisa pontuar um pouco dessa discussão em favor das análises críticas do retórico ideológico nos discursos públicos que serão aqui analisados.

Na palavra *"público"* percebe-se dois sentidos, diz RIBEIRO (2000)[20]: primeiro, *"público"* como sinónimo do bem comum, que não quer dizer *"estatal"*, mesmo porque há esferas públicas que não pertencem ao estado (associações de moradores, ONGS e outros),o outro sentido de público como *"plateia"*, que a política moderna fundi-se nessa discussão de ideais sobre o público.

---

[18] JOFFILY, Bernardo. Isto é Brasil 500 anos, Atlas Histórico

[19] Ibidem página 259

[20] Ibidem. Iracema ou a Fundação do Brasil. No seu livro a Sociedade contra o Social Companhia das Letras S. Paulo, 2000, páginas 45 a 64.

No entendimento da burguesia brasileira neo-liberal (Estado mínimo), as liberdades estão efectivadas, a igualdade também (todos podem comprar os ingressos que dão acesso aos shows dos ícones), e a fraternidade (pois podem ter acesso aos locais, indo a todas as praças,... desde que paguem, sem mencionar que, essa fenomenologia política/antropológica e social da liberdade, fraternidade e igualdade na burguesia judaico-cristã... tem sido mais assegurada aos poucos milhões da população brasileira com acesso à cidadania (habitação, educação, saúde, protecção, lazer, transporte) os outros milhões, (dizem as pesquisas da Fundação Getúlio Vargas que aproximam-se dos 50 milhões) de brasileiros ficam só *"assistindo à televisão do vizinho"*, ou seja, sem dentes, sem saúde, sem teto, sem terra, sem lazer, sem transporte, sem habitação, sem comida, sem educação... a esperar que as mobilizações de Herbert de Souza "Acção pela cidadania contra a fome" os alimente pelo menos, uma vez por ano, nas comemorações do nascimento de Cristo, o judeu que a burguesia diz crer, mas como diz o apóstolo João[21], Deus dirá no dia do juízo "não os conheço, vós não tendes parte "comigo"... talvez só Betinho, e alguns poucos sejam reconhecidos pelo salvador.

A questão cultural da corrupção no Brasil é tratada de forma a gerar uma compreensão do fenómeno que ainda por RIBEIRO (2000)[22], ao tratar da discussão em torno da compreensão, diz que se vence a corrupção apenas cuidando do dinheiro público.

Pondera então:

> *"Como a corrupção está no plano dos costumes – mas dos costumes como princípio político – ela diz respeito a mais do que apenas ao Estado: ela se refere à sociedade, e ao modo como esta articula seu Estado".*

É possível que a elite burguesa brasileira hegemônica e dominante ora conjugue-se com os oligárquicos/conservadores, ora com liberais, ou seja a articulação realiza-se, sempre, de forma ilusória. A estrutura e a superestrutura Estatal são meros aparelhos de Estado ideológicos a serviço de uma sociedade culturalmente espoliativa parasitária, escravagista, e que alardeia sempre serem suas acções em

---

[21] NOVO TESTAMENTO, SALMOS PROVÉRBIOS, MATEUS, 7:23, OS GIDEÕES INTERNACIONAIS NO BRASIL, Sociedade Bíblica Trinitariana do Brasil, 1994, 1995, Filadélfia.

[22] RIBEIRO, Renato Janine. Da política da corrupção. No livro A Sociedade contra o Social. São Paulo, Compainha das letras, 2000, páginas 162 a 190, citação na página 179.

favor da democracia. Iludindo a muitos, já que todos o sistema de educação e, de comunicação do país, são também aparelhos ideológicos do Estado Oligárquico, conservador e liberal, produzindo e reproduzindo seus dependentes.

Portanto, quando o Brasil adopta o sistema político neo-liberal, enfaticamente adoptado pelo Presidente Fernando Henrique Cardoso, está de forma objectiva na contramão da história, pois persiste com o sistema económico capitalista, oriundo da transição médio feudal, compromissado de forma fundamentalista com as oligarquias de cada localidade do país.

1.1.1. PERÍODO JUSCELINO KUBITSCHEC DE OLIVEIRA (J.K.)

Historicamente, o Brasil viveu várias etapas no que concerne à Saúde Pública: das influências portuguesas chegando aos dias atuais.

Assim, durante os anos que se seguiram à mudança da nobreza Portuguesa para o Brasil, século XVIII, vista por ela como um local cheio de mosquito e *"fedorento"*, a despeito do grande desenvolvimento desencadeado ocorrido (duas escolas de medicina em apenas dois meses, uma em Salvador, Escola de Cirurgiões e outra no Rio de Janeiro) Hospitais Militares, melhoramentos nas Santas Casas de Misericórdia, tudo foi feito em função de melhor atender a nobreza e a aristocracia que aqui vieram instalar-se. A Saúde Pública nunca fora tão classista, como melhorada e expandida para servir a aristocracia. O povo era de serventia só para carregar água, para as sinhás tomarem banho e manterem os *"pinicos asseados"*.

Passados os séculos de colonização (Portuguesa séculos XVI ao século XIX), Francesa e Holandesa) as lutas políticas continuaram em proporções semelhantes, no século XX e XXI, haja vista as mobilizações em torno dos anos 20, 30 e 40 do século passado. O povo alia-se ora aos integralistas, nacionalistas, a aliança Renovadora Nacional, aos comunistas liderados por Carlos Prestes, ora a Getúlio Vargas, este último, que ao que parece, só no seu novo governo de 1945 a 1954 (interrompido pelo que a história clássica chama de *"suicídio"*, em 24 de agosto de 1954) resolve desvencilhar-se das oligarquias Paulistas, Mineiras e Pernambucanas, oferecendo às oligarquias internacionais, capitaneadas pelo Governo dos Estados Unidos da América do Norte (EUA), uma débil resistência.. Há dúvidas quanto à formação

política dos liberais, dos também chamados neoliberais, e da agregação deles com os conservadores e direita radicais componentes do Partido Social Democrático (PSD). Entre eles ressalta-se pelas aspirações políticas mais liberais o então desconhecido jovem Juscelino de Oliveira Kubistschek, que, numa linguagem popular, não era visto com *"bons olhos"*. Quem sabe, não teria sido este partido, o embrião do atual PSDB (Partido da Social Democracia Brasileira), de Fernando Henrique Cardoso? Em função dessas aspirações Políticas, o jovem J.K., precisou, *"quebrar lanças"* com seus pares de partido. Esses relatos são favoráveis à compreensão de como os conservadores sempre se esconderam do povo e dos membros de seus próprios partidos em favor de seus ideários, *"liberais"* ou *"neo-liberais"*, de conquistas (para si e seus familiares) em detrimento do povo, para quem ficam os restos que caem de suas mesas...

Ao que parece J.K. não pensava bem assim, embora, quando já presidente da república brasileira, (1956-1960) contasse, na composição de seu ministério, com uma grande ala conservadora. Tanto é que infere-se que, se eleito novamente, (nas eleições de 1965 sairia novamente candidato à Presidente da República), a estrutura de governo seria outra.

Urge, contudo, relatar, sucintamente, fatos que antecederam a posse de J.K. e seu vice, João Goulart. O movimento que ficou conhecido como 11 de novembro envolveu dois segmentos da elite burguesa: os que apoiavam as eleições de J.K. e Jango com seus partidos políticos e sua aliança na área militar através do general Teixeira Lott e do comandante do 1° exército, com apoio das lideranças militares e do próprio Congresso e os contrários, representados pela maioria dos militares..., o golpe militar não logrou êxito. Os eleitos Juscelino e Jango, tomaram posse do cargo de 1° e 2° mandatários, respectivamente do Brasil.

É também relevante registrar que antes de iniciar seu governo, em 31 de janeiro de 1956, J.K. procurou, no exterior, apoio dos capitães da indústria e do comércio internacional, convidando-os a investirem no Brasil, em vista de sua política de desenvolvimento. Assim, iniciou seu governo com apoio expressivo dos parlamentares, em decorrência do apoio político estabelecido entre o PTB e o PSD. A propósito de alianças partidárias, MARANHÃO (1981)[23] afirma que o PSD já vinha realizando com o PCB, desde 1952, na base sindical. Comentando sobre o início do

[23] MARANHÃO, Ricardo citado por Rezende: O livro O governo J. Kubitschek, São Paulo, Brasiliense, 1981, página 21.

governo J.K e Jango, REZENDE (1986)[24], observa que o Brasil se incorporava mais ao capitalismo internacional monopolista, mas, contudo, internamente, ampliava-se a participação económica do Estado. A indústria de base amplia o número de empregos e, assim, o seu Plano de Metas, caracteriza-se como um *"plano populista"*, que, apesar de mantidos os salários, acarretou no seu governo um expressivo número de greves.

Ressalta-se que em 18 de abril de 1956, J.K envia ao Congresso Mensagem e o Projecto de Lei, com a proposta de transferência da capital da república para o Planalto Central.

Outro episódio relevante da história presidencial de J.K refere-se ao seu comparecimento, em Campina Grande (Paraíba), ao Encontro dos Bispos do Nordeste, durante o qual foram discutidos os principais problemas dessa região.

Ao discursar no encerramento, J.K delineou o que mais tarde viria a ser, dois anos depois, a SUDENE - Superintendência do Desenvolvimento do Nordeste, com a qual foi construída uma ampla aliança entre a união, estados e municípios, em conjunto também com as empresas privadas. Entendia-se que, através de incentivos, pudesse desenvolver a contento aquela região. Lamentavelmente para uns, nos tempos atuais, a SUDENE vem perdendo essa força desenvolvimentista da Região Nordeste.

Em julho, já participava do encontro de presidentes das Américas, no Panamá, subscrevendo o Brasil na Declaração de Princípios da América, visitou em seguida vários outros países da América do Sul, como Equador, Peru e Chile, sendo a primeira vez que esses países eram visitados por um presidente brasileiro. O resultado dessas viagens foram alianças que viessem também a beneficiar a área da saúde.

No intervalo de tempo que vai do final do governo de J.K ao governo de FHC, o Brasil viveu dois momentos marcantes. O do golpe militar, época que, segundo GORENDER (1981)[25], o desenvolvimento da forma que foi feito trouxe como consequência nefasta a deterioração da qualidade de vida.

Eis seu parecer:

> *"O rápido desenvolvimento do Capitalismo pós-64 não se fez senão com a exploração implacável da força de trabalho, fim para o qual a política repressiva do regime militar representou instrumento*

---

[24] REZENDE, António Paulo, As indefinições Políticas, In: História do Movimento Operário no Brasil, São Paulo, Átila, 1986, p. 69-74.

[25] GORENDER, Jacob, A Burguesia Brasileira, 8ª ed., São Paulo, Brasiliense, 1981, p. 70-112. burguesia brasileira – aqui considerada, a nascida sobre influências do Liberalismo, tendo o seu princípio fundamental da liberdade da iniciativa privada e do livre mercado.

plenamente eficaz... A concentração da renda e a deterioração da qualidade da vida de grandes massas da população justificaram que se chamasse o capitalismo brasileiro de selvagem. Mas se trata de uma designação puramente moral, sem valor científico. Qualquer que seja o país, inclusive os da revolução burguesa clássica, todo capitalismo por suas leis imanentes, tende à exploração da força de trabalho até o limite das possibilidades físicas. O que o impede de chegar a este limite e lhe impõe formas civilizadas de exploração é a luta de classes dos operários" (GORENDER, 1991:70).

No segundo momento, a retomada do processo democrático que leva ao poder, em 1994, o então Presidente FHC.

1.1.2. PERÍODO FERNANDO HENRIQUE CARDOSO

Por ocasião da defesa do Projecto frente à Comissão Científica, como requisito à passagem, ao doutoramento definitivo, como relatório em páginas anteriores, acatou-se a sugestão de entender-se esses *"dois tempos"* relacionados a duas gestões presidenciais - J.K. e F.H.C - ressaltando-se os avanços, retrocessos e as diferenças, da proposta inicial, ocorridos de um período para outro.

Conseqüentemente, a abordagem metodológica foi reestruturada: de um lado, uma análise documental com objectivo de verificar a eficácia da legislação pertinente à saúde pública do adolescente e seu impacto nos serviços portados às comunidades. De outro lado, a análise objectiva e subjectiva dos discursos já registrados aqui, cujos conceitos são objectivos de reflexão na parte concernente às *"Bases Técnico-Metodológicas"*.

Ao dar continuidade às buscas em direção à análise crítica, peculiar a uma historiografia materialista histórica, conjugada a utilização da técnica retórica situacional, que será visualizada através dos discursos dos profissionais de saúde pública e dos representantes governamentais, acredita-se que uma apresentação de

recortes de algumas ideias presentes em textos representativos[26], explicitados pelo presidente da República, o Sr. CARDOSO (1995-2002), bem como, apontando no sentido de ouvir e registrar na tentativa de configurar o que o Sr. CARDOSO, afirmava em entrevista a TOLEDO, (1997)[27], que o quadro geral no Brasil era preocupante, faltando uma *"compreensão abrangente"* da sociedade, de seu governo.

TOLEDO, fica convencido que o sociólogo deu lugar ao presidente, onde o sociólogo consegue explicar o presidente.

Buscando-se a análise retórica situacional aplicada ao retor CARDOSO, evidencia-se que enquanto TOLEDO, apresenta o período militar brasileiro (1964-1984), como *"período de regime militar"*, CARDOSO, ao descrever atitudes do então General Golbery, partícipe desse regime, que teria utilizado-se de teorias do estudioso Estadunidense (EUA), Samuel Huntington, que segundo CARDOSO, teriam sido utilizadas por ocasião da retomada do regime democrático, referindo-se a tal período como de *"descompressão"*.

Insiste CARDOSO, enquanto retor, que a solução para a Globalização e o convívio que defende, deva-se ter com ela, é a democracia. Ampliar a democracia seria o grande desafio. Torná-la mesmo radical. Em seu discurso retórico, ideológico CARDOSO vê a Globalização, como dominante, apta à convivência e com roupagens, como *"novas formas de economia"*. Ficando à democracia a responsabilidades dos enfrentamentos.

O retor CARDOSO, ainda nesse texto, lamenta-se do pouco debate que seu governo teria suscitado.

Saindo em busca dos diálogos, falas, e pareceres dos *"acontecidos e ocorridos"*, durante os *"dois tempos"* do governo FHC, em especial na área do conhecimento dos intelectuais orgânicos e tradicionais na visão gramsciana, na área de Saúde Pública, depara-se com um contexto historiográfico, por vezes, epidemiológico, deveras instigante.

Podendo-se inferir em forma de *"questio"*, que se relacionando aos adolescentes e jovens brasileiros, muitos, muitos mesmo, não tiveram, a oportunidade de *"debater"* o seu governo, pelo motivo singular, de não terem sobrevivido, pois a violência contra os jovens no Brasil, acentuada, sob os auspícios dos donos da

---

[26] REVISTA VEJA, Roberto Pompeu de Toledo, "As razões do Presidente",Brasil, Palácio da Alvorada, 27 e 29 de agosto de 1997, e o de setembro, de 1997, publicação, páginas 22-33. Publicada pelo Instituto Teotônio Vilela, "Vivemos uma Revolução sem Saber"Reprodução da entrevista do Pres. Fernando Henrique Cardoso à Revista Veja".

[27] ibidem páginas 22-23

"descompressão" (grande número de adolescentes e jovens foram mortos ou desaparecidos, durante o período de ditadura brasileira), e, ao que parece, cuidadosamente continuada durante os seus *"dois tempos"* de governo, não mais justificadas como causas políticas, mas como violência urbana. Convenha-se a impossibilidade de debater-se dialogicamente com cadáveres de 15 a 24 anos.

O contexto historiográfico que será trazido à discussão, que ora, inicia-se, tentará visualizar os *"dois tempos"* do governo F.H.C. Pode apresentar-se, inicialmente, na categoria *"trabalho"*, onde RANDS[28] apresenta uma reflexão em volta das repercussões alcançadas no país da proposta do governo F.H.C., ao compor o Projecto de Lei (PL 5483), que trata da flexibilidade das leis do Trabalho no Brasil.

O PL já discutido e aprovado na câmara dos deputados, segue para apreciação dos senadores da República. Trata-se de, uma vez aprovada, de reformulação no âmbito dos relacionamentos entre empregadores e empregados, em meio a um contexto em que a sociedade brasileira, vivencia agravos em seus direitos e deveres ao trabalho, onde a falta de emprego e trabalho remunerado atinge índices, muito altos, já constatados por sistemas sindicais e por instituições governamentais.

Considera, RANDS (2002), as garantias do sistema trabalhista no Brasil, como reduzidas. Embora os trabalhadores tenham sido sacrificados e presos, para obtê-las.

Acredita ainda, serem *"fundamentalistas"* aqueles que pregam e defendem que direitos básicos (férias de 30 dias, aviso prévio e 13º salário), façam parte dessa apregoada flexibilização *"mutante"* do artigo 618 da Consolidação das Leis Trabalhistas – C.L.T.

Faz-se ainda um alerta, configurado no contexto desenvolvimentista adoptado pelo governo FHC, de onde emerge uma situação adversa para o povo brasileiro. Aponta que as altas taxas de concentração de renda, onde 14,5% da população brasileira (22,6 milhões de pessoas) concentram-se na faixa designada pelos órgãos analistas da situação sócio-econômica no país, como indigentes (abaixo da linha de pobreza).

Ainda apresenta-se a população com 53,1 milhões de pobres (34,1% da população) com altas taxas de violência. Acredita, advindo essa situação de flexibilização trabalhista, não na elevação dos salários e aumento da oferta de empregos, mas em acentuação no contexto brasileiro de alta taxa de desemprego, em

[28]RANDS, Maurício. Por que os culpados de sempre. JORNAL ADUFEPE, ano XXIII- nº 01- Abril 2002, página 5. Publicação Oficial da Associação dos Docentes da UFPE, seção Sindical da Andes-SN.

uma descaracterização da livre negociação, podendo vir a transformar-se em simples *"chantagem"*, quando diz:

> *"sob esta lógica, a aliança conservadora apresenta o "remédio" da livre negociação, como se o trabalho e o capital tivessem a priori o mesmo poder de barganha... como se pudesse haver negociação entre desiguais... a redução dos direitos trabalhistas, antes de promover o crescimento, deve agravar as desigualdades sociais, aumentar o desemprego e a pobreza de grande parcela dos brasileiros"* (RANDS, 2002:5)[29].

Continuando em busca de debates em torno do governo FHC, tem-se na fala do senador MIRANDA (2002)[30], a *"dívida habitacional do Brasil"*, em que o projecto de lei favorece as mulheres em programas habitacionais sob os auspícios da união, direccionado para as populações designadas pela burguesia dominante de *"baixa renda"*. Apresenta o senador as mulheres como as *"principais vítimas do déficit populacional"*. Utilizando-se de dados estatísticos da Fundação João Pinheiro, afirma chegar esse déficit a 6,54 milhões de moradias. Destacando o senador a população denominada *"sem teto"* chega aos 39,4 milhões de brasileiros e *"frustada"* a meta do governo de construir dois milhões de moradias em 2002.

Já o senador VALADARES (PSB/SE - 2002)[31] traz no debate a questão da violência no país. Espelhando-se em texto da mídia jornalística que aponta como causas influentes na violência, a situação económica, quando acentua uma má *"distribuição de renda"* no país.

Alertando para que os caminhos para a resolução de tão grave situação, estariam na redistribuição de renda e na educação.

Apontando ainda que nos estudos estatísticos, levados a efeito, conclui-se que o aumento do salário real e a redução das desigualdades, seriam os factores intervencionistas na diminuição da taxa de homicídios entre os jovens de 15 a 19 anos, no país.

---

[29] ibidem página 5.

[30] MIRANDA, Mauro, senador pelo PMDB/GO – em matéria publicada pelo jornal do Senado, Brasília, 24 de abril de 2002, com o título "Mauro defende concessão de moradia para as mulheres", página 11.

[31] VALADARES, Antônio Carlos, pelo partido socialista Brasileiro, PSB - do Estado de Sergipe. Em matéria com o título: Desigualdade Social gera violência, diz Valadares. Jornal do Senado, Brasília, Sexta-feira, 26 de abril de 2002, página 6.

Através de uma rede de informações internas, a Fundação Osvaldo Cruz[32] (FIOCRUZ), apresenta situações que, à semelhança das anteriores aqui trazidas ao debate na tentativa de auxiliar a *"democracia radical"* a que alude CARDOSO, como *"contra ponto"* aos efeitos danosos da Globalização.

Nessa publicação, o estilo *"Visão de Pássaro"*, palestra do presidente da FIOCRUZ, Sr. Buss, onde focaliza a situação recente da saúde pública do país, via Sistema Único de Saúde (SUS).

Podemos inferir que, *"voando rápido"*, sobre os temas propostos, o Sr. BUSS, em sua palestra, suscita seu desejo de compreensão e esperança em tornar melhor, esse sistema, do país. Ao que parece, uma das poucas políticas públicas que resistem ao desmantelamento que a social democracia, instalada no país, associados aos conservadores liberais (que vêem na adoção do *"Estado Mínimo"*, sua verdadeira práxis) resolveram apregoar pelo país afora.

Ao falar sobre o SUS, testemunha:

> *"O SUS é uma das únicas políticas públicas de respeito nesse país... e nós a construímos na marra. Agora devemos construir sua operacionalização"* (SUMULA, 2002:1)[33].

Ao pontuar, no Perfil Epidemiológico, o aumento da esperança de vida ao nascer, ocorrido no Brasil recentemente, entende que o avanço do que chama de "ciências médicas", incluso o avanço na tecnologia dos medicamentos, associadas a medidas sociais, como formadores de uma rede de protecção.

Às observações do estudo de Buss, acrescente-se a pesquisa de CAMARANO e BELTRÃO (1995), que em seus estudos demográficos já apontavam o aumento da expectativa de vida ao nascer, do brasileiro, desde os anos 60 e 70 do século XX. Estudo este que será apresentado nos capítulos seguintes.

---

[32] SÚMULA, RADIS, reunião, Análise e Difusão de Informação sobre Saúde, FUNDAÇÃO OSVALDO CRUZ, MINISTÉRIO DA SAÚDE, A saúde no Brasil, avanços, impasses, retrocessos, nº 86, fevereiro de 2002, páginas 1-7.

[33] SÚMULA, RADIS, Reunião, Análise e Difusão de Informação sobre saúde, FUNDAÇÃO OSVALDO CRUZ, MINISTÉRIO DA SAÚDE, A Saúde no Brasil, avanços, Impasses, Retrocessos, nº 86, fevereiro de 2002, págs. 1-7.

Quanto à redução da mortalidade infantil, que, para 1994, estaria em 41,1 por mil nascidos vivos, e em 1999 baixaria para 33,1 por mil nascidos vivos, reconhece como relevantes as reduções, mas acresce que esses índices ainda são elevadíssimos.

Creditam os demógrafos, CAMARONO e BELTRÃO, que essa redução da mortalidade infantil estaria directamente relacionada à diminuição no número de filhos que a população brasileira vem apresentando em dados que apontam para a redução da fecundidade desde os anos de 1960 e 1980.

Entende BUSS que esse recuo da mortalidade infantil estaria relacionado a técnicas simplificadas de assistência à saúde infantil, como a reidratação oral, estímulo à amamentação e melhorias no saneamento básico.

As políticas públicas adoptadas ainda em função do recuo da desnutrição infantil e do adulto, a eliminação da varíola e da poliomielite, teriam sido causadores de impacto epidemiológico favoráveis na população do país.

Testemunha ainda em favor do que chama de *"dedicação dos profissionais"* bem como ao Programa Nacional de Imunizações, crendo este, como o mais criativo e eficaz do mundo.

Cita como relevante o controle de doenças imunoprevisíveis como tuberculose (inclusive infantil), tétano e sarampo.

Destaca a redução de 60% a 90% nas mortes por gastroenterites.

Acredita ser uma questão de saúde a oferta de água tratada a população, vez que é um instrumento de redução das doenças e mortalidade por afecções de veiculação hídrica.

Quanto às doenças endêmicas como a esquistossomose e a doença de chagas, estaria havendo tanto a redução como a diminuição das formas graves.

Quanto à parte dos estudos de BUSS, seleccionadas pela RADIS, como as *"Permanências e Retrocessos"* da Saúde Pública no Brasil, trazem à discussão os seguintes aspectos:

- Tuberculose nos adultos – com mais de 8.500 novos casos/ano, bem como a presença de resistência às drogas e o recrudescimento frente a SIDA/AIDS.
- A Hanseníase colocando o Brasil em segundo lugar no mundo, em número de casos.

Entre a população mais excluída da Amazônia/Legal é onde encontram-se, até o ano 2000, 600 mil casos/ano, de malária, designada por BUSS como doença *"negligenciada"*.

- A Leishmaniose como endemia, já encontra-se *"urbanizada"*. A Cólera e a Dengue, como *"endemias emergentes"*, em algumas regiões, leva a BUSS concluir pelo *"fracasso da saúde pública"*.
- A Febre Amarela transformando-se em risco urbano.

Crer BUSS, ainda, que indicadores económicos como os que apontam para concentração de renda levando a grandes desigualdades, inclusive, regionais, persistem há décadas no país, influindo sobremaneira no adoecimento dos brasileiros.

Culpabiliza essa descrição de dados como consequência de resoluções políticas que historicamente vêem se fazendo no país, com relação à urbanização, educação e ao saneamento básico.

Esses elementos são pouco configurados, dando-se prioridade a resoluções em favor do sistema econômico, em detrimento das políticas públicas sociais.

Quanto à questão demográfica, destaca a diminuição no crescimento populacional, proveniente da redução da natalidade e da fecundidade.

Quanto ao envelhecimento da população brasileira, com um índice de 8,7% das pessoas com mais de 60 anos, a exigir mais demanda por assistência à saúde e um melhor planejamento das políticas públicas, nelas inserida a denominada *"velhice abandonada"*.

Entre suas constatações, ressalta-se as observações sobre as inter-relações entre a desorganizada urbanização das cidades, principalmente entre ao anos 80 e 90*.

Historicamente, pois, a dicotomia entre cidade e campo, pode significar a causa das desigualdades regionais, sociais, de renda, serviços, políticas publicas, e portanto para sociedade de classes.

Apesar de todo esse quadro, foram incrementados, embora insatisfatoriamente, alguns serviços como a expansão da rede de tratamento d'água, a qualidade dos serviços da rede básica e hospitalar.

---

* Em decorrência da acelerado despovoamento do campo, e não serem levadas em consideração as periferias.

Acompanhando ainda a rede de debates aqui iniciada, passa-se a apresentar outros aspectos da categoria violência.

Ancorado, em dados do IBGE (Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), constata-se a diminuição, na última década do século XX, da população jovem no país. De 17,3 milhões cai para 17,1 milhões, diminuição provocada por causas violentas, e entre elas principalmente os homicídios e acidentes de trânsito.

Estima-se que, em 1992, 62% das causas de mortes em adolescentes eram por causas violentas.

Esses dados corroboram as investigações de YUNES e PRIMO, nos anos 80. As causas de mortes em adolescentes brasileiros, por capitais do país, entre as faixas etárias de 10 a 14 anos e 15 a 19, foram de natureza externas (homicídios, acidentes de trânsito) e outras causas violentas já apareciam como primeira causa de mortes para todas as regiões do Brasil, em 1977, além das doenças infecciosas e parasitárias.

Nos estudos de ARAÚJO, (1977), onde evidencia-se a situação de saúde/doença do grupo materno infantil no período juscelinista, já comentado neste texto, encontra-se pesquisa de MORAES, na qual observa-se que, para o ano de 1950, os acidentes já apareciam entre as cinco principais causas de mortes, na faixa etária de 10 a 29 anos.

As inferências que advém desses estudos é que o acentuado índice de mortes violentas entre os adolescentes e jovens brasileiros, já datavam de anos próximos à 1950.

Haverá estudos, nesta tese, onde apresentar-se-á, além dessa realidade, citada anteriormente, evidências de que a opção feita pela classe social burguesa dominante, capitaneada, ou por vezes, inserida no Estado brasileiro privilegiando o modelo desenvolvimentista onde o sistema económico financeiro capitalista de formação mercantilista, imperialista, com pareceres legislativos histórico e sociocultural conservador-liberal, configurando-se com a social democracia (anos 1995 a 2002), como responsabilizados por essa situação de vitimização dos adolescentes e jovens brasileiros.

Outra inferência que poderá vir a fortalecer-se, apontam para que a redução da mortalidade infantil nos anos dos governos CARDOSO, (1995-2002), venham a sinalizar que as crianças sobreviventes foram vitimadas no período da Adolescência e juventude entre as mortes por acidentes de trânsito, drogas, assassinatos, trabalho infantil, estupros, prostituição e escravidão, além de desaparecimentos.

Acompanhar-se-á ainda, algumas iniciativas governamentais desencadeadas por sanitaristas (médicos) e enfermeiras de Saúde Pública no país. Obedecendo-se a tratados internacionais assinados pelo Brasil ao longo das várias Conferências Internacionais de Saúde (OMS, OPAS) durante as décadas de 70, 80 a 90 do século XX.

Produzindo-se no Brasil alguns movimentos relevantes no sistema de Políticas Públicas, lideradas pelos intelectuais orgânicos na área de Saúde Pública, e acolhida pelos poderes constituídos (executivo, legislativo e judiciário).

A legislação do Ministério da Saúde, há muito (década de 50) vem propondo à Saúde Pública no país, o cuidado com o adolescente, em vários programas assistenciais, como o Programa de Saúde Materno-Infantil, o Programa de Saúde Integral da Mulher – PASMI, apresentando-se estes, como de maior abrangência, para as décadas posteriores, no século XX.

Sendo que nos anos 80, apresenta-se o adolescente brasileiro, dentro da Saúde Pública, como incorporado a uma assistência específica, surgindo o Programa de Assistência a Saúde Integral do Adolescente – PROSAD.

Crê-se que, mais uma vez, comportando-se como aliado nas prescrições internacionais, o Brasil, com os auspícios das conferências Internacionais de Saúde (OMS, OPAS e UNICEF), veio a adoptar o marco conceitual filosófico do estudioso DONNAS[34], como elemento directriz de suas políticas públicas, direccionadas aos adolescentes e jovens brasileiros, presentes nas décadas de 80 e 90 e início dos anos de 2000.

É de interesse desta pesquisa que busca os entremeios da linguagem humana, observar um pouco das palavras usadas por DONNAS, em sua dedicatória do texto: *"Marco Epidemiológico-Conceptual da Saúde Integral do Adolescente"* - 1992: *"aos colegas e amigos brasileiros que com sua mística e criatividade!..."*

Ao que parece o retor DONNAS, considerou os sanitaristas e enfermeiros de Saúde Pública, a tal ponto esforçados, frente a um contexto de trabalho, adverso, que os denominou de *"místicos e criativos"*, para justificar, assim, algum resultado satisfatório em acções empreendidas pelos mesmos.

---

[34] DONNAS, SOLUM, Marco Epidemiológico Conceptual da Saúde Integral do Adolescente, Composição do texto Maria del Mar Récio, ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DA SAÚDE E ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – representação no brasil, 1992, páginas 21. Texto Fotocopiado.

Além das questões conceituais do Adolescente onde pontua não só a concepção biológica mas acresce a social, lembrando ainda o ser histórico, onde os acontecimentos anteriores aos 10 anos são tão importantes como os posteriores aos 19 anos, ou até além dos 25 anos.

Na figura 1, apresenta as faixas etárias conceituadas de adolescentes e de jovem e traça o perfil de suas principais características.

(FIGURA 1)

Mas o que caracteriza a adolescência?[35], Pergunta DONNAS;

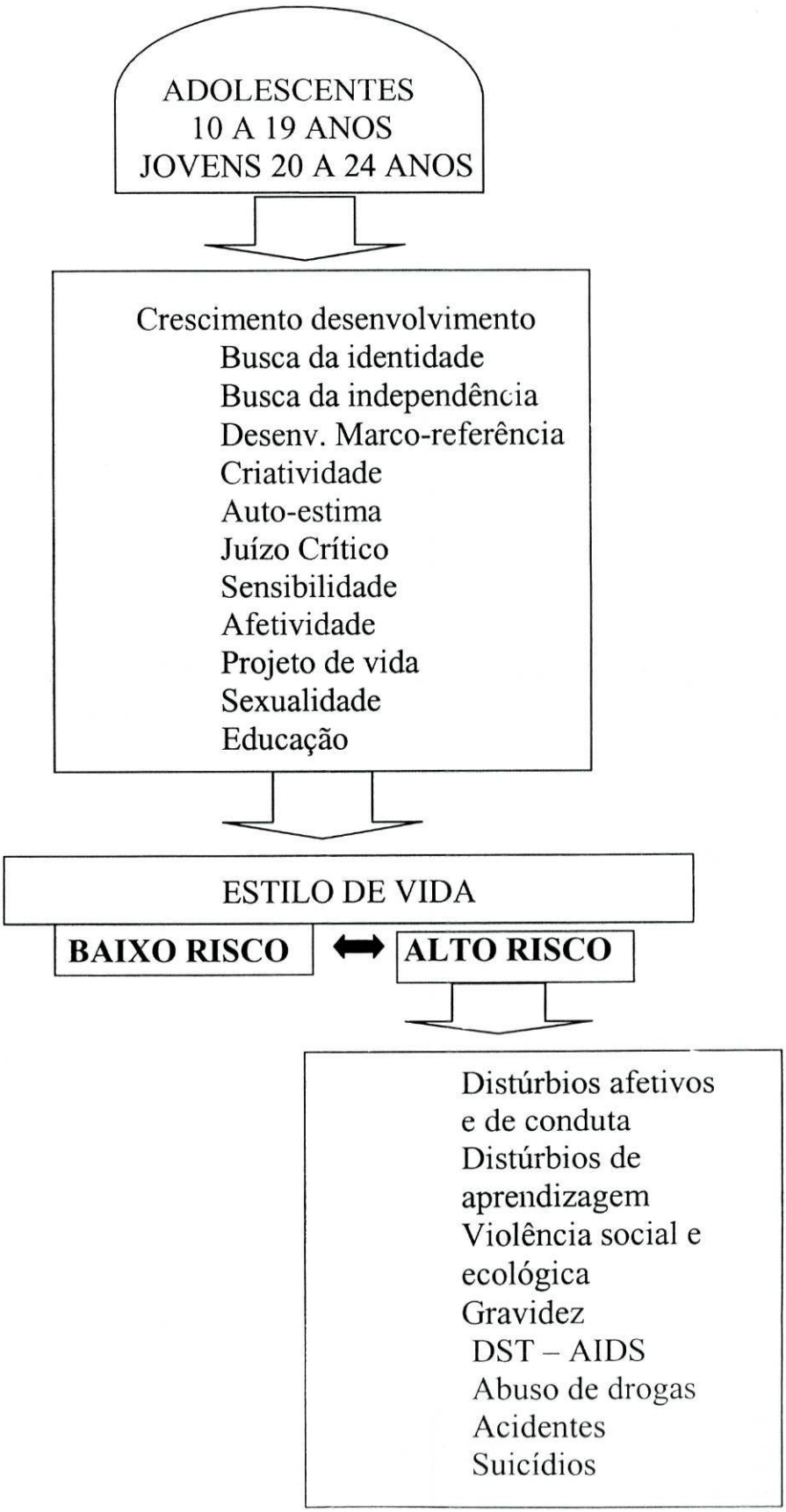
ADOLESCENTES
10 a19 ANOS

JOVENS
20 a 24 ANOS

Crescimento – desenvolvimento
Busca da identidade
Busca da Independência
Desenv. Marco referência
Criatividade
Auto-Estima
Juízo crítico
Sensibilidade
Afetividade
Projeto de vida
Sexualidade
Educação

[35] Ibidem página 2.

Agrega-se então a esses fenómenos, o Estilo de vida, optando pelos conceitos de baixo e alto risco, na **FIGURA 2,** onde identifica-se as categorias de *"alto risco"*.



Aproxima-se então de sua tese de prevenção, na figura, a qual chama de *"processo da discussão conceptual"*[36], formalizado em um esquema que entende deva ser discutido.

Apontando factores aos quais denomina de *"Protectores"* que funcionariam como *"positivos no desenvolvimento humano"*, favorecendo-os nos aspectos biológicos, psicológico e social.

Ao que parece, o governo brasileiro, (leia-se FHC e Ministro da Saúde JOSÉ SERRA), para o ano recente de 1999, busca continuar sintonizados com as observâncias das Conferências Internacionais (OMS, OPAS, UNICEF e outras) bem como, até certo momento, às recomendações de DONNAS. Cria a área de Saúde do Adolescente e do Jovem (ASAJ), órgão que complementa as observâncias constitucionais das leis: 8080/90 e 8142190 que regulamentam as acções do Sistema Único de Saúde no país.

A partir das resoluções da Conferência Mundial dos ministros responsáveis pela juventude ocorrida na cidade de Lisboa, Portugal, concretiza as acções da ASAJ, objectivando a promoção da atenção integral à Saúde da população na faixa etária de 10 a 24 anos.[37]

O marco conceitual ao que parece, incluí-se de estratégias organizativas e qualitativas, das redes de serviços do SUS.

Há de se relevar a busca dentro desse contexto governamental, do que é chamado de *"construção de parcerias com várias entidades e a pactuação de uma agenda política com estratégicas e acções"*[38], para em seguida classificarem como justificativa dessa *"construção"* necessidade de *"intervenções diretas e sistematizadas nos aspectos que elencam de: gravidez na adolescência, infecções pelas DSTS/AIDS, violência e doença mental"*[39].

A proposta de trabalho abrange um plano de acção centralizado em *"eixos estratégicos"*. Considera-se, ainda, a participação do programa de Agentes Comunitários de Saúde, os chamados *"ACS"*, e as comunidades onde vivem os adolescentes e jovens, entendendo a ASAJ, como fundamentais para o alcance de resultados considerados como positivos.

---

[36] Ibidem página 7.
[37] MINISTÉRIO DA SAÚDE, Informe Saúde ano VI – n.º 149 – Primeira Semana de fevereiro de 2002, Saúde do Adolescente e do Jovem. Juventude Saudável: uma conquista social.
[38] ibidem INFORME SAÚDE.
[39] ibidem INFORME SAÚDE.

As *"parcerias"* referidas pela ASAJ, e a *"agenda política"* estariam sendo consideradas na medida que reconhecem ser o isolamento não proveitoso ao pensar-se na realização de tantas acções em favor dos adolescentes e jovens.

Nas parcerias interministeriais foram apontados o *"Avança Brasil"*, programa que articula as acções governamentais para essa faixa etária.

As articulações referidas seriam a *"Prevenção da Violência Urbana contra os jovens"* e *"Atenção Integral dos Jovens"*, com atuação nas regiões metropolitanas nas capitais de oito Estados da Federação e mais o Distrito federal.

O Informe Saúde, destaca ainda fazendo parte da *"construção de parcerias"* e da *"agenda política"*, a criação de um grupo de trabalho interministerial em maio de 2001. O objetivo foi trazer ao debate os temas Saúde e Orientação Educacional, no âmbito do Ministério da Educação, dentro do projecto *"Parâmetros em Acção"*. Destaca-se, ainda, na agenda política de pactuação as entidades civis que estariam envolvidas nas estratégicas de acções, como:

> *"Pastoral da Criança, Sociedade Brasileira de Pediatria, Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, Associação Brasileira de Enfermagem, Agência de Notícias dos Direitos da Infância, Conselho Federal de Psicologia, Centro Educacional de Tecnologia em Administração, TABA, Espaço de Vivência e Convivência do Adolescente, Centro de Estudos e Comunicação em Sexualidade e Reprodução Humana (ECOS) e Tribus Jovens"*[40].

Ao que parece, a *"pactuação"* e a *"agenda política"* formalizada pela ASAJ, como estratégica na realização de *"acções de educação"* e prevenção de doenças e agravos, poderá traduzir-se em algumas acções positivas. Porém as acções pactuadas de formação organizativa apresenta-se como proposta de impacto epidemiológico incipiente.

A situação de mortalidade do adolescente e jovens brasileiros, onde 51 milhões é aproximadamente a população de 10 e 24 anos, e que só em 1998, seis mil adolescentes foram assassinados[41], afora os outros agravos, e ainda reconhecendo-se que a situação de adoecimento e morte, especialmente por causas violentas, já acompanham há quase oito décadas o adolescente e jovem brasileiro, infere-se que a

[40] ibidem INFORME SAÚDE.
[41] ibidem INFORME SAÚDE – SIM – MS.

classe social dominante/hegemônica compactada com o Estado brasileiro em sua formação política/histórica/cultual/educacional e económica, de perfil político, conservadora e liberal, não só tornaram-se *"parceiros"* desse, ao que parece, *"morticídeo consentido"*, como, ao organizarem-se em favor de acções, concretizam agendas políticas apresentando como parceiros agentes muito mais de actividades cognitivas, ou seja, mais específicas e estratégicas à manutenção do *"status quo"*.

1.2 AS BASES TEÓRICO-METODOLÓGICAS

THOMPSON, John B[42] (1999), analista da comunicação de massa relacionada à cultura, no capítulo VI *"metodologia da interpretação"*, enfoca analiticamente formas simbólicas como a ideologia nos conceitos marxistas leninistas de Lukács e indo até a Karl Mannheim, onde apresenta uma metodologia por ele chamada de *"hermenêutica de profundidade"* (H.P). Trata-se de um referencial que coloca em evidência o objectivo de análise sendo uma construção simbólica de significação exigindo uma interpretação; segundo ele, um processo com esta colocação considera que as formas simbólicas, objectos de interpretação, já constituem-se um campo pré-interpretado, pelos sujeitos componentes do mundo sócio-histórico. Quer dizer com isso que, ao utilizar-se do método H.P., estar-se-ia projetando um significado possível, podendo, outrossim, divergir da significação constituída pelos sujeitos construtores do mundo sócio-histórico, em estudo. Ou seja:

"A possibilidade de um conflito de interpretação é intrínseco ao próprio processo de interpretação". Thompson, (1999)[43].

O presente estudo, como uma proposta interpretativa, com contexto sócio-histórico gramsciano (materialismo histórico) utilizam-se, contextualmente também,

---

[42] THOMPSON, Joth B A metodologia da Introdução. A Interpretação da Ideologia IN___, Ideologia e cultura moderna. Teoria Social Crítica na Era de Massa. Trad. Do Grupo de Estudos sobre Ideologia, Comunicação e Representação Sociais de Pós-Graduação de Psicologia da PUCRS, 3ª ed. Petrópoles, Vozes, 1999,p. 376 e 355-426.

[43] THOMPSON, John. O conceito de Ideologia. Repensando a Ideologia: Uma concepção. Crítica. In:___ Ideologia e Cultura Moderna. Teoria Social Crítica na Era dos meios de Comunicação de Massa. Trad. Do grupo de Estudos sobre Ideologia, Comunicação e Representação Sociais da Pós-Graduação do Instituto de Psicologia da PUCRS. 3º ed. Petrópolis, Vozes, 1999, p. 76 e p. 43-99.

de ensaios dos autores (MAGALHÃES, Fernando; STACCONE, Guisippe; RÊGO, José; ZAIDAN, Michel), todos publicados por ocasião do centenário de Antônio Gramsci (1991)[44]. Traz-se à discussão a forma simbólica do pensamento gramsciano no Brasil, nos anos 70, a influência dos intelectuais na política de seus países, o manejo que a classe hegemônica realiza para manter e reproduzir através do Estado, como sociedade política, actuando através de mecanismos burocráticos e políticos, bem como a estrutura das organizações elaboradas ideologicamente (Sociedade Civil): escolas, igrejas, sindicatos.

O pensamento marxista estudado por THOMPSON[45] que enfoca as formas simbólicas formata, assim, o contexto sócio-histórico-político onde se darão os discursos, enquanto falas humanas com princípio, meio e fim.

Quanto ao contexto interpretativo lingüístico, a proposta seria a utilização da técnica da análise retórica, em sua forma situacional, a partir das categorias Aristotélicas a seguir estudadas.

Na Introdução Explicativa da Obra Arte Retórica e Arte Poética de ARISTÓTELES[46], Godofredo Telles Júnior afirma que ele desenvolveu sua teoria da Argumentação Dialética enfocando a eloqüência como a Arte Literária de maior importância, tendo como referência o contexto dos estudiosos de Atenas e a arte das provas, ou seja, a capacidade de notar em cada questão proposta o que seria mais convincente para persuadir o auditório.

Tanto é que, enquanto Platão produzia seus textos mais para o público, Aristóteles preocupava-se mais com seus alunos. Aos 50 anos organizava uma escola que chamou de Liceu, por sua proximidade do templo e do ginásio dedicados a Apolo Lício, e sobre o qual estudiosos recentes chegam a acreditar que se assemelhava com nossas Universidades Contemporâneas, e até mais produtivas do que alguns dos nossos Centros de Ensino Universitários.

Seus tratados relacionados à argumentação, estão assim distribuídos:

1. *"Categorias ou Teorias dos Termos.*
2. *Da interpretação ou Teorias das Proposições.*

---

[44] Uma grande parte das reflexões gramscianas foram publicadas em pequenos artigos de jornais na Itália, seu país de origem. Para comemorar os 100 anos do nascimento de Antonio Gramsci.(1891-1991) O Jornal do Comércio publica ensaios e a Biografia do pensador intelectual orgânico e militante. J. C. 100 Gramsci, uma releitura J. C. Cultural, Recife, sexta feira, 5 de abril de 1991. p. 1-12.

[45] Ibidem, p. 355 a 426.

[46] ARISTÓTELES, Arte Retórica, Arte Poética, trad. António Pinto de Carvalho. Rio de Janeiro: Ediouro, 1956, p. 36-37, 38-45.

3. *Primeiras Analíticas, ou Teoria da Demonstração que parte de princípios verdadeiros, gerando a certeza.*
4. *Os Tópicos ou Teoria da Argumentação".*

Além desses estudiosos, distinguem-se, também, Córax e Tísias. Estruturam eles as bases teóricas da oratória e as diferentes partes do discurso.

Ainda na obra interpretativa, CAPELLE relata a importância das disciplinas estudadas pelos gregos, a Retórica e a Dialética de um lado; os diálogos (Protágoras, Górgias, Fedro), de outro lado, platônicos, contradizendo os sofistas, mas, por vezes, utilizando-se de seus artifícios.

Salienta, ainda, que os esforços dos teóricos, antes de Aristóteles, concentravam-se nas partes do discurso: exótico, narração, provas, peroração.

Qual seria então, a contribuição Aristotélica à Arte Retórica ?

Graças aos estudos desenvolvidos por Aristóteles, os três livros constitutivos da obra A Arte Retórica, a retórica foi ordenada e transformou-se em disciplina como observa BARTHELEMY SAINT-HILARE apud CAPELLE, que assim se expressa:

> *"Toda a gente as emprega por instinto no comércio da vida; sempre que atacamos ou defendemos uma opinião, fazemos Dialéticas; sempre que acusamos ou os defendemos e, poderíamos acrescentar sem trair o pensamento de Aristóteles, sempre que damos um conselho, que censuramos ou louvamos alguém, fazemos Retórica"(p. 26)*[47].

Aristóteles defendia, diferentemente de Sócrates, (a filosofia estaria contida na Retórica), ou de Platão (no Fedro, a Retórica faz parte da Filosofia), que a Retórica procura persuadir, apresenta raciocínios com verossimilhança e opiniões para torná–la uma ciência. Discordava, ainda, de Platão quanto à necessidade, pelo orador, de conhecimentos metafísicos e da alma humana para ser um bom orador, embora apresente um estudo profundo das paixões. E ainda discordava de TUCÏDEDES, orador eloquente, que produzia discursos fictícios e atribuía –os a políticos e embaixadores.

---

[47] ibidem pag. 26

Nos diferentes gêneros de discursos: JUDICÍARIO (o justo), DELIBERATIVO (o útil), DEMONSTRATIVO (o belo), o emprego da retórica circunscreve-se às formas, as quais, na época de Aristóteles, o discurso se limitava.

Nesta tese, a pesquisadora adota ainda, ambos os estudos (Halliday (1988)[48] e de CATHCART (1981),[49] como apoio metodológico. O primeiro ressalta as abordagens críticas, nas quais se destacam a ênfase na mensagem: *"sem mensagem não haveria transação retórica"*,[50] o orador: o crítico deve ver essa variável com ênfase principal no orador, pelo qual deixaria explícita a forma de compreensão do orador, suas idéias, valores, podendo ser do tipo biográfico ou psicológico, ou a ênfase na situação, essa abordagem apresenta as transações retóricas onde o lugar e o contexto lhe conferem o sentido peculiar da mensagem. A tendência desse crítico é ver a mensagem como criada pela situação.

Tanto LLOYD BITZER, em seu texto *"The Rhetorical situation"* como refere CATHCART,[51] como os estudos de Alan Briton: Sitiation in the Theory of rhetoric, in Plhilosphy and Rhetoric, (1981), defendem aspectos da abordagem situacional Bitzriana, considerando a ligação causal do ato retórico, sua interpretação como o *"maior encanto"*, o que elevaria a retórica ser uma ciência social. Num segundo aspecto a ser considerado neste estudo, o caráter principal do ato retórico seria sua dependência de ligação com a situação, segundo BRITON. No terceiro aspecto o normativo pelo qual a situação *"requer"* um ato retórico adequado. Resumidamente tenta-se demonstrar, através desse trabalho de análise de BRITON, da teoria da situação Retórica de BITZER, que a *"natureza do ato retórico depende de suas relações com um certo tipo de situação"* BRITON (1981)[52].

Os estudos de CATHCART (1981) ainda apontam para os instrumentos da crítica, como maneira do crítico lidar melhor com a complexidade de analisar-se criticamente o discurso retórico, quanto ao seu sentido, impacto, precedentes e antecedentes, bem como o seu conteúdo, dando conta dessa complexidade empregando:

---

[48] HALLIDAY, Tereza Lúcia, Actos Retóricos, mensagens, Estratégias de políticos e Igrejas, São Paulo, Summus, 1988.

[49] ibidem página 12

[50] ibidem página 12

[51] CATHCART, Robert S.Métodos de crítica Retórica. Capítulo II, In: Post- Communicallion, Rhetorical Analysis and Evaluation. 2 ed, Indianápolis, 1981, p. 14, 12-20p.

[52] BRITON. Alan. Situação na Teoria da Retórica, trad. Eliezer Souto, fall, 1981, v. 14(4), pp. 232-248, p. 02, I- 17p.

1. Observação
2. Análise
3. Interpretação
4. Avaliação

Na **Observação** – o crítico deve proceder: certificar-se que a mensagem é a mesma que foi falada, e se está completa. Deve-se, procurando a palavra–chave, verificar a linha de argumentação, *"ler nas estrelinhas observando o que se encontra implícito, observar, ainda o aspecto situacional, o contexto da mensagem bem como outras mensagens proferidas na mesma ocasião, as restrições às exigências"*.

Na **Análise** faz-se inferências. Entendendo-se que todo ato retórico é intencional, o crítico deve explicar o porquê de a mensagem apresentar-se da forma que se encontra. Como diz CATHCART, (1981): *"O crítico retórico investiga as escolhas do orador e a exceção delas a fim de entender como o orador percebera a situação e por que certos artifícios foram empregados"*.

Na **Interpretação** – passa-se a inferir o como, o quê, o porquê das transações na mensagem retórica. Ou seja, o crítico procura deixar claro como se dá a interação dessas variáveis na mensagem. Não significa isso, que o crítico apresente todos os aspectos e suas análises críticas, mas que procure importantes fragmentos dentre tudo que foi observado e analisado sobre o orador, a mensagem, a audiência, e a situação. Na Interpretação é possível estabelecer as interações comunicativas significativas. Credita como o passo mais criativo do processo crítico.

Na **Avaliação** – apresenta-se o elemento mais desafiante do método crítico. Entende-se buscar nas próprias palavras de CATHCART, (1981)[53]:

> *"Julgar o discurso retórico é uma questão complexa e realmente cria dilemas para o crítico. Por enquanto, tomemos a postura de que toda crítica tem por definição um caráter de juizo. Os críticos fazem um julgamento sobre o que se deve tomar tempo para ser criticado"*.

[53] ibidem página 12-20.

Partindo-se do entendimento que a retórica do útil, do belo, do que deve ser honrado, se faz presente na idéia do justo, das idéias, decisões, e dos sentimentos, é importante que as operações retóricas sejam julgadas em situações historiográficas.

Como a presente pesquisa pretende analisar criticamente o discurso retórico trazido a público por profissionais da área de Saúde Pública, e por pessoas de poder político, portanto discurso retórico na prática política, apoia-se também nos estudos de HALLIDAY[54]. Essa pesquisadora aponta algumas questões pertinentes ao método de abordagem na análise do discurso retórico. Propõe então encarar-se o que os atores políticos dizem como um tipo de ação, onde a palavra como exercício do poder pode ser legitimadora ou não. Tanto é que o ato político retórico caracterizar-se-ia, publicamente, em *"explicar, anunciar, tranqüilizar, advertir, autorizar, predizer, criticar, admitir, propor, negar, retificar, confirmar, agradecer, avisar, defender, socializar-se, prometer, acolher, encorajar, sugerir, exortar – enfim, todas as maneiras pelas quais definimos a realidade de acordo com nossas percepções, crenças e interesses, para exercer alguma influência ao nosso redor"*.

Na abordagem da teoria retórica, essa pesquisadora identifica como o discurso possa apresentar-se com a quebra de sua confiabilidade e legitimidade (do argumentador) quando a racionalidade do discurso dos atores políticos baseiam-se em falsas premissas inventando dados, distorcendo relatos, quebrando-se a confiança e a conseqüente legitimidade.

Ao analisar como identificar-se o ato retórico na pesquisa de comunicação política, destaca que consiste em qualquer pronunciamento de um ator político em fala ou ato como:

> *"programas do guia eleitoral, anúncios, entrevistas, pósteres, outdoors, cartas abertas, notas oficiais, notas de esclarecimento ou repúdio, manifestos, discursos forenses, deliberativos e epidíticos de acusação, defesa, prestação de contas, saudação, posse, despedida"*.

Em um outro trabalho, enfatiza que, numa perspectiva retórica, as organizações legitimam suas ações através da ação simbólica, sendo este o esforço

---

[54] HALLIDAY, Tereza Lúcia, Retórica e Política a Questão da Respondibilidade, In Mídia, Eleições e Democracia, Organizado por Heloísa Matos, S Paulo, Scrita, 1994, p. 91-109.

feito pela organização no uso de símbolos verbais e não verbais para definir sua realidade de forma favorável a si mesma.

Realizam assim atos retóricos e atos administrativos. Os primeiros efetuados através de mensagens; os outros, apóiam os atos retóricos, seriam viabilizados através de decisões que tenham como objetivos apresentar a organização de forma legitimadora, através da utilização da ação simbólica organizacional. Apoiando-se ainda em Bitzer, (1980), Halliday, (1996), adota e esta pesquisa também, o conceito de situação retórica como um defeito a ser corrigido, mobilizando tanto a organização como os atores políticos a produzirem atos retóricos através da comunicação verbal, oral e escrita, produzindo mensagens objetivando a convicção do obstáculo ou da exigência como designa Bitzer (1981), analisado por Alan Briton (1981), anteriormente citado.

A nossa pesquisa metodologicamente também se apoiará nos trabalhos de MARCONDES. Através da investigação da linguagem ordinária, entende que os próprios problemas são formulados e também solucionados. Procura MARCONDES, como HALLIDAY, apoiar-se em Austin, J.L. (1970), quanto às discussões da fala humana e a ética de responsabilidade na ação verbal.

> *"Assim sendo, podemos afirmar que ao investigarmos a linguagem estamos investigando igualmente, a sociedade da qual ela é linguagem"* (1992)[55].

Além disso, essa linguagem, diz ele que, como meio de comunicação de uma comunidade, apresenta-se de forma aberta à análise crítica podendo ser interpelada por qualquer ser falante da comunidade.

No estudo, que ora empreende-se, os seres falantes examinados e analisados serão os sanitaristas, as enfermeiras de saúde pública e, representando o *"governo"*, falas discursáveis de *"Ministros da Saúde"*. Todos os discursos, envoltos em suas respectivas situações historiográficas, e temas relacionados ao adolescente brasileiro, entendendo que o fato da linguagem interagir com a sociedade a que pertence, longe de apresentar-se como uma solução à análise da linguagem ordinária, estaria apresentando uma outra questão enquanto a abrangência do método para dar conta da

---

[55] MARCONDES, Danilo. Metodologia da Filosofia e Análise da Linguagem, In;___ Filosofia, Linguagem e Comunicação, ed., São Paulo, Cortez, 1992, p.12,11- 31p.

análise crítica ideologia como desempenho concreto da acção filosófica. Procede então uma análise da noção de ideologia relacionada à linguagem ordinária.

Na linguagem ordinária, a determinação social do sujeito concretiza-se no agir e falar dentro dos papéis lingüísticos. Ocorre que esse contexto mascara-se, uma vez que o eu (autonomia e responsabilidade) fica entendido como sujeito da ação. Na análise crítica da função e como se constitui a linguagem, é possível perceber que existem regras para as práticas dos atos da fala. Vê-se então como se posiciona MARCONDES: Pode-se conseqüentemente identificar a ideologia em dois níveis. Primeiramente temos os atos de fala institucionais, que se incluem em rituais e cerimônias, e cuja força revolucionária tem origem na instituição que os constitui, representada por determinadas fórmulas convencionais e pelo estacionamento de papéis sociais e lingüísticos dos falantes. Identifica-se, assim, com Chaim Perelman e L. Olbrechitts – Tyteca, que nos anos 50 retomaram a discussão sobre a teoria retórica, trazendo ao ocidente renovadas reflexões em torno da argumentação retórica.

Na introdução, Perelman e Tyteca apresentam ao mundo ocidental seus entendimentos da Retórica, iniciando seu tratado com a seguinte afirmação:

> *"Publicação de um tratado da organização é uma velha tradição da retórica e da dialética grega, constituindo uma ruptura com a concepção da razão e do raciocínio de Descartes que marcam a filosofia ocidental nesses três séculos".*

Ver-se-á, em seguida, no processo pesquisatório metodológico, as questões relacionadas à visão da ideologia estudada por Althusser em suas notas para investigação quando trata da ideologia e Aparelhos Ideológicos de Estado, pergunta-se como a reprodução da qualificação da força de trabalho se daria dentro do Sistema Capitalista?[56]

E ele mesmo responde que a questão da qualificação da força de trabalho chamar-se-ia *"força dos meios de produção"*, que seria suprido através do sistema escolar e outras instituições. A reprodução da força de trabalho tem, portanto, a responsabilidade de sua qualificação, bem como da reprodução de sua dominação a ideologia dominante naquela produção. Diz Althusser (1980), que Marx compreende que as estruturas de qualquer sociedade compõem-se de unidades de forças produtivas e das relações de produção que seriam, no modelo marxista, a base econômica ou

[56] ALTHUSSER, Lins, páginas 22-23; 27-28.

infra-estrutura. A outra unidade chama-se superestrutura, compondo-se de dois níveis ou instâncias: o jurídico-político (o direito e o Estado) e a ideologia, compreendida pelas diferentes ideologias: religiosa, moral, jurídica, política e outras.

A preocupação desse estudioso, em sua tese fundamental, é em analisar sob o ponto de vista da categoria REPRODUÇÃO o Direito, o Estado e a ideologia.

No presente estudo, esse ponto de vista Alhusseriano – marxista torna-se oportuno, vez que os objectivos dessa pesquisa, além de localizar e demonstrar os atos retóricos identificados nos discursos do governo (Ministro da Saúde), dos Sanitaristas (médicos), e das Enfermeiras de Saúde Pública, concernente à área de saúde do adolescente brasileiro, destacando as instâncias que mantiveram esses atos, bem como ordenar, nos discursos selecionados, a influência da classe social dominante incluindo aí, seu principal poder considerando-se o Estado Brasileiro no primeiro governo do Presidente Juscelino Kubitschek de Oliveira, (1956 a 1960) e do Presidente Fernando Henrique Cardoso, janeiro de 1995 a 2002, compondo o contexto historiográfico onde se dá o discurso retórico ideológico.

Acompanhar-se-á, portanto, a teoria clássica marxista onde o Estado é considerado como máquina repressiva capaz de fundamentar a expropriação do operário (leia-se trabalhador) através do atendimento aos interesses da classe dominante. Diz Althusser, (1980)[57]:

> *"O aparelho de Estado que define o Estado como força de exceção e de intervenção repressiva" ao serviço das classes dominantes" na luta de classes travada pela burguesia e pelos seus aliados contra o proletariado é de fato o Estado, e define de fato a "função fundamental deste".*

Entende, portanto, a autora que o Brasil, como Estado Ideológico, coercitivo e violento, apresenta-se como adequado à utilização da teoria marxista para entendimento do seu contexto historiográfico e o materialismo histórico como suporte metodológico nas discussões que serão empreendidas, na busca dos atos retóricos, instâncias (dificuldades a serem superadas) e a dominação hegemônica, da classe burguesa, nos discursos que aqui serão analisados.

---

[57] Ibidem páginas 22-23, 27-28.

Vêem-se então as classes sociais burguesas, usurpadoras do poder do Estado Brasileiro, enquanto viabilizarem seus projetos não de NAÇÃO enquanto Povo, mas seus projetos pessoais de enriquecimento ilícito, sem ética, sem moral, usurpando direitos e deveres públicos e mantendo o Brasil não no sistema que eles mesmos ideologicamente (aqui vista como categoria negativa) produzem e reproduzem (no ponto de vista alhtusseriano) neoliberal capitalista (no sentido de desprover o Estado Brasileiro de suas obrigações sociais), mas produzem e reproduzem um Estado *"feudal"*, no sentido aqui dado de opressão, submissão, dominação (potencialmente *"modernoso"* no sentido eficaz na sua perversidade), ideológico coercitivo e violento, muito longe, portanto, da liberal democracia que parecem ser.

Na discussão que empreende, Althusser esclarece a relação feita por Marx no seu livro II do CAPITAL: não há produção possível sem que seja assegurada a reprodução das condições materiais da produção. E dialeticamente, pergunta: como é assegurada a reprodução de força de Trabalho?

Porém não basta assegurar à força de trabalho as condições materiais da sua reprodução, para que ela seja reproduzida como força de trabalho. Dir-se-á que a força de trabalho disponível devia ser competente, *"isto é, apta a ser posta a funcionar no sistema complexo do processo de produção"*.

"Ora, como é que esta reprodução da qualificação (diversificada) da força de trabalho é assegurada no regime capitalista? Diferentemente do que se passava nas formações sociais escravagistas e feudais", esta reprodução da qualificação da força de trabalho tende (trata-se de uma lei tendencional) a ser assegurada não em *"cima das coisas"* (aprendizagem na própria produção): através do sistema escolar capitalista e outras instâncias e instituições[58].

Continua Althusser delineando alguns detalhes de como o sistema econômico capitalista prepara a sua *"força de trabalho"* onde mais adiante ainda esclarece que não se refere em sua composição apenas ao proletariado absorvido nas fábricas, quando diz: - *"portanto algumas técnicas, e ainda muito mais coisas, inclusive elementos (que podem ser rudimentares ou pelo contrário aprofundados) de "Cultura Científica" ou "Literária"*, diretamente utilizáveis nos diferentes lugares da produção (uma instrução para os operários, outra para os técnicos, uma terceira para os engenheiros, uma outra para os quadros superiores, etc.). Aprende-se portanto *"sobre práticas"* (de Savoir Faire). Não satisfeito ainda em estabelecer a relação entre

[58] ibidem páginas 22-23, 27-28

produção, reprodução das condições materiais da produção e a maneira como a força de trabalho no sistema produtivo capitalista é formada, prossegue a discussão dizendo: *"Enunciado esse fato numa linguagem mais científica, diremos que a reprodução da força de trabalho exige não só uma reprodução da submissão desta às regras da ordem estabelecida, isto é, uma reprodução da submissão desta à ideologia dominante"*. Ao percorrer caminhos do conhecimento marxista em relação à ideologia, caminhos estes que Althusser afirma que: *"é nas formas e sob as formas da sujeitação ideológica que é assegurada a reprodução da qualificação da força de trabalho"*, diz da necessidade de abordagem em torno da discussão da *"reprodução das relações de produção"*, mas que, para fazer essa abordagem seria necessário percorrer-se um desvio *"onde ter-se-ia de responder á"* velha questão: o que é uma sociedade? Entra-se assim na discussão em que Marx formula a estrutura de qualquer sociedade como constituída pelos *"níveis"* ou *"instâncias"*, articulados por uma determinação específica: a infraestrutura ou base econômica (*"unidade"* das forças produtivas e das relações de produção), e a superestrutura, que comporta em si mesma dois *"níveis"* ou *"instância"*: o jurídico–político (o direito e o estado) e a ideologia (as diferentes ideologias, religiosas, moral, jurídica, política, etc). Uma metáfora de Marx com as circunstâncias por ele identificadas a um edifício, onde o econômico, que seria a base e a inter-relação entre os andares da superestrutura e sua base, *"é a base que determina em última instância todo o edifício"*. Podemos agora penetrar mais nas concepções do marxismo histórico sob o olhar Althusseriano, respondendo, assim, as nossas próprias indagações com relação ao papel da educação formal universitária, seu papel na formação da enfermeira e do médico, e como a ideologia e o Estado permeiam de maneira influente através da clássica tese desenvolvida por Althusser relativa aos Aparelhos de Estado (ideológicos e repressivos) e também em como o sistema que se denomina de *"privado"* não é tão *"privado"* assim.

CÂNDIDO[59] (1989), ao compor um quadro com o título *"Paradigma do conflito em educação. Sumário do pensamento de alguns autores"*, estabelece, em forma de síntese, o significado da educação em MARX, chamando de neomarxistas a Althusser, Bourdieu e Passerou, Bowles e Gentis e Gramsci. O que entende na nova Sociologia da educação, por *"Proféticos"*, considerando: Illich, Freire; teórico da dependência: a Berger e Weber e os neoweberianos.

---

[59] CÂNDIDO, Alberto Gomes, A educação em perspectiva sociológica, São Paulo, EPU, 1989, páginas: 59.

Em Marx destaca-se: A educação é parte da superestrutura, que é *"condicionada pelas forças materiais de produção"*. A classe dominante impõe suas idéias como meio de controle. A ideologia é uma falsa consciência, que impede as pessoas dominadas de perceberem seus interesses.

Em Althusser evidencia-se: *"O Estado possui: o aparelho de Estado"*:

- Os aparelhos repressivos do Estado (polícia, tribunais, prisões, etc.), que agem através da coerção;
- Os aparelhos ideológicos do Estado (escola, igreja, meios de comunicação de massa, artes, etc.) que agem através da difusão da ideologia. Assim, a educação desenvolve, na força de trabalho, habilidades e atitudes convenientes às estruturas económicas e de poder.

Entre os neomarxistas selecionados por CÂNDIDO, Bordieu e Passerou, que entendem a educação como: *"O Capital cultural é distribuído desigualmente entre grupos e classes. Como resultado: aqueles que têm mais capitais culturais são mais bem sucedidos na escola"*. A escolarização é a base para uma mobilidade social limitada, que dá aparência de realidade à meritocracia.

- Portanto, a educação é o processo de reprodução das diferenças, culturais e sociais.

A historiografia avalizada por LEITE[60], ao comentar a ideologia nacionalista do período juscelinista no Brasil, em seu aspecto político, se aprende com *"O nacionalismo político, portanto, ao se fundamentar na tríade Estado – Nação Burguesia busca estabelecer a identificação interna da nação através do Estado e a partir dos interesses da burguesia como supostos interesses gerais"*. Citando FERNANDES, FLORESTAN, diz:

> *"O Estado não tem, nem pode ter, em si e por si mesmo, um poder real e uma vocação inflexível para o nacionalismo econômico*

[60] LEITE..Rogério Proença, segunda parte, Ideologia Nacionalismo e discurso, In:____, A Dupla Face do Nacionalismo, ideologia discurso e dominação em Kubitschek e Médice, Recife, Universitária, UFPE, p. 65-116, 175 p.

puro. Ele reflete, historicamente, tanto no plano econômico quanto no plano militar e político, os interesses sociais e as orientações económicas ou políticas das classes que o constituem e controlam". Concordantemente, referindo-se à educação, já alertava Althusser, nos paradigmas de Cândido, que "a educação desenvolve na força de trabalho habilidades e atitudes convenientes às estruturas económicas e de poder".

Em GRAMSCI[61] vê-se que os *"intelectuais constituem um grupo social autônomo e independente, ou cada grupo social possui sua própria categoria especializada de intelectuais?"* Pergunta ele.

No caminho que se deve percorrer nessa pesquisa, buscar-se-á a famosa discussão em torno do fenômeno histórico dos intelectuais. Para estes estudos, importam alguns aspectos dessa discussão, pois vivendo o Brasil um sistema econômico capitalista, importa procurar-se entender um pouco, buscando-se como considerar as enfermeiras e médicos sanitaristas atuantes na área da Saúde Pública do Adolescente nos períodos dos Presidentes J.K e FHC. Que compromissos teriam, como intelectuais, com a classe social burguesa dominante, e com o Estado/governo, vistos por meio de seus discursos retóricos/ideológicos.

Importa, ainda, resgatar-se um pouco da história clássica que GRAMSCI, lança mão em busca do entendimento do fenômeno dos intelectuais:

"A mudança da condição da posição social dos intelectuais em Roma, do Tempo da República ao Império (de um regime aristocrático – corporativo a um regime democrático – burocrático), está ligado a César, que conferiu a cidadania aos médicos e aos mestres das artes liberais, a fim de que habitassem com mais satisfação em Roma" (GRAMSCI).

[61] GRAMSCI, António, Intelectuais e o desenvolvimento da Cultura, In: --- Concepção dialéctica da História, Rio de Janeiro, Civilização Brasileira, 1978, p. 3-23.

1.2.1 REVISÃO DA LITERATURA E DEMARCAÇÃO DOS CONCEITOS

Na formação institucional dos intelectuais brasileiros, incidindo na configuração de seus discursos retórico–ideológicos, têm-se como realidade que, no Brasil, procurou-se acompanhar Alemães, Franceses e Estadunidenses na preparação de seus profissionais nas áreas de Medicina Sanitária e Enfermagem de Saúde Pública. Não obstante o modelo desenvolvimentista econômico mercantilista ter provocado uma tal situação de desorganização ambiental, que produziu o afloramento de enfermidades (malária, dengue, cólera, varíola, filariose, tuberculose, hanseníase, bouba, escorbuto, e outras) muitas das quais já em declínio na *"mãe pátria europeia"*, por ocasião do período juscelinista e algumas emergentes e reemergentes na fase governamental de CARDOSO, como a cólera, dengue e malária permaneceram.

Enquanto no período juscelinista apresentava uma mortalidade infantil de até 150 por mil crianças mortas em mil nascidas vivas, os adolescentes e jovens sendo acometidos de gastroenterites, tuberculoses e causas externas, o período CARDOSO tem-se diminuição acentuada da mortalidade infantil: 29 por mil nascidos vivos (para 2002), em contraste com a exposição elevada de mortalidade por causas externas entre adolescentes e jovens, encontrando-se até 167 mortes por homicídios em 100 mil habitantes, como nos estudos de WAISELFISZ, para o Estado de Pernambuco.

Entende-se que, na busca da utilização da retórica situacional, enquanto ideológica, na forma dos discursos dos intelectuais brasileiros sanitaristas médicos, enfermeiras de saúde pública na área técnica do adolescente e jovens, e dos ministros de Estado da Saúde, Mário Pinotti e José Serra sobre o adolescente brasileiro, neles procedemos à análise retórica.

OPERACIONALIZAÇÃO DE ALGUNS CONCEITOS UTILIZADOS NA TESE:

RETÓRICA

> *"Assentemos que a retórica é a faculdade de ver teoricamente o que, em cada caso, pode ser capaz de gerar a persuasão... mas a retórica parece ser capaz de, por assim dizer, no concernente a uma dada questão, descobrir o que é próprio para persuadir"*
> *"Obtém-se a persuasão nos ouvintes, quando o discurso os leva a sentir uma paixão, porque os juízos que proferimos variam consoante experimentamos aflição ou alegria, amizade ou ódio".*

ARISTÓTELES, Arte Retórica e Arte Poética. [62]

> *"O esforço humano para induzir à cooperação por meio do uso de símbolos".*[63]
> *"Na medida em que a comunicação tenta influenciar uma ou mais pessoas, orientar-lhes o pensamento, excitar ou acalmar suas emoções, guiar suas ações, (esta comunicação) pertence ao reino da retórica. A dialética, ou técnica da controvérsia, está incluída como grande parte deste reino mais amplo"*[64].

RETÓRICA SITUACIONAL

(Abordagem situacional)

> *"É o contexto no qual a retórica se dá"*[65].
> *"Um determinado discurso vem a existir por causa de uma situação ou condição específica".*

---

[62] livro 1, capítulo 2, p. 38-39. (1956).
[63] BURKE, Kenneth. apud BURKE, CATHCART, (1981,3)
[64] PERELMAN, Chaim apud HALLIDAY, (1988:122)
[65] BITZER, Apud BRITON. Situação na teoria retórica. (1981: 1-3)

"Os trabalhos retóricos pertencem à categoria de coisas que adquirem sua caracterização com base nas circunstâncias do contexto histórico no qual ocorrem... uma obra é retórica porque é uma resposta a uma certa situação".

RETOR

A pessoa que produz e pronuncia o discurso retórico.

INSTÂNCIAS

(no original: exigence) *"entende-se uma imperfeição marcada por certo grau de urgência... Um obstáculo... Algo a ser corrigido".*

ATO RETÓRICO

"O ato retórico deve ser definido, compreendido e explicado em termos da situação retórica"[66].

"A situação percebida pelo retor convida a criar, a apresentar o discurso"[67].

"O retor que não consegue oferecer uma resposta adequada errou o alvo".

"É uma ação simbólica"[68].

---

[66] BRITON, ALAN. Situação na Teoria Retórica (1981:1)

[67] BRITON, ALAN. Situação na Teoria Retórica (1981:1)

[68] HALLIDAY, Tereza Lúcia. (1988:125)

DISCURSO

É aqui considerado, como ato retórico, produzido a partir da situação retórica que o engendrou.

Três Gêneros do Discurso (em ARISTÓTELES):

GÊNERO DELIBERATIVO – Aconselha-se ou desaconselha-se.
GÊNERO JUDICIÁRIO – Comporta a acusação e a defesa.
GÊNERO DEMONSTRATIVO – O elogio e a censura.

PARTE 2 - A SAÚDE PÚBLICA E O PODER: ERA O QUE SE PENSAVA OU NÃO FOI BEM ASSIM?

CAPÍTULO 2

2.1. A SAÚDE PÚBLICA OBSERVADA PELAS INSTITUIÇÕES GOVERNAMENTAIS

A Saúde Pública no Brasil, como arcabouço das políticas públicas para a saúde, apresenta-se, desde seus primórdios, relacionada com a doença, com o tratamento e a reabilitação do indivíduo. Seus *"Preceitos Constitucionais"* com compromissos, até internacionais, o Brasil subescreveu, no conjunto dos países, a célebre convenção de Alma Ata: *"Saúde para todos no ano 2000, onde a promoção e proteção à saúde apresentam-se como o testemunho da fé"* que o país devia ter com a saúde como uma política pública *"do povo para o povo e pelo povo"*.

No Brasil, através de historiografia da Saúde Pública do adolescente brasileiro, os dois tempos presidenciais (JK e FHC) aqui estudados, ao assumirem as proposições de Alma – Ata, optam pelo discurso sofístico.

Esse discurso, diziam, Aristóteles e Platão, favorecia mais as formas do que as provas e argumentos. Ou seja, não importava para os sofistas o fato em si mas persuadir-se que aquele fato era verdadeiro, fosse ou não.

Esta proposição sofista, adotada por algumas instituições brasileiras nas áreas de vários conhecimentos, não foi adotada pelas outras instituições nacionais, com seus saberes não sofísticos.

Deve-se, portanto, começar do começo. A dissertação apresentada por Sarah Maranhão Valle[69] (1992) poderá auxiliar a presente pesquisa em dois momentos historiográficos relacionados à saúde, além das bases teórico-metodológicas.

Em primeiro lugar, tem-se o período expansionista português com a vinda de religiosos com os preceitos ainda revolvidos das cinzas das antigas cruzadas onde o Sacro Império Romano, devidamente acompanhado da aristocracia, promoviam guerras massacrastes contra os povos não Cristãos. No Brasil Colônia, sabe-se que os

cuidados aos enfermos, entre outras atividades (ensino, administração), eram executados, em grande parte pelos religiosos, que aqui chegaram, como diz VALLE, em missões, com papéis precípuos de viabilizar a colonização. *"Através da subjugação do indígena, da sua cooptação para o trabalho seja a seu serviço, seja sob sua jurisdição para utilização pelos colonos nos engenhos nos séculos XVI e XVII e posteriormente na atividade pecuária, a partir de meados do século XVII"*. No primeiro movimento missionário ao Brasil, vieram com um projeto de aumentar a fé... e o império. Os primeiros jesuítas em (1549), os beneditinos (1581), os carmelitas (1583), os franciscanos (1584).

O outro momento formaliza-se no empenho ideológico (coerção, violência) em projeto que uniu a Igreja Católica Romana e a Coroa do Estado Português. Assim, veja-se o que diz a pesquisadora:

> *"A empresa colonizadora comportava em seu bojo a atividade de catequese e doutrinação dos Índios pelos padres. A propagação da fé inspirava o Estado Português a salvar almas além-mar e montar seu arcabouço de exploração econômica das riquezas da colônia"*.

Uma outra pesquisadora, PIRES[70], Denise, traz também significativas contribuições de entendimento das ordens religiosas Católicas Romanas e as atividades iniciais de cuidados aos enfermos, em nosso país, uma profunda historiografia da atuação dos jesuítas nessa área de atividade. Apresentam-se com especial senso comum para ações curativas (físicos, cirurgiões, barbeiros, boticários, enfermeiros, administradores, proprietários de terras, fazendas, engenhos de açúcar, salinas) além das atividades do sacerdócio e do ensino.

Com a vinda para o Brasil de D. João VI e os nobres portugueses, e a transferência do Império Português para este país, inicia-se um novo período para a história da Saúde Pública no Brasil.

Aproximadamente 15 mil pessoas da corte Portuguesa chegaram ao Brasil em 1808. Ao chegar a Bahia com a família real e a corte Portuguesa, D. João VI cria a

---

[69] VALLE, Sarah Maranhão. A Fundação das Almas. In A Perpetuação da Conquista: A Destruição das Aldeias Indígenas em Pernambuco no século XIX. Dissertação de Mestrado apresentada ao Curso de Mestrado em História da Universidade de Pernambuco, Recife, 1992, p.9-38 e p. 12, inédita.

[70] PIRES, Denise. Saber e Trabalho de saúde no Brasil com Colonização até a Institucionalização da Medicina – Medicina Monástica – os jesuítas no Brasil. In: --- hegemonia Médica na saúde e a Enfermagem, Brasil 1500 a 1930, São Paulo, Cortez, 1989, p. 31-59 e p. 41

primeira instituição de ensino superior: a Escola Médico- Cirúrgica. Inicia-se, assim, a tradição brasileira do tratar, curar e reabilitar, produzindo conhecimento sobre esses níveis da doença. Modelo Assistencial dominante, hegemônico e reprodutor da ideologia curativa: enquanto ensina-se o modelo curativo, omite-se as responsabilidades do Estado como promotor de um modelo Assistencial preventivo.

Após o período de poder da aristocracia brasileira, a República militarizada do Marechal Deodoro da Fonseca herda palácios e herda-se, também, doenças como a varíola, tuberculose, febre amarela e parasitoses.

Como fontes de informações para o contexto dos anos 40 e 50, respaldamo-nos em GRIMBERG[71], José, e nos estudos de PINOTTI, Mário (1959)[72], relativamente à saúde da faixa etária objeto desta pesquisa, e alguns informes estatísticos, através dos trabalhos de CUPERTINO, Fausto[73], principalmente no período dos anos de 1960 e 1970. Desenvolve este autor um estudo significativo do perfil demográfico e de saúde do brasileiro.

GRIMBERG coloca o Brasil entre os países mais subdesenvolvidos do mundo, naquela época, não obstante reconhecer algum progresso nos últimos 25 anos. Afirma ainda, que metade da população estaria à margem desse progresso, com elevados coeficientes de mortalidade infantil e geral. Entende ainda o autor que não adianta o país adotar elevada técnica científica quando a maioria da população é relegada à marginalização.

Em uma outra análise crítica, observa que medidas são utilizadas tanto na zona rural como urbana, sem "estudos prévios" da forma como essas populações aceitam ou acolhem tais medidas, e sem a certeza que esses milhões de pessoas sejam de fato reintegradas ao contexto produtivo do país.

Questiona, ainda, a situação do escolar brasileiro. Reproduz avaliações alusivas ao grupo infanto-juvenil. Para tanto, respalda-se nos trabalhos de Velloso Vianna, realizado em Uberlândia (Minas Gerais). Nesta cidade onde foram examinadas crianças de três (03) escolas, cujo relato trata de saúde precária, além de carências específicas, infecções focais, bronquites, conjuntivites e mais:

---

[71] GRIMBERG, José. Causas e Efeitos da Proteção, Dissociada a Infância. Novo Índice de Bio-Estatística, jornal de Pediatria, vol. 23, fascículos 4,8,7. 1958, p. 354-365 e p. 359.

[72] PINOTTI, Mário. Vida e Morte do Brasileiro (Saúde e morte do Brasileiro (Saúde e doença do Brasil), 1959, Rio de Janeiro, Civilização Brasileira.

[73] CUPERTINO, Fausto. População Pública no Brasil (povo pobre é povo doente), Rio de Janeiro, Civilização Brasileira, 1976.

- Subnutrição 16 casos
- Verminoses e outras infestações 109 casos
- Amidalite Crônica 72 casos
- Adenóides hipertrofiadas 65 casos
- Astigmatismo 39 casos
- Infecção dentária 58 casos
- Hipertrofia da área cardíaca 11 casos
- Sífilis 9 casos
- Sinusite 9 casos

Na cidade de Castro Barreto, a avaliação é relativo a levantamentos de infecções altas do aparelho respiratório em torno de 40% das crianças examinadas.

Os resultados desses estudos deixam em Grimberg, forte impressão. Tanto é que, nas suas conclusões, comentando que foram recomendados medidas urgentes, pois além dos dados obtidos serem preocupantes, o número de crianças normais foi 0 (zero).

Calcule-se aí a perplexidade de Vianna e Grimberg, (1958) diante dessa realidade, mesmo que localizada. Por esses resultados, em crianças da zona urbana, pode-se imaginar a situação das crianças da zona rural, bem mais desasistidas, com precárias condições de higiene sanitária. Admite, pois, que os progressos difundidos com a técnica, a ciência, e as riquezas podem oferecer melhoria na alimentação, habitação, saneamento, faculdades, centro de pesquisas. De modo geral, pode-se considerar a mortalidade infantil maior quando o salário é menor.

Nos trabalhos de PINOTTI, (1959)[74], aparecem análises críticas relativas às dificuldades no Brasil, de dados bioestatísticos fidedignos. Ressalta os cuidados de Oswaldo Cruz, em 1903, em organizar um órgão com finalidade de controlar melhor as doenças transmissíveis através do armazenamento de dados confiáveis.

Através da tabela 1 são apresentados coeficientes de mortalidade infantil e materna nas capitais brasileiras, para o ano de 1955.

[74] PINOTTI, Mário, Vida e Morte do Brasileiro, Saúde e doença do Brasil, Rio de Janeiro, Civilização Brasileira, 1959, pag. 26-27.

TABELA : Nº. 01

Coeficientes de mortalidade infantil nas capitais brasileiras, para o ano de 1955.

CAPITAIS	MORTALIDADE INFANTIL	MORTALIDADE MATERNA
Manaus	109.6	2.9
Belém	263.6	4.1
São Luís	209.1	10.9
Teresina	325.3	18.2
Fortaleza	-	-
Natal	421.6	4.4
João Pessoa	201.1	4.6
Recife	204.1	2.8
Maceió	-	-
Aracaju	311.7	3.6
Salvador	353.5	5.4
Vitória	118.1	9.6
Niterói	96.9	3.4
Distrito Federal	112.2	4.0
São Paulo	86.5	1.6
Curitiba	143.3	2.6
Florianópolis	113.3	1.4
Porto Alegre	100.9	2.7
Belo Horizonte	101.3	1.3
Goiânia	-	-
Cuiabá	104.5	2.0

Fonte PINOTTI, Mário. Índices de Mortalidade e Natalidade – Capítulo 1 do Livro Vida e Morte do brasileiro (Saúde e Doenças do Brasil) p. 26, apud ARAÚJO, 1997, p.94-96.

"Com as ressalvas já aprovadas, verifica-se, contudo, que a mortalidade infantil é mais alta nas capitais do norte e do Nordeste do país. Em grande parte, o obrigatório decorre do chamado perigo alimentar, que inclui a gastroenterite e as perturbações nutritivas da infância". Pinotti, (1959).

Com relação à alimentação infantil, pela TABELA acima deve–se usar, preferencialmente, o leite materno; *"por vezes"*, *"outros alimentos"*. O desmame, contudo, não pode impedir *"sérios inconvenientes"* (ap. cit, p.46). O discurso sanitarista/médico revela a presença do ato retórico pois trata-se de uma resposta a uma instância (problema que necessita urgente resposta) identificado como o desmame.

O discurso retórico e ideológico justificado pela confluência abundante de alimentação artificial para crianças (leite em pó, lançado no Brasil nos anos de 1920), influenciados que foram os profissionais de saúde pública nas áreas materno-infantil-juvenil, por propagandas das indústrias fabricantes das latas de leite, como por exemplo a Nestlé.

Logo em seguida, Pinotti diz-se preocupado com a forma inadequada de preparo dos alimentos, dado ao atraso em que vivem as populações brasileiras, responsabilizando-as pelas mortes dos lactentes. Vê-se, por parte do retor, um discurso retórico e ideológico, vez que reconhece que populações vivem em situação de atraso (responsabilidade do Estado) e essas mesmas populações são culpadas pelas mortes infantis.

No **quadro nº. 1,** ler–se a mortalidade global por 1000 habitantes e algumas causas de mortes que o autor selecionou como mais importantes nas capitais brasileiras em 1955.

QUADRO nº. 1

Mortalidade geral por 1000 habitantes e mortalidade por 100.000 habitantes, de algumas causas mais importantes, nas capitais brasileiras em 1955.

Capitais	Geral	Tuberculose	Sífilis	Tifóide e paratifóide	Disenterias	Diterias	Malária	Câncer	S. nervoso central	Doenças do Coração	Hipertensão arterial	Gripe	Pneumonia	Gastroenterite e	Nefrite
Manaus	14.0	70.9	8.9	0.6	51.8	0.6	69.0	29.4	22.4	154.4	0.0	5.8	79.9	352.7	42.2
Melem	18.0	132.4	18.1	1.7	161.3	4.2	24.0	69.3	39.7	105.9	3.1	21.2	110.8	433.7	56.8
São Luis	11.7	79.5	186.8	3.6	27.7	1.5	3.6	32.1	40.1	116.6	0.7	5.1	35.7	13.1	18.2
Teresina	11.1	95.6	51.7	2.9	7.8	5.9	7.8	41.0	7.8	100.5	5.9	4.9	48.8	372.8	31.2
Fortaleza	29.7	105.7	61.3	2.2	313.0	2.5	0.6	38.4	44.4	222.2	10.8	2.5	25.4	722.5	23.8
Natal	24.2	56.3	40.7	7.0	25.8	8.7	0.8	43.0	25.8	27.4	2.3	9.4	97.0	1087.5	25.8
J. Pessoa	21.3	59.1	16.7	4.5	37.1	9.1	4.5	51.5	23.5	56.0	9.1	9.1	28.8	369.3	30.3
Recife	21.0	93.4	71.8	3.4	41.8	3.4	3.4	69.5	24.9	125.5	9.8	5.9	173.0	421.6	81.9
Maceió	18.1	88.1	16.6	4.5	58.1	2.6	0.0	53.0	30.7	167.9	3.2	39.0	79.2	582.4	74.1
Aracaju	19.0	49.9	7.9	1.1	14.7	2.3	1.1	56.7	47.6	166.7	0.0	18.1	69.2	426.3	24.9
Salvador	16.6	159.2	30.1	2.9	16.4	2.3	10.0	73.5	50.0	214.7	12.0	23.0	150.5	888.3	17.6
Vitória	20.7	232.2	40.9	1.9	14.9	3.7	0.0	115.2	70.6	198.8	1.9	22.3	72.5	332.5	27.9
Niterói	13.3	107.0	10.2	3.9	21.3	5.3	0.0	85.2	101.2	217.4	2.4	8.7	88.1	94.4	40.2
D. Federal	11.9	89.6	13.1	4.2	5.2	2.1	0.3	98.7	82.0	116.9	10.3	14.2	79.8	140.0	25.0
São Paulo	10.5	36.5	8.6	0.5	10.8	2.2	0.1	111.1	76.9	188.9	8.3	9.1	67.7	132.1	14.7
Curitiba	15.7	41.9	16.9	5.8	11.1	2.9	0.5	132.4	39.5	130.0	47.2	16.4	144.0	307.7	45.3
Florianó Polis	14.7	59.8	4.1	8.3	5.5	8.3	0.0	70.3	49.7	262.1	63.5	5.5	107.6	155.9	60.7
P. Alegre	14.0	137.9	24.8	2.8	6.1	2.8	0.0	128.0	54.6	152.1	41.9	12.9	84.8	164.4	48.0
B. Horiz.	15.1	111.9	18.1	1.9	18.1	4.5	0.0	105.5	40.0	269.9	3.8	7.5	79.8	346.0	37.2
Goiânia	22.7	60.1	14.6	6.5	68.2	4.5	4.9	64.9	14.6	162.4	4.9	13.0	69.8	464.4	16.2
Cuiabá	8.7	69.3	5.1	0.0	22.0	17.9	0.0	49.0	27.1	167.4	5.1	1.7	30.4	116.7	22.0

*** Gastrite, duodenite, enterite e colite**

Fonte: Pinotti, Mário. Índices de Mortalidade e de Natalidade. In___Vida e Morte do Brasileiro. São Paulo, 1959, p. 13-27.

As patologias responsáveis pelas mortes das populações brasileiras, nos anos 50, foram as tuberculoses, disenterias, malária, câncer, lesões vasculares do sistema nervoso central, doenças do coração, gripe, gastroenterites e nefrite.

Com esse quadro de morbidade e mortalidade fica revelado que a população adoecia e morria tanto de doenças consideradas do mundo subdesenvolvido (tuberculose, disenterias, gastroenterites, malária) como de doenças de perfil epidemiológico, de países desenvolvidos (câncer, lesões vasculares, doenças de coração). Apresenta portanto, tradicionalmente, a ausência da transição epidemiológica (aqui considerada espaços temporais onde progressivamente o perfil de doenças e mortes acompanham as mudanças da qualidade de vida do indivíduo, sendo substituídas as causas de adoecimento e morte por outras causas).

Com os estudos de CUPERTINO (1976)[75] verifica-se a morbimortalidade brasileira nos períodos de 1960 a 1970. Afirma este que, em cada dez crianças, uma morria antes de completar um ano de vida. Portanto não era apenas uma questão de morbidade, mas de condições de vida de miséria ocasionando adoecimento e muitas vezes a morte.

Aqui a realidade é dupla por causa de morbimortalidade, característica de populações de alto nível de desenvolvimento como também por doenças e mortes que caracterizam as populações que *"sobrevivem"* sob a tutela de um Estado/governo, ausente, omisso, e subjugado a um sistema de relações sociais, económicas, políticas, ambientais e de doenças que mantêm essas populações por mecanismos diversos, especialmente aos relacionados ao Estado Althusseriano, (aparelhos ideológicos de Estado e ao Estado Gramsciano, coercitivo/ideológico), com produção e reprodução de suas condições indignas de vida.

Conclui que, a situação de morbi mortalidade da população é muito grande e as condições de saúde muito precárias.

Nas localidades mais pobres metade das mortes são de crianças até 05 anos. Diz CUPERTINO, (1976:3):

> *"Não se trata, portanto, apenas de uma questão de maior ou menor incidência de moléstias, e sim de um estado geral de miséria que se reflete nas condições de saúde".*

[75] CUPERTINO, Fausto, p. 4-25 e p. 3

Vê-se uma apresentação sócio-econômica e política de uma região brasileira de parte da população submetida aos ideários burgueses hegemônicos/dominantes, que apropria-se tradicionalmente do estado brasileiro enquanto Estado coercitivo/ideológico volvido aos interesses mantenedores (produção/reprodução) da burguesia brasileira.

Nos anos 70, alguns estudiosos queixam-se de uma substancial participação da Estatística e Bio-Estatística, como que atuando com dificuldades na configuração de dados numéricos em Saúde Pública no Brasil. Na discussão que levantou para debater a causa mortis registradas em quatro capitais brasileiras, de regiões com diferentes modelos de desenvolvimento sócio-econômico nos períodos de 1929 a 1973, CUPERTINO (1976), passa por essas dificuldades nos óbitos analisados nas quatro capitais: Manaus (Norte do Brasil), Recife (Nordeste do Brasil), Belo Horizonte (Centro Oeste) e Rio de Janeiro (Sudeste). Ainda, CUPERTINO (1976) faz referência também aos anos de 1949-1951, no esforço de contemplar o período pré-juscelinista, tendo como referência comparativa países da Europa e do Japão, enfocando dados de mortalidade geral no Japão antes mesmo da grande Guerra (anos 30-40) até o período pós Guerra, período em que esse país apresentou intenso crescimento demográfico e econômico.

Ao examinar a situação da capital do Estado de Pernambuco, a cidade do Recife, apresenta a mortalidade, por doenças infecciosas e parasitárias, e dos aparelhos respiratório e digestivo no período de 1929-1931, em 66 óbitos; e com 62, no período de 1949-1951, por câncer e doenças do sistema nervoso e circulatório, com 16 e 19 mortes respectivamente. Ao comentar o alto obituário por doenças circulatórios na cidade do Recife, entende Cupertino, tratar-se de uma situação comum a maioria dos grandes centros urbanos brasileiros.

Conclui-se que os dados apontam para a inevitável responsabilidade da situação social e económica pela causa mortis dos indivíduos dessas cidades.

A situação de Belo Horizonte, capital do Estado de Minas Gerais: o obituário por doenças infecciosas e parasitárias e dos aparelhos respiratórios e digestivos para o período de 1929-1931 com 60, e para 1949-1951 com 46 óbitos. O câncer e doenças dos sistemas nervoso e circulatório 18 e 25 óbitos respectivamente. Acidentes, suicídios e outras causas de morte violenta, aparecem 4 e 5 para esses períodos.

Nessa cidade, além dos dados serem mais próximos da realidade, apresenta acentuada baixa no número de óbitos dos que *"morrem de fome um pouco por dia"*, como também de *"velhice antes dos trinta"*; ao falecerem também por outras causas.

Quanto ao Rio de Janeiro, à época, Capital do Brasil, são responsáveis as doenças infecciosas e parasitárias e dos aparelhos respiratório e digestivo, para os períodos de 1929-1931, por 62, e 1949-1951 por 49 óbitos. Câncer e doenças dos sistemas nervoso circulatório 15 e 30; acidentes, suicídios e outras causas de morte violenta 4 e 6 óbitos.

Conclui, então, CUPERTINO (1976), que, na capital do país, as doenças que mais causam a morte nos pobres, estariam recuando, embora apresentem-se ainda longe dos padrões internacionais para a época (período de 40, 50 e 60).

Relevante para o estudo do período juscelinista, quanto aos aspectos sanitários do país, recorre-se ainda a Cupertino, agora incidindo os trabalhos estatísticos, na faixa etária que ele chama de *"um terreno muito mais dramático"* que é a mortalidade infantil. É pertinente também evidenciar que, dos estudos consultados dos períodos de 40, 50, 60 e 70 do século passado, apresentam-se tanto em revistas da época, serviços de Saúde Publica (SESP) como em diversos outros estudos consultados, o grupo etário analisado era o Materno Infantil. Vê-se, assim, o desejo de concluir que a morbimortalidade atingiria de forma mais contundente esse grupo da população, e as outras faixas etárias como a dos adolescentes, como pouco pesquisados. Em função até, ao que parece, do segmento infantil não ter a oportunidade de chegar à adolescência, morrendo muito antes, ou seja, como se verá adiante, antes de completar um ano de vida.

O que chamou a atenção de Cupertino ao grave problema da mortalidade infantil por sarampo, no país, foi um comentário no *"Jornal do Brasil"* (anos 70). Nele, o comentarista salientava que a vacina contra o sarampo já havia sido lançada nos principais centros do mundo, há mais de 11 anos, em campanhas de Saúde Publica. E que, no Brasil, a mortalidade infantil matava, por ano, 14 mil crianças.

O Ministério da Saúde só naquele ano efectuava a vacinação. Faz comentários ainda relativo à autoria de uma cartilha sobre imunização, na Campanha, cujo autor, o professor Ricardo Veronesi, estima gastos de 232 milhões de cruzeiros, com o tratamento e internação das crianças doentes de sarampo, para o ano de 1974, e com a vacinação da população infantil gastar-se-ia apenas 7 milhões de cruzeiros.

Outro estudo analisado por CUPERTINO (1976), e relevante aqui nesta pesquisa, é o efetivado pela Organização Pan Americana de Saúde (OPAS), no município de São Paulo, no período de 1968 e 1970. Um dos responsáveis pelo levantamento, Ruy Laurenti, informa que 0,6 mortes por 100 mil habitantes constatadas no município, na verdade seria 3 vezes maior, entendendo ele que não se computaram as mortes provocadas em conseqüência do sarampo, resultante da falta de saneamento básico e grande desnutrição infantil na cidade de São Paulo. Das 13 cidades Latino- Americanas pesquisadas pela OPAS, diz CUPERTINO (1976), só apresentaram dados mais elevados, nas cidades de São Paulo, e Recife. Mas, acrescenta que, apesar de nos países ricos as crianças não morrerem mais de doenças infecciosas, nessas cidades foram apontadas essas doenças como causa mortis de 36% e como causa associada em mais de 27%.

Os dados do professor LAURENTI, apud CUPERTINO (1976), revelam ter o coeficiente de mortalidade infantil para o Estado de São Paulo caído em 115 por mil nascidos vivos em 1950, para 79 em 1960, passando para, aproximadamente 84 em 1970, e aumentando para 90, em 1971. Constata, ainda, que as principais causas de óbitos em menores de 1 ano seriam as doenças infecciosas, com 30%, vindo logo após as broncopneumonias aproximando-se de 20%.

Ao que conclui que quase metade das crianças menores de 1 ano morriam por doenças cujas influências seriam de responsabilidades das condições do meio social e pouco relativas à saúde, como era o caso das desnutrições. Faz alusão ainda, que o maior perigo para as crianças nos países desenvolvidos estaria nas primeiras semanas de vida, onde as anomalias congênitas e deficiências no metabolismo acometeriam 70% das crianças nos primeiras 4 semanas.

Na cidade de São Paulo, a situação era inversa: no período neo natal, faleciam 30% das crianças, e 70% nas 48 semanas restantes, cujas causas eram infinitamente menos graves e evitáveis visto pelo lado *"médico-científico"* do que pelo ponto de vista sócio-econômico.

Voltando ao trabalho de LAURENTI apud CUPERTINO (1976), a ausência de saneamento básico apresenta-se como causa associada na diminuição ou aumento da mortalidade infantil, que a criança desnutrida adoece mais, e adoecendo desnutre-se mais. Uma pesquisa realizada por José Duarte de Araújo, este pesquisador aponta a relação entre a queda da mortalidade infantil da cidade de Salvador, no Estado da Bahia, e a expansão dos serviços de abastecimento de água quando a adutora do rio

Joanes e a estação de Tratamento da Bolandeira entrara em funcionamento. Diz ele, que o estudo demonstrou que o coeficiente de mortalidade infantil de Salvador que aproximava-se dos 150 por mil nascidos vivos no início dos anos 60, cai para pouco mais de 70, em 1968, enquanto a mortalidade por doenças diarréicas foram reduzidas em 66% ficando em torno de 27% do total de óbitos.

Junto a tudo isso, a importância dos dados que apontam o percentual da população brasileira servida pelo abastecimento d'água no século passado, utilizando-se dos dados censitários que dizem ter aumentado a oferta desse sistema no Brasil. Em 1940 de 13%, para 16% em 1950, 21% em 1960, e 33% em 1970, incluindo domicílios urbanos e rurais. O mesmo não ocorreu com os domicílios servidos pela rede de esgotos (eliminação de dejectos), cujo percentual foi reduzido no mesmo período de 85% para 66%, 49% para 40%. Lamenta, ainda, que as fossas higiênicas em números não chegaram nem a metade das formas de eliminação em 1970. E analisa que, mesmo com todos os riscos de contaminação, uma fossa higiênica seria melhor que nada. Porque nada era o que restava, para 40% dos domicílios brasileiros.

Em continuidade ao estudo da mortalidade infantil no país, apresenta uma tabela com coeficiente de mortalidade Infantil, nas capitais, 1951-1973, com óbitos até 1 ano de idade por mil nascidos vivos. Salienta que apenas a cidade de São Paulo apresentava na década de 50, um coeficiente inferior a 100 mortes no primeiro ano de vida, para cada mil nascidos vivos.

Chama os coeficientes das cidades de Salvador, Teresina, Fortaleza e Natal de *"simplesmente escandalosos"*, apresentando Salvador e Teresina, 3 crianças mortas antes de completar 1 ano, para cada 10 nascidas vivas. Fortaleza e Natal eram 5 crianças mortas para cada 10 vivas. Evidencia que a morte de mais da metade das crianças, antes de completar um ano, era o maior estigma da miséria que só alguns países da África e Ásia ainda apresentavam.

Outra relevância apontada por CUPERTINO (1976), refere-se à mortalidade proporcional (mortos até 1 ano de idade: total de mortos), para os períodos de 1951 a 1973, das capitais do país. Utiliza-se em termos comparativos com um país de população velha como a Suécia cuja mortalidade infantil (crianças até 1 ano de idade) no total de óbitos não chega a 2%. No Japão, no final da década de 50, estava em cerca de 8%. Contudo, verificando, que persistem os índices superiores a 40% no triênio 1971-1973, diz ele, tratar-se de um verdadeiro *"massacre"* de crianças.

Buscando uma explicação para os altos índices de mortalidade infantil, mesmo nas três capitais consideradas as mais desenvolvidas do país, São Paulo, Rio de Janeiro e Belo Horizonte, onde apresenta–se o processo de crescimento, opta por dever ao modelo desenvolvimentista (sócio-econômico) das últimas décadas de meados do século, *"a responsabilidade pela falta de nivelamento por baixo da taxa de mortalidade geral do coeficiente de mortalidade proporcional"*[76], que, na medida em que as regiões mais atrasadas fossem beneficiadas pelo progresso, aconteceria, se não ocorreu, foi devido ao modelo de desenvolvimento que chamou de *"discriminatório"*.

Outra questão levantada para debate pelos estudos de CUPERTINO (1976), relaciona-se com o diagnóstico e apontamento de soluções desencadeadas pelo texto produzido para a V Conferência Nacional de Saúde de agosto de 1975, pelo então Ministério da Previdência Social. O documento chegou a ser distribuído mas por ter desagradado, foi recolhido por ordem do Ministério da Saúde. Foi distribuído novamente mas com texto individual de algum assessor. O texto considerou o sistema de Assistência Médica brasileira como *"insuficiente"*, *"desordenado"*, *"mal distribuído"* e *"inadequado"*; não atendendo as necessidades reais da grande parte da população, e a Organização Sanitária pouco eficaz e com baixa eficiência no tratamento e soluções dos problemas de saúde em nosso país.

A inadequação, entre outras, residiria em concentrar recursos em atividades mais dispendiosas como a rede hospitalar. A falta de organização de uma rede básica de serviços de saúde comunitário, com ações preventivas que contemplem o meio ambiente e a assistência social. O desordenamento das diversas instituições de saúde, que atuam no mesmo campo da saúde mas de forma a servir mais para promoções pessoais e feudos políticos do que para atender as necessidades de saúde da população.

Sendo assim, parece que da forma como está, não assegura a maioria da população, que é a de baixo poder aquisitivo, nem a proteção contra as doenças endêmicas, nem a solução para suas necessidades de saúde. E nessa V Conferência de Saúde o tema principal foca a discussão do sistema nacional da saúde.

Outra distorção do Sistema Nacional de Saúde, da época, apontada por CUPERTINO (1976), era a discussão em torno de aumentar-se o número de médicos e enfermeiros atuando na área de saúde. Pergunta então, de que adiantaria aumentar-

---

[76] Ibidem ágina 85.

se o número de profissionais (médicos e enfermeiros) e o número de leitos hospitalares, *"se a população continuar vivendo em condições precárias de higiene e habitação"* (CUPERTINO 1976, p. 87)[77]?

Tratar as questões da assistência médica fora do quadro de necessidades sociais e económicas da população, entende CUPERTINO (1976), que atende–se apenas uma pequena parte da população.

2.2 A SAÚDE PÚBLICA OBSERVADA PELAS ENFERMEIRAS (SAÚDE PÚBLICA) E OS MÉDICOS (SANITARISTAS)

A Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (SUCAM) tinha sob sua responsabilidade a tentativa de controle das principais endemias que assolam o país, entre elas a malária que atingia, principalmente, as populações do norte e do centro oeste, ocorrendo alto número de infectados em áreas de grandes projetos agropecuários de colonização e mineração.

PINOTTI, estudado por MORAES [78] (1958), em seu discurso de posse ao cargo de Ministro de Estado dos Negócios da Saúde, elenca as endemias correntes no país, dispondo–se a combatê-las: a bouba, a doença de chagas, o bócio, a leishmaniose e o tracoma.

Nos estudos de CUPERTINO (1976), vistos anteriormente, é relatado que esquistossomose, objeto de discussão na Conferência Nacional de Saúde, como uma doença originária e desenvolvida pela miséria que o povo (população) é exposto, pelas más condições do meio ambiente, enquanto que, nas últimas décadas, a peste bubônica, a febre amarela e a varíola, estariam quase completamente controladas.

Sobre as questões alimentares, enquanto o brasileiro consome em média 19 gramas de proteínas, o argentino (comparativamente) consumiria, 59 gramas, relata este autor baseado nos estudos do pediatra Aguinaldo Marques, do Instituto Fernandes Figueira, semelhantemente, CASTRO, Josué (1956:20)[79], estudioso da fome brasileira, opina nos seguintes termos:

---

[77] Ibidem página 87.

[78] MORAES, Hélbio Fernandes. SUCAM, sua origem, sua História, Brasília 1990, página 296.

[79] CASTRO, Josué O Desenquilbrio Económico Nacional e o Problema das Secas. In___ Alimentação e Nutrição no Nordeste Recife, CEAS, C.J.C., CENTRU, ETAPAS, FASE, SACTIES, 1983. Discurso pronunciado na Câmara Federal em 11 de julho de 1956. p.19-22.p.20.

> *"O desenvolvimento industrial do país vem sendo bem mais intensivo do que o desenvolvimento agrícola, tanto que, no quinqüênio de 49 a 54, enquanto a indústria aumentou de 185% a agricultura aumentou apenas 41%. Evidentemente com esta expansão industrial, com o aumento do custo de vida, com as conseqüências da inflação, ainda se tornou mais trágico o desnível econômico entre o Nordeste e outras regiões. Daí a impossibilidade de levantarem essas populações seu nível de vida. Daí seu baixo poder aquisitivo, que não lhes permite sequer adquirir os gêneros alimentícios que os impeçam de morrer de fome".*

Ao compor esse capítulo, exporemos a situação dos intelectuais sanitaristas, médicos e enfermeiras de Saúde Pública relacionados ao adolescente brasileiro, através da reflexão discursiva desses próprios intelectuais, sobre si mesmo e o contexto do país, lembrando, contudo que no período juscelinista é comprovada nas discussoes a escassez de temas relativos aos adolescentes e jovens fossem entre os sanitaristas médicos e enfermeiras da Saúde Pública.

Os estudos de BORGES DA SILVA (1989)[80], entretanto, traz uma abordagem crítica da enfermagem profissional, no período dos anos 20 a 70 do século XX, observações historiográficas, essas relevantes para o período de 1889 - 1956, tanto para a medicina como para enfermagem. Esse estudioso identificou a sociedade brasileira como progressivamente de base industrial, e a medicina como prática liberal e artesanal, descrevendo os assim:

> *"Isto significava, portanto, que os médicos, como profissionais autônomos, tinham a posse integral de seus meios de trabalho (informações de cunho dominantemente generalista e equipamentos relativamente simples), um relacionamento direto com a clientela e liberdade para fixar seus "honorários",*

[80] SILVA, GRACIETTE Borges . Cap. III, Medicina e Enfermagem na Sociedade, In... Enfermagem Profissional, Análise Crítica, 2ª ed., São Paulo, 1989, p.75.143p.

constituindo-se o consultório isolado no centro principal de sua actividade" (BORGES da Silva, 1989:75)[81].

ARAÚJO (1997) apoiada em Carvalho e Castro, destaca algumas atividades que o médico de Saúde Pública deveria empreender no plano da Saúde Pública Materno–Infantil, na época Juscelinista: ter como base a comunidade, observar as enfermidades evitáveis, as incapacitações e mortes prematuras; inserir a pesquisa neste elenco. Outrossim, esses autores destacam como de interesse *"fundamentais a epidemiologia e o saneamento do meio, medidas sanitárias para abastecimento de água adequada, destino dos esgotos, as técnicas de higienização dos alimentos, cuidados ambientais e com os trabalhadores frente à industrialização, e o aproveitamento da energia atómica"* (ARAÚJO, 1997, p. 137)[82].

A epidemiologia, como tradicional na Saúde Pública, preocupar-se-ia das doenças transmissíveis e suas terapêuticas. Ainda neste contexto, identificou-se o envelhecimento da população, as doenças crónicas degenerativas, as mentais, cardiológicas, diabetes, hipertensão, câncer, glaucoma, e outras.

John London., confere uma *"subversão conceitual"* ao termo epidemiologia afastando-a do peculiar estudo das doenças epidêmicas e avançando em favor do entendimento etimológico da palavra, uma vez que deve considerar, agora, todas as circunstâncias de agravos à saúde do povo.

Para tanto, entende a contribuição dos vários saberes, como a sociologia, a psicologia social e a antropologia que comporiam para a área de Saúde Pública. Deve-se, portanto estudar as populações, em seus contextos sócio-econômico cultural, com o objetivo de configurar-se uma comunidade bem como o responsável por suas melhorias sanitárias. Formula, ainda, que o sanitarista apesar de contar em sua formação profissional com *"indispensáveis noções"*, de ciências sociais e educação sanitária, entende como *"imprescindível"* a participação do cientista social e educador sanitário no planejamento de programas de saúde (ARAÚJO, 1997:139)[83].

ARAÚJO destaca, ainda, desses estudos, o entendimento que se tinha do Pré - natal como oportunidade do profissional sanitarista em promover a saúde do indivíduo e da comunidade pelo que devendo a gestante (público alvo da assistência Pré Natal),

---

[81] DONNANGELO, M.C.F. Onde instrumenta-se em Medicina e Sociedade, São Paulo, Pioneira, 1975, Contido no texto Relatório do I Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem. 20-22, nov. de 1979, Ribeirão Pretos. ABEN/CEPEN, 1979, pp 82-97.

[82] ibidem pagina 137

[83] ibidem página 139

"aceitar a filosofia da Medicina Preventiva" (ARAÚJO, 1997:139)[84], promotora da saúde materna e da criança utilizando-se de exames periódicos de gestantes infantes e escolares; da *"profilaxia"* no programa contra a tuberculose com *"extraordinário êxito e aceitação"*. Essas ações direcionadas a intervenções sanitárias em favor do binômio mãe-filho embora importante, havia dado lugar à assistência à família.

Entende-se que esses estudos apresentam os adolescentes e jovens na categoria de "escolares" como objeto da atenção materna e infantil.

Nos estudos de Martagão Gesteira, também é reconhecida a assistência à família, trazendo conseqüências na comunidade.

ARAÚJO ainda destaca os estudos de PASCALE (1959), que enfoca os componentes conceituais e formadores da Medicina Social. Esta seria um ramo das ciências sociais, que observaria os elementos médicos nas *"questões sociais"*, considerando o indivíduo na coletividade, família, escola e profissão. Trata-se de um contexto multiprofissional, onde atuariam médicos, sanitaristas, biologistas, sociólogos e urbanistas. Portanto, um ramo moderno da medicina envolvendo-se em quesitos médicos, econômicos, sociais e morais. Ressalta a volta à medicina do *"terreno"* e ao desenvolvimento da *"biotipologia"*.

Assim, a saúde é considerada como *"capital econômico"*. Vê-se como necessário o estudo e a avaliação das questões demandadas pela população quanto à melhoria de vida. Reconhece que se deve reagir ao que chama de *"terrorismo contemporâneo"* aconselhando o *"retorno à vida simples, sóbria, e portanto, mais sã"* (ARAÚJO, 1997:140)[85].

Quanto à discussão de uma vida *"sóbria e mais sã"*, a própria Nightingale (NIGHTINGALE, 1989:113)[86], sai em defesa dos doentes hospitalizados e de seus médicos obrigados por vezes ao que ela chama de *"a surpreendente presunção dos conselheiros do doente"*, quando diz:

> *"...todo conselho profusamente oferecido a esses doentes, de deixar tal ou qual ocupação, experimentar algum outro médico, alguma outra casa, clima, pílula, pó ou similares: nada digo sobre*

---

[84]Procurar em Castro Paulo de Carvalho, novas e velhas perspectivas de Saúde Pública. Arquivos de Higiene e Saúde Pública, volume XXV, março 1960, nº 83, p.201-207.

[85] ibidem página 140.

[86] NIGHTINGALE, Florence. Consolos absurdos oferecidos em benefício do doente. In: notas sobre enfermagem: o que é e o que não é.trad. Amália Correia de Carvalho, São Paulo, Cortez, Ribeirão Preto, ABEN, CEPEN, 1989, p. 111-113, 174p.

sua inconsistência, pois esses conselheiros seguramente são as mesmas pessoas que o exortaram a não acreditar nos prognósticos do seu médico, porque os "médicos estão sempre errados", mas a acreditar em um outro médico, porque "esse acerta sempre".

ARAÚJO (1997), na discussão do seu tema de mestrado, no item *"Alguns aspectos da Saúde Pública Materno – Infantil no século XX (1950 a 1960)"*, elabora um debate em torno do parecer do Departamento Administrativo do Serviço Público, que, numa exposição de motivos, em 1940, alude que os médicos da época não estariam preparados em sua *"formação técnico profissional, para combater os males de uma comunidade"*. O ensino de Saúde Pública entendia-se, ser exercido em cursos de especialização, ficando assim o aluno de graduação médica com quase nenhum acesso ao conhecimento de saúde pública, ou seja, as aulas de higiene, além de não identificar-se, ensinava-se cada vez menos.

A constatação dessa exposição de motivos apresentada por um órgão governamental expõe de forma incisiva a situação quando diz:

> *"A disciplina passou para o plano secundário lecionada em pouco mais de três meses, se tanto, em 70 horas de aula e de acordo com a lei, sem exigências de exame ou mesmo de prova parcial."*[90]

Nos estudos concernentes a atuações da enfermagem, confere-se à sequência historiográfica dos anos 1958 a 1960, nos relatos discursivos da Revista Brasileira de Enfermagem (REBEN), órgão oficial da Associação Brasileira de Enfermagem (ABEN).

Acompanha a pesquisadora os conflitos relacionados à busca da dominação, hegemônica das enfermeiras frente ao grande grupo dos excedentes de enfermagem (atendentes de enfermagem, práticos de enfermagem, e obstetras ver projeto de lei nº. 3082/1957). E a inclusão dos enfermeiros diplomados (lei nº. 775, de 6 de agosto de 1949), todos registrados no Serviço Nacional de Fiscalização da Medicina ou órgãos similares nos Estados da Federação. Observa-se a conjuntura hegemônica/dominância do saber médico em relação às enfermeiras e seus exercentes. Nos estudos do editorial de março de 1958, da REBEN, ressalta a pesquisadora que o grupo desses

[90] Ibidem, p. 113.

profissionais é reconhecido como de importância para o país, entretanto descreve-os como sacrificados pelos baixos salários, pela falta de estabilidade no cargo, e sobretudo, falta de oportunidade de crescimento profissional e técnico.

No mês de setembro desse mesmo ano, ressalta o editorial que se refere como avanços ocorridos nos serviços de saúde do Brasil, destacando a referencia à infância; aqui, no presente estudo, faz-se necessário reproduzir-se o texto, porque não dispõe de discussões em torno do adolescente, objeto da tese.

O editorial credita, nas ações do Ministério da Saúde, esperanças de melhorias substancial na saúde do povo, vez que o país teria mais confiança em si frente à continuidade de serviços de saúde de grande monta, como avanço no programa visando à erradicação da malária e a baixa nos coeficientes de mortalidade infantil.

Tem-se assim, uma visão retórico–ideológica conceitual da enfermeira de Saúde Pública quando indaga-se estudantes universitários, entre outras questões, sobre as funções ou atribuições dos enfermeiros de Saúde Pública e vê-se que:

> *"O enfermeiro de Saúde Pública, levando cuidados de enfermagem ao doente aplicando tratamentos sob orientação médica, fazendo a educação sanitária do indivíduo e da família no lar, nas escolas, nos Centros de saúde, concorrerá para a promoção da saúde na comunidade e ajudará a família e o indivíduo, orientando-os na solução de seus problemas sócio-econômicos e encaminhando-os para o serviço social quando for o caso" (REBEN, editorial, 1958).*

Infere-se, portanto, como relevante trazer aqui esse depoimento conceitual em virtude do questionário ter sido aplicado e respondido pelos jovens à época da pesquisa.

Ainda, ao observar os estudos que configuram a situação de saúde relacionada, também, à conjuntura profissional dos médicos e enfermeiras, em cidades como São Paulo e Recife, é constatado o número diminuto desses profissionais, acentuando-se que o quantitativo de enfermeiros *"era muito menor"*, embora o ambiente laboral da enfermeira, no hospital, fosse maior junto ao doente do que o profissional médico. Diante dessa realidade, os doentes ficavam sob os cuidados, na maior parte das vezes, de pessoas leigas, situação equivalente àquela do princípio do século.

Outra situação destacada nesses estudos, substanciada em CAVALCANTI (ARAÚJO, 1997:114) e colaboradores, recai sobre as considerações do Sr. Seabra Fagundes, que, como Consultor Geral da República, opina positivamente quanto a ser a Enfermagem uma profissão liberal, mesmo porque *"originalmente"* destinada ao exercício autônomo, esses profissionais atuavam nos domicílios, junto aos médicos em como em *"locação exclusiva"* em hospitais e casas de saúde.

Com isso, ia-se descaracterizando como profissão liberal, uma vez que acentuadamente, dedicavam-se mais ao ambiente hospitalar e à clínica privada. Nesse discurso, o Estado/governo brasileiro eximiu-se da responsabilidade na condução da profissão do enfermeiro de liberal à subordinada, apresentando no discurso retórico ideológico, uma vez que, na discussão, vê a *"descaracterização"* da profissão na evolução da Enfermagem prática. Indica a pesquisadora que seus estudos historiográficos legislativos apontaram para a parceria entre a classe burguesa dominante atrelada ao governo, mantendo a enfermeira subordinada ao médico e os exercentes de enfermagem subordinados à enfermeira.

Constatou, ainda, que as enfermeiras, da época juscelinista, buscavam a aprovação profissional junto aos meios universitários e à sociedade. Chega a essa conclusão, ao examinar os discursos de Presidente da Associação de Enfermagem, por ocasião do XI Congresso Brasileiro de Enfermagem, na cidade do Recife, Estado de Pernambuco, cujo presidente de honra foram Haydée Guanaes Dourado, e o ministro da saúde Sr. Mário Pinotti.

No discurso retórico-ideológico sobre o tema oficial *"Situação da Enfermagem no Brasil"* declara PINHEIRO (ARAÚJO, 1997:118) em favor da Associação Brasileira de Enfermagem (ABEN), que esta precisaria de colaboração das outras classes *"mais agressivas"* de profissionais: com maior número de segmento masculino, e já reconhecidos pelo público, direcionando à cooperação dos *"poderes públicos"*; ao *"interesse do público"* o poder hegemônico de derrubar ou erguer as causas, *"boas ou más"*.

Sobre a enfermagem de saúde pública do adolescente, no período juscelinista, entende-se de relevância, para este estudo, a retórica ideológica do discurso das enfermeiras quando das recomendações no XI Congresso Brasileiro de Enfermagem, em Recife, 1958, abordadas nos trabalhos de ARAÚJO(1997:118)[87].

[87] ibidem página 118.

Destaca-se a de número 3, que traz à discussão a situação do ensino de Enfermagem de Saúde Pública, que nem sempre habilitava os alunos *"as atividades dessa especialidade em função, principalmente de, ser levado ao aluno, no final do curso"*. E recomendam que os docentes dessa área exerçam orientação aos demais professores no sentido de que os estudantes tenham a oportunidade de vivenciar de forma integrada e durante todo o processo curricular os conteúdos sanitários e sociais.

Outro aspecto relevante: a enfermagem de Saúde Pública necessita integrar-se a outras equipes de profissionais e na comunidade, recomendando-se que as enfermeiras levem suas atividades aos outros profissionais e à comunidade.

Conclui, então, ARAÚJO (1997):

> ... *"Donde podemos inferir que os médicos sanitaristas brasileiros à semelhança das Enfermeiras de Saúde Pública, formavam um conjunto de profissionais submissos dominados por uma classe burguesa alojada dentro do Estado brasileiro e a hegemonia, pois ao certo cuidar de leprosos tuberculosos, maláricos e portadores de doenças venérias, ao que parece, não enriquecia ninguém, além de correr-se o risco de contaminação"*.

Nos estudos de SIMPSON, (1993)[88], historicamente tem relevo a organização das conferências nacionais de saúde, política participativa decretada pela lei (378) do ano de 1937, com orientações ao grupo cooperativo da área da saúde sob as políticas públicas de saúde no país. Aponta que, em 50 anos, só haviam acontecido nove (09) conferências. As sete primeiras estiveram restritas aos técnicos da área, isolando e reduzindo as informações para dentro do âmbito das instituições de saúde (ministério, secretarias estaduais e outras agências governamentais).

As conferências, divididas em quatro (04) grupos, refletiram as diferentes conjunturas nacionais bem como das instituições de saúde.

No 1º grupo, as conferências de 1941, com o ministro Gustavo Capanema, e a de 1950, com o ministro Pedro Calmon, cujos conteúdos mais significativos das discussões estimularam a noção de um campo institucional para o sanitarismo, que à época, encontrava-se vinculado ao Ministério da Educação e Saúde.

---

[88] Simpson, Clélia. Pontos a serem observados na Retrospectiva Histórica da Saúde Pública. Para uma análise – o imaginário das conferências nacionais de Saúde. Mestrado em Enfermagem de Saúde Pública, Curso de Mestrado da Universidade Federal da Paraíba. Anotações de sala de aula – manuscritos, 04 folhas.

No 2° grupo, a Conferência Nacional de Saúde, ocorrida no governo do Presidente João Goulart, em 1963. Época caracterizada por reformas de base, cujo Ministro era Wilson Fadul. Os temas mais discutidos volviam-se à situação sanitária, à municipalização, iniciando-se aí os pressupostos primeiros, do que, em 1986, chamar-se-ia de Reforma Sanitária.

No 3° grupo, a sanitarista Simpson, (1993), coloca a 4ª conferência de saúde, no ano de 1966, já estando o Brasil no período de exceção, 1964 a 1984.

No 4° grupo aconteceu a 5ª conferência, em 1975, cujo tema foi o sistema nacional de saúde; a 6ª conferência, em 1977, em cujo temário prevaleceram discussões em torno da extensão de cobertura, e a 7ª Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em 1980, cujo tema foi: Prevenção em Saúde, um Passo Adiante? Mesmo que, anteriormente, atividades organizativas de estudos na área da saúde, tenham sido iniciadas com a formação do CEBES (Centro Brasileiro de Estudo em Saúde), em 1976.

Nesta última conferência, a oposição às idéias mercantilistas já estavam organizadas e, em conjunto, lutaram pela renovação das idéias sanitaristas no país. As forças renovadoras, entre outras, foram CEBES, sindicatos e núcleos acadêmicos na área de medicina social.

Na 8ª conferência nacional de saúde, então, privilegia-se a discussão em torno da reforma sanitária, ocorrida em 1986. Nesta, pode-se observar intensa participação da sociedade civil, como temário, *"Saúde é dever do estado e direito do cidadão"*. Ficando a 9ª conferência de saúde, que ocorreu em 1992, com o tema *"Municipalização – sistema único de saúde – SUS"* (SIMPSON, 1993).

Nos anos de 1980, um grupo de trabalho foi formado interinstitucionalmente, contando com representantes do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Ministério do trabalho, da Previdência Social, Saúde, Educação e o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicadas.

Em 1989, nasce o Sistema de Informações sobre Crianças e Adolescentes – SINCAL (1989)[89]. Com o objetivo de traçar o perfil situacional sócio-econômico das crianças e adolescentes brasileiros, analisando-se condições familiares, escolarização e o contingente dessa população no mundo do trabalho. Essa proposta encontra-se no volume I, enfocando os anos de 1981, 1983, 1986 e 1987.

---

[89] Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística IBGE. Indicadores Sociais – Crianças e Adolescentes – Vol 2 Rio de Janeiro, IBGE, 1989, p.7-34.

O volume II, além dos estudos já citados, apresenta uma comparação entre a situação do Sudeste e do Nordeste do país. O Ministério do Trabalho fornece informações sobre a situação do trabalho formal desse segmento populacional.

Na composição do presente projecto, alguns desses informes serão considerados pela autora como dados que conduzem a uma maior compreensão do tema escolhido.

No Brasil continua a decrescer a proporção de crianças e jovens no conjunto da população brasileira. No Nordeste do Brasil, onde a proporção ainda é muito elevada, vem acontecendo sensível redução em função, também, do declínio da fecundidade.

Em 1988, por exemplo, no Brasil possuía cerca de 58 milhões de crianças e adolescentes, na faixa de 0 a 17 anos, representando 41% da população total, com um maior número na zona rural; 47,6%. e na zona urbana: 39,5%.

Quanto à mortalidade infantil em 1987 tenha decrescido em crianças menores de 1 ano por doenças relacionadas às diarréias e por desnutrição a maior parte das mortes infantis são, ainda, por causas evitáveis.

Tanto é que as crianças menores de 2 anos persistem os obituários por diarréias, e insuficiência respiratórias aguda. Nos anos de 1979/87, nas grandes regiões, uma redução proporcional do obituário por doenças diarreicas e desnutrição, segundo dados do IBGE (1989), provavelmente relacionada a Políticas Públicas na área da saúde, com o incentivo ao aleitamento materno e à terapia de reidratação oral.

Relativamente à mortalidade por causas externas (acidentes, envenenamentos, homicídios, e suicídios), ocorre, nesse período, uma elevação nos índices.

No ano de 1987, na faixa etária a partir dos 10 anos de idade, mais da metade da mortalidade se deu por causas externas; para os adolescentes, entre 15 e 17 anos, chega-se aos 66,4%.

Voltando aos dados do grupo de estudos SINCAL (Sistema de Informações sobre Criança e Adolescentes), tem-se conhecimento que a situação dos domicílios no Brasil é precária e alarmante; *"baixíssima"* taxa apresentadas de condições de acesso que a comunidade teria ao saneamento básico, lixo, e luz eléctrica. Uma população de 55,5% no domicílio de jovens de 0 a 17 anos, não tem condições de possuir um filtro de água.

Prosseguindo no tempo, os dados estatísticos e indicadores do IBGE, (1990), mostram avanços relevantes: a taxa de mortalidade infantil, além de considerado

indicador clássico na área da saúde, apresenta-se também, como índice de desenvolvimento social, não apenas quanto à situação biológica da população infanto-juvenil brasileira, mas também quanto à situação de moradia, nutrição, educação, e saneamento ambiental.

A mortalidade infantil no Brasil tem decrescido mais nas regiões urbanas do que nas rurais. A mortalidade infantil, em 1986, era de 68,2%; e 66,9%; em 1981 e 1983.

As desigualdades regionais relacionadas ao obituário infantil (taxa de mortalidade infantil – TMI), com dados da pesquisa nacional de domicílios de 1986, PNAD/86, apresentam-se, para 83, com a mortalidade de 103 por 1000 no Nordeste, enquanto Sudeste apresentava 45,3 por mil (IBGE/UNICEF,1989), na área rural do Nordeste aumentava para 116,4 por mil.

Os estudos elaborados pelo SINCAL no início dos anos 90, no seu volume 4, encontra-se o levantamento sobre a Pobreza, Família e as Crianças em situação de risco, evidenciando que houve uma relação entre parada econômica *"a piora na distribuição de renda é trágica, quando se considera os níveis de pobreza já existentes no país"* (IBGE 1992:9)[90].

Nos anos 90, mais da metade da população infanto-juvenil, 58,2%, era de pobres. Conseqüentemente, essa situação de pobreza atingiria, de forma indelével, as áreas de saúde, nutrição e educação dessas crianças e adolescentes. Os estudos são aprofundados, e no item Crianças Carentes, apontam que, no Brasil, nessa década, inicia-se com uma das piores distribuições de renda entre os países pobres do chamado terceiro mundo. Estados declinados no item, apresentam no país, desde as décadas de 60 e 70, a deterioração na distribuição de renda.

Ainda, através da Pesquisa Nacional de Domicílios, PNAD, 53,5% das crianças e adolescentes brasileiros faziam parte de famílias cuja renda mensal de ½ salários mínimos, em número absolutos significariam 32 milhões de pessoas.

Os estudiosos do IBGE (1992), apontam ainda a relevância de dois documentos na área da saúde cujo patrocínio seriam de organismos internacionais, que mesmo, após uma década, entende-se como atuais e obrigatória reflexão, o WORLD STRATEGY TO HEALTH FOR ALL BY 2000, WHO/GENEVA (1981) E PRIMARY HEALTH CARE, ALMA ATA, 1978, WHO/UNICEF, GENEVA,

[90] Ibidem, p.9, 11 (1992).

(1978). Eles se propõem a apontar algumas das idéias desses documentos relativos à assistência em Saúde Pública:

Defendem que os problemas de saúde e os sócio-econômicos estariam intimamente ligados. Reconhecem que as situações de saúde e as sócio-econômicas em muitos países são insatisfatórias, desalentadoras seriam suas perspectivas, com aumento constante de suas desigualdades internas. Além do que, registra que 1 bilhão de pessoas estariam aprisionadas à: pobreza, desnutrição, a enfermidades, *"desespero que minam suas energias"* (IBGE 1992:36).

Talvez aqui deva-se fazer um outro tipo de reflexão: a Análise retórica do ato utilizado no discurso do IBGE (1992), quando utiliza-se fartamente do eufemismo no parágrafo descrito anteriormente. Que 1 bilhão de pessoas estariam aprisionadas. Ora, onde em sã consciência, poder-se-ia aprisionar 1 bilhão de pessoas? Daí a afirmação:

> *"A maioria das mortes registradas nos países em desenvolvimento resultam de enfermidades infecciosas e parasitárias. Esses tipos de enfermidades revelam uma estreita relação entre as condições sociais e económicas vigentes, ao mesmo tempo que constituem obstáculos ao desenvolvimento social e económico"* (IBGE, 1992:36).

Além de identificar-se, neste discurso, o ato retórico produzido em função da instância (problema), ou seja, colocarem a responsabilidade das mortes, nos países em desenvolvimento (eufemismo), nas enfermidades infecciosas e parasitárias, situam o ato retórico como de "estreita relação" com as "condições sociais e econômicas vigentes", caracterizando essas duas condições como responsáveis, (obstáculos), ao desenvolvimento social e econômico. Ou melhor dizendo, as condições sociais e económicas seriam responsáveis pelas bactérias e parasitas assassinos, e considerados responsáveis, elas mesmas, (sociais e económicas) por elas mesmas existirem, (desenvolvimento social e econômico).

Essa situação identificada nos atos retóricos dessa afirmação encontra-se também intrinsecamente salientada pelo que ZIZEK (1996), aponta como ideologia cínica. Ele explica que se trata da aposição entre o Estado e o mercado. O Estado como agente superior externo que mantém a sociedade organizada através de estratégias de poder não transparente, e a auto organização espontânea da sociedade.

> *"É como se, no capitalismo tardio "as palavras não importassem", já não gerassem um compromisso: cada vez mais elas parecem perder seu poder de execução: o que quer que se diga, imerso na indiferença geral; o rei está nu e a mídia alardeia esse fato, mas ninguém parece realmente se importar – isto é, as pessoas continuam a agir como se o rei não estivesse nu"...* (ZIZEK, 1996:23)[91].

Ainda nos trabalhos do IBGE (1992), refletindo, como convida o estudo, na questão conceitual da atenção primária à saúde, entende-se como a possibilidade de acesso de todos os indivíduos e familiares pertencentes a uma comunidade, à assistência fundamental de saúde, concedidos por formas satisfatórias havendo plena participação comunitária e cujos custos o país possa pagar.

A declaração formulada como consenso nas discussões ocorridas na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, que se reuniu na Cidade de ALMA – ATA. (Rússia, antes das mudanças geopolíticas), nos dias de setembro de 1978, trata-se de um documento expressivo da necessidade de que todos os governos, todos que trabalhem na área da saúde, e desenvolvimento da comunidade no mundo, ajam com urgência, para proteger, promover a saúde de todos os povos do mundo.

Observe-se o item V:

> *"Os governos têm pela saúde de seus povos uma responsabilidade que só pode ser realizada mediante adequada medidas sanitárias e sociais. Uma das principais metas sociais dos governos, das organizações internacionais e toda a comunidade mundial na próxima década deve ser a de que todos os povos do mundo até o ano 2000, atingir um nível de saúde que lhes permita levar uma vida social e economicamente produtiva"* (O.M.S., 1979:2-3).
>
> *"Os cuidados primários de saúde constituem a chave para que essa meta seja atingida, como parte do desenvolvimento, no espírito da justiça social".*

---

[91] ZIZEK, Slavoj. O Espectro e o Real do Antogonismo, Inn Introdução, O Espectro da ideologia. Trad. Vera Ribeiro, Rio de Janeiro, Contraponto, 1996, p. 7-38, p. 23.

No texto produzido pelos pesquisadores VIACAVA e BAHIA, (1996)[92] eles procuram atualizar os dados para a pesquisa em assistência médica sanitária (AMS) que ocorre desde 1931 (Serviço de Estatística da Educação e Cultura) e a partir de 1975 em convênio com o Ministério da Saúde e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, (IBGE). Proveniente de pesquisa extensa são aprofundados os aspectos da estrutura física, perfil assistencial, produção de atividades, e recursos humanos na área de saúde em níveis de promoção, proteção, tratamento e reabilitação em saúde no Brasil.

Para o presente estudo, utilizar-se-à algumas dessas informações: Em 1992, no Brasil, existiam 50.000 (cinqüenta mil) estabelecimentos de assistência à saúde; no período de 1980 a 1986 houve um incremento de 8,6% no número desses estabelecimentos. Consequência do número de Centros de Saúde que quintuplicou no período.

Com relação aos Recursos Humanos[93], empregados, como médicos, ter-se-ia em 1992, 2.970.76, profissionais; e como enfermeiros (nível superior), ter-se-ia, para um mesmo período, 37.446, mil profissionais.

Quanto à legislação há de se destacar os trabalhos publicados de CARVALHO e SANTOS, (1992)[94], que tratam de comentários à Lei Orgânica da Saúde (Leis 8.080/90 e 8.142/90), do Sistema Único de Saúde.

Para esses estudiosos, essas leis motivaram um grande avanço no país, normalizados no texto Constitucional (1988[95], artigo 193, Título VIII da ordem social, Capítulo I), e na programação dos municípios.

Atente-se para o art. 6º do capítulo dos Direitos Sociais:

> *"São direitos sociais a educação, a saúde, o trabalho, o lazer, a segurança, a previdência social, a protecção, a maternidade e a infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição"*. E nos itens XVIII, XIX, XXV e XXXIII.

---

[92] VIACAVA, Francisco e Bahia, Lígia. Assistência Médico-Sanitária – Os serviços de saúde segundo o IBGE; dados, RADIS. Reunião, análise e Difusão de Informação sobre Saúde. FIOCRUZ, nº 20, novembro de 1996, p. 3-96).

[93] Ibidem, p.7 (1996).

[94] CARVALHO, Guido Ivan e Santos, Lenir (1992). Conclusões. In:---Sistema Único de Saúde. Comentários à Lei Orgânica de Saúde (Lei 8080/90 e 8142/90, p. 45-46, 393 p.

[95] Constituição do Brasil, 1988, CEPE, RECIFE, 1989, edição sem modificações. TÍTULO I. dos princípios fundamentais, pags. 11,13,18,19,20,56,57,58,101,106,107.

XVIII – "licença à gestante, sem prejuízo do emprego e do salário com duração de cento e vinte dias".

XIX – "licença – paternidade, nos termos fixados em lei".

XXV – "Assistência gratuita aos filhos e dependentes desde o nascimento até seis anos de idade em creches e pré-escola".

XXXIII – "proibição de trabalho nocturno, perigoso ou insalubre aos menores de dezoito anos e de qualquer trabalho a menores de quartorze anos, salvo na condição de aprendiz" (CONSTITUIÇÃO DO BRASIL, 1999).

E sucessivamente, no título VIII, da ordem social, seção II, do capítulo da Seguridade Social da Saúde, trata no artigo 196: *"A Saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às acções e serviços para a sua promoção, protecção e recuperação"*; no art. 197: *"São de relevância pública as acções e serviços de saúde, cabendo ao poder público dispor nos termos da lei, sobre a sua regulamentação, fiscalização e controle, podendo a sua execução ser feita directamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado"*; no art. 198, têm-se as acções organizativas do Sistema Único de Saúde:

> *"As acções e Serviços Públicos de Saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes directrizes:*
> *I – descentralização, com direcção única em cada esfera de governo;*
> *II – atendimento integral, com prioridade para as actividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais.*
> *III – participação da comunidade"* (CONSTITUIÇÃO DO BRASIL, 1989).

No texto da Carta Magna a ordem social (e nela a saúde) estão em relevância superior a ordem econômica, trata-se de uma questão de direito público elencada entre os direitos sociais.

A participação comunitária na formulação e gestão dos serviços de saúde; e a ampliação do conceito de saúde, antes considerado apenas *"serviços médicos assistenciais"*. Foi determinante, tendo como referencial entre tantos que lutaram em favor dos avanços na área de Saúde Pública. Carlos Gentile de Melo, a quem CARVALHO (1992), presta-lhe homenagem, no final do seu texto.

Outro avanço digno de ser mencionado, de forma relevante, é o Estatuto da Criança e do Adolescente em forma de Lei nº. 8.069 de 13 de julho de 1990.

É de interesse para a área de Saúde Pública no presente estudo que se destaque, no Livro 1 Parte Geral, Título II, Capitulo I , Do Direito à Vida e à Saúde da Criança e do Adolescente.

Cabe destacar alguns artigos:

> *"A criança e o adolescente têm direito à proteção à vida e à saúde, mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência"* (ESTATUTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE, 1999:24).

Ao publicar *"Comentários à Lei Orgânica da Saúde"*, CARVALHO e ***SANTOS***, em seu prefácio, ressaltam que qualquer pessoa do povo deve receber as acções governamentais previstas para conservação da sua saúde, e que, se tal não acontecer, tanto o sistema de saúde como o Estado, caracterizar-se-ão como devedores da sociedade. Consideram ainda como avanço que a constituição brasileira apresente a saúde como direito social e fundamental do ser humano.

Entendem, ainda, que a sociedade brasileira já teria formado, em sua consciência de colectividade, o conceito de saúde, apregoado pela Organização de Saúde (O.M.S.): um estado de completo bem estar físico, psíquico e social.

Artigo 2, ressalta-se o dever do Estado, de garantir a saúde, a formulação e execução de políticas económicas e sociais provedoras da redução de riscos e agravos à saúde, além de assegurarem o acesso universal e igualitário a todas as actividades e acções que devem ser ofertadas à população em meio aos níveis operacionais de promoção, protecção e recuperação dos indivíduos. Ainda neste artigo são determinantes da situação de saúde, os fenómenos económicos, políticos, antropológicos, educacionais, sociológicos e esportivos.

Evidencia-se:

> *"A saúde tem como factores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais"* (CONSTITUIÇÃO DO BRASIL, 1989).

O artigo 227 da Constituição, compete proteger os adolescentes em geral, inclusive os deficientes físicos, sensoriais e mentais:

> *"É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança e ao adolescente como absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão"* (CONSTITUIÇÃO DO BRASIL, 1989)..

No inciso 1º ainda se diz:

> *"O estado promoverá programas de assistência integral à Saúde da criança e do adolescente admitida a participação de entidades não governamentais e obedecendo aos seguintes preceitos:*
>
> *I. Aplicação de percentual dos recursos públicos destinados à saúde na assistência materno-infantil;*
>
> *II. A criação de programas de prevenção e atendimento especializado para os portadores de deficiência física, sensorial ou mental, bem como de integração social do adolescente, portador de deficiência, mediante o treinamento para o trabalho e a convivência, e a facilitação do acesso aos bens e serviços colectivos, como a eliminação de preconceitos e obstáculos arquitectónicos"* (CONSTITUIÇÃO DO BRASIL, 1989).

Ressalta-se, ainda, o atendimento especializado à criança e ao adolescente que se apresente dependente de tóxicos (entorpecentes e drogas afins).

Ao observar-se a regulamentação dos cuidados que o Estado Brasileiro, em seu discurso, diz ter, com a criança e o adolescente, através da lei 8069/90, evidencia-se a configuração do arcabouço gerencial que o Estatuto formata para a execução das acções como: a eleição dos componentes dos conselhos de Direitos tutelares, a exigência de Fundos Municipais Estaduais e Federal e, a co-gestão da sociedade civil. Não obstante, entende NETO (1999) que a situação das Políticas Públicas, no Brasil, apesar de todos esses mecanismos desencadeadores de atenções à população infanto-juvenil, apresenta dificuldades que necessitam de superação.

No art. 88, dessa legislação pertinente ao adolescente, estabelece-se o Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente. Competência desse Conselho, referendado em todos os estados e municípios da União:

> *I. "Formular a política de protecção, promoção e defesa dos direitos da criança e do adolescente bem como coordenar, controlar e fiscalizar a sua execução.*
>
> *II. Estabelecer critérios para utilização dos recursos, programas e acções de assistência integral à criança e ao adolescente, e fiscalizar a sua aplicação.*
>
> *III. Emitir parecer prévio à concessão de subvenção ou auxílio a entidades de protecção e defesa dos direitos da criança e do adolescente.*
>
> *IV. Receber, apreciar e manifestar-se quanto às denúncias e queixas que lhe forem formuladas.*
>
> *V. Estabelecer critérios para ingresso, permanência, promoção e aperfeiçoamento dos servidores públicos com exercício na justiça da Infância e da Juventude, delegacias especializadas e centros de acolhimento de crianças e adolescentes"* (ESTATUTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE, 1999:96-97).

Interessa-nos mais de perto, os artigos que seguem:

Art. 13: *"Os casos de suspeita ou confirmações de maus-tratos contra crianças ou adolescentes serão obrigatoriamente comunicados ao Conselho Tutelar da respectiva localidade, sem prejuízo de outras providências legais".*

Art. 14: *"O Sistema Único de Saúde promoverá programas de assistência médica e odontológica para a prevenção das enfermidades que ordinariamente afectam a população infantil, e campanhas de educação sanitária para os pais, educadores e alunos"* (ESTATUTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE, 1999:26).

Ainda no título do Conselho Tutelar, capítulo das Disposições Gerais:

Art. 131. *"O Conselho tutelar é órgão permanente e autónomo, não jurisdicional, encarregado pela sociedade dos direitos da criança e do adolescente definidos nesta lei."*

Art. 132. *"Em cada município haverá no mínimo, um conselho tutelar de cinco membros, escolhidos pela comunidade local para o mandato de três anos permitida uma recondução"* (ESTATUTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE, 1999:57).

Através dos princípios, acima referidos, ficam os cuidados à criança e ao adolescente, no Brasil, definidos e propostos. A constatação de que essas definições e proposições sejam efectivadas no quotidiano dos adolescentes brasileiros, serão verificados no capítulo em que tratar-se-á da saúde pública do adolescente no Brasil.

Os discursos que o Estado/governo e Estado/nação como retores realizam sobre a população de adolescentes e jovens no Brasil, serão analisados historiograficamente nos estudos de geopolítica económica, de saúde, social, legislativo e lingüístico (onde prevalecerão as análises discursivas dos governos J.K e F.H.C, bem como dos médicos sanitaristas e enfermeiras de Saúde Pública, em estudos sobre os adolescentes e jovens brasileiros) nos capítulos 5 e 6, do presente trabalho.

Entende, assim, a pesquisadora que esses elementos categorizados evidenciarão não apenas os fenômenos que envolvem os adolescentes e jovens brasileiros, mas, fundamentalmente, a composição de suas essências, tornadas visíveis com a análise sócio-lingüística dos discursos retóricos ideológicos.

Com relação ao arcabouço jurídico-institucional, apresenta-se a situação da criança e do adolescente, no Brasil, interpretado de forma sistemática por preceitos legais, e protegidos por um Direito Sanitário.

Contudo, os fatos relatados no aprofundamento dessa pesquisa, objetivando compor a historiografia da Saúde Pública do Adolescente Brasileiro, o grupo etário de interesse no presente estudo, pretende-se demonstrar, nos discursos científicos produzidos pelo próprio Estado/Governo, que não é bem assim.

No texto produzido pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância – (UNICEF): a Infância Brasileira nos anos 90, (1998)[96] destaca-se no item: *"Equidade nos Gastos com crianças e adolescentes"*, dados do Banco Mundial, que 57% da pobreza no Brasil atinge crianças e adolescentes na faixa etária de 0 a 17 anos; e que entre as conseqüências da pobreza que atingem os jovens, a desnutrição e o trabalho infantil são um dos mais perversos.

Considere-se agora um inusitado parágrafo, deste estudo, pleno de sofismas:

> *"Nos últimos anos, vêm crescendo na sociedade brasileira o sentimento de que medidas mais drásticas devem ser tomadas no sentido de minimizar as tensões sociais decorrentes de uma distribuição de renda extremamente desigual, fazendo com que significativos contigentes populacionais não consigam atender aos requisitos mínimos a uma vida digna"* (UNICEF, 1998:41).

Apesar do discurso elucidativo, um órgão Internacional, com poderes restritos às nações, cujos governos desencadeiam sistemas causadores da situação descrita, limitam-se a informar situações de intenso sofrimento e degradação da população brasileira.

E ainda, JESSUI, Serguem (1997) em um relato com o título: *"Não dá para Engolir"*[97], apresenta conclusões produzidas por ocasião de um encontro no Estado de Minas Gerais, de um grupo de entidades não governamentais (ONGS a Visão

---

[96] FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA, UNICEF – A Emergência da Questão da Criança e do Adolescente na Agenda Pública. In:----, A Infância Brasileira nos anos 90, Brasília, UNICEF, 1998, p. 152-156, p. 41, 170.

[97] SILVA, Sergem Jessui Machado, Director Executivo da Visão Mundial. Revista da Visão Mundial, World Vision, 1997. Nota – SOFISMAS – aqui visto como uma forma embelezadora de atitudes e fatos condenáveis.

Mundial). A preocupação das discussões residiam nas práticas de abuso e exploração sexual sofridas pelo grupo infanto-juvenil, algumas apontadas a seguir:

1. O abuso e a exploração sexual em sua maioria ocorre dentro da família da vítima e por parte de parentes próximos, como padrasto e pais; e muitas vezes com consentimento da própria genitora da criança ou do adolescente;
2. Um grande número de crianças e adolescentes são levadas às práticas abusivas para não morrer de fome;
3. O contingente de profissionais sem qualificação ligados a instituições, que prestam assistência a essas vítimas, por vezes pioram a situação das mesmas.

Entende, ainda esse autor, que o sistema de comunicação do país divulga os acontecimentos de abuso e violência sexual à criança e ao adolescente, mas não se percebe sensibilização nem mobilização da comunidade para lutar contra esses crimes,

Ao que parece, o arcabouço, montado no país, de leis e regulamentos em favor da criança e do adolescente apresenta-se, por vezes, em um verdadeiro CALABOUÇO, onde esse segmento populacional é marginalizado. Estariam aqui os estudos de REICH, Wilhem, (1988),[98] na primeira parte em que trata do *"O Fiasco da Moral Sexual"*, e no subtítulo *"A Família Compulsória e a Educação"* nos quais revela os malefícios da estrutura ideológica montada para que a família compulsória, (família que origina, reproduz e produz a sociedade ideológica autoritária formadora também do Estado/governo ideológico/coercitivo/autoritário), subsista, com a autoridade apresentando-se, na maioria das vezes, como o único instrumento social de sobrevivência desse tipo social de família. Sabe-se que o violentador, o homem ou a mulher que pratica atos de violência e abuso sexual contra as crianças e os adolescentes, foram, no mais da vezes, eles próprios vítimas de violências e abusos sexuais anteriores em suas vidas.

É importante que esses grupos de estudiosos vislumbrem um pouco da origem e formação da família sobre os auspícios ideológicos coercitivos no sistema social e econômico capitalista donde forma-se o indivíduo com todos os conflitos inerentes aos sentimentos e pulsões reprimidas e erroneamente conduzidas pelo autoritarismo nas famílias compulsórias. A cultura adultocêntrica (onde o adulto é o marco

[98] REICH, Wilhem, 1988.

referencial e as crianças e adolescentes, via de regras, seus subalternos) tem, ao que parece, suas origens bem fundamentadas na família compulsória (natural/autoritária).

Então, mesmo e apesar de montar um arcabouço legal em favor da criança e do adolescente vitimado, a burguesia brasileira cuida de divulgá-lo como retrata alguns órgãos governamentais e não governamentais, em sua maioria muito bem intencionados, como por exemplo:

> *"A Rede Estadual de Combate ao Abuso e exploração Sexual de Crianças e Adolescentes que tem como objetivo articular e qualificar ações relativas ao abuso e exploração sexual de crianças e adolescentes, garantindo a eficiência e funcionamento dos mecanismos de defesa dos direitos"* (CARTILHA, s.d. e sem numeração de páginas).

Esses direitos, relaciona-os na parte de uma Cartilha (s.d.)[99], que diz: *"O que diz a Lei"*, e refere-se ainda à Constituição Federal do Brasil Art. 227, inciso VII, parágrafo 4º - *"A lei punirá severamente o abuso, a violência e à exploração sexual da criança e do adolescente"* (s.d. sem numeração de página).

No Estatuto da Criança e do Adolescente (E.C.A.) – 8.069/90 Art.5º - lê-se:

> *"Nenhuma criança ou adolescente será objeto de qualquer forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão, punida na forma da lei. Qualquer atentado por ação ou omissão aos seus direitos fundamentais"*. Art. 18º *"É dever de todos velar pela dignidade da criança e do adolescente, pondo-os a salvo de qualquer tratamento desumano, violento, aterrorizante, vexatório ou constrangedor"* (ESTATUTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE, 1999:24).

Além de citar o Código Penal Brasileiro relacionado a violações de ordem sexual, crimes contra a liberdade sexual: estupro Art.213, atentado violento ao pudor Art.214, dos crimes de sedução e da corrupção de menores, (seduçãoArt.217) e corrupção de menores Art.218. Contudo, ficam na dependência de configurar-se crime

---

[99] CARTILHA, Abuso e Exploração Sexual da Crianças e Adolescentes, Vamos falar sobre isso, s/d. CASD, Pernambuco, Brasil, páginas não numeradas. C.ªS.D. - Coordenadoria de Assistência Social e dos Direitos da Criança e do Adolescente, - Prefeitura Municipal do Recife, PE - Brasil.

ou violação da lei, que os pais ou responsáveis pela criança e pelos adolescentes procedam queixa ou representação contra o crime praticado, caso contrário, o estado/governo burguês manter-se-á surdo-mudo-cego (ideológico) à vítima e ao crime cometido.

Outra situação marginal e criminosa a qual é submetida à população juvenil (adolescente) e, por não poucas vezes, à infantil, no Brasil, é a constatada pelo Instituto de Pesquisa Económica Aplicada (IPEA), em relatório discutido em seminário levado a efeito pela Organização Internacional do Trabalho (OIT) e publicado pelo Diário de Pernambuco (2000)[100], jornal de circulação comercial, ano de 1998: no Brasil, trabalham cerca de 4 milhões crianças e adolescentes com menos de 16 anos. Destes, 378 mil são empregados domésticos. Tanto é que, o Seminário promovido pela Organização Internacional do Trabalho em Brasília, em junho de 2000, teve, entre outros objectivos, discutir estratégias de erradicação do emprego doméstico infantil.

É até desnecessário acrescentar que essas crianças e adolescentes fazem parte de famílias cujo renda familiar é abaixo do salário mínimo do país, como demonstra o Instituto de Geografia e Estatística (IBGE), para os anos 80/90. Ou seja, são crianças e adolescentes da classe social oprimida, esmagada pela estrutura/superestrutura (coercitivos), Gramscianos e pelos aparelhos de Estados Ideológicos, Althusserianos. (AI.E)

Em outro estudo, publicado na rede DADOS/RADIS, *"Perfil dos médicos"* PEDROSA NETO e CARVALHO (1996), lançam a idéia da realização de uma pesquisa que procurasse conhecer o perfil dos médicos no Brasil, tendo sido viabilizada, em 1994, através de instituições como Conselho Federal de Medicina, Associação Médica Brasileira e a Federação Nacional dos Médicos. NASCIMENTO (1996), viu, concernente à pesquisa, que o debate sobre as políticas de saúde no país levadas a efeitos após a implantação do Sistema Único de Saúde - SUS, apresentaram-se de uma forma a que a hegemonia médica na área estaria evidenciando que o médico pertence, atualmente, a uma equipe multidisciplinar não mais como profissional onde *"o que " "para que"* são volvidos todas as atenções da saúde. Apesar de que, o profissional médico, no Brasil, ainda apresente-se de forma, culturalmente, destacada para a população.

---

[100] JORNAL DIÁRIO DE PERNAMBUCO, País tem mil crianças no trabalho doméstico, Brasil, A6, Brasília, 9 de Junho de 2000.

Entendem, ainda, que o Sistema de Saúde atravessa uma crise sem precedentes, com a população a preocupar-se mais com o SUS do que com a segurança, educação, ou outros valores. Considerando relevantes numa população que vivencia como problemas baixa remuneração, condições de trabalho muito ruins, dificuldades para se capacitarem.

Enquanto isso ocorre o processo de lutas empreendidas para a superação desses são as realidades da mortalidade perionatal e neonatal, como o segmento populacional de mulheres em idade fértil, (15-49 anos), e as gestações na adolescência que envolvem o segmento, aqui selecionado para discussão.

Apraz-nos pois, que aponte-se alguns momentos do Fórum Nacional de Assistência que traz à tona a conjuntura dos anos 90, contextuada nos princípios neoliberais de Estado, onde as conquistas sociais são visualizadas como emoldurados por um passado apegado a circunstâncias superadas e não mais existentes.

Destaca, ainda, que a marca visualizada, nesta década, é o descompromisso dos governos em superarem ou atenuarem a exclusão social a que o sistema sócio-econômico lançou os seres humanos.

Ao que parece, as políticas promovidas pelo governo não se têm apresentado capazes de promoverem a sociedade e o respeito às necessidades humanas.

O estudos dos agravos à saúde humana e seu constitutivo causalidade, entende-se pelos estudos de FONSECA (1997)[101], como um dos mais importantes no estudo da Epidemiologia.

Já ressalta BREILH, apud EGRY (1996), que a Saúde Pública tradicional organiza-se de forma fenomenológica, cuja etiologia seria a causação das doenças vista de forma individualizada, ao passo que a Saúde Coletiva determina a história como processo coletivo de produção dos estados/doença, na Saúde Pública, os métodos de eleição são os empírico analítico (estrutural-focalista) popperiano ou fenomenológico, na saúde colectiva o método é o materialista dialético.

> *"Enquanto a Saúde Pública centra sua ação a partir da ótica do Estado, com os interesses que este representa nas sociedades capitalistas, a Saúde Coletiva se coloca como recurso de luta*

[101] FONSECA, Rosa Maria Godoy Serpa; BERTOLOZZI, Maria Rita, SILVA, Isília Aparecida. A Saúde Pública e Saúde Coletiva. O uso da Epidemiologia Social na Enfermagem de Saúde Coletiva. Série Didática: Enfermagem no SUS. Associação Brasileira de Enfermagem, Brasília, 1997, p. 31-34.

popular e da crítica - renovação estratégica de que fazer estatal" (BREILH apud EGRY, 1996:66).

Situa esta pesquisa, (materialismo histórico) com a abordagem técnica da análise retórica (atos e instâncias retóricas), em consonância com a Saúde Coletiva, compor-se-á também argumentativamente em favor da Epidemiologia crítica, porquanto adotados estão os postulados da reforma sanitária brasileira.

Ao buscar-se os primórdios da enfermagem no mundo, têm-se, no século XIX, o cuidado dos doentes feitos pela Enfermeira Florence Nightingale, com a organização sistemática e os conhecimentos difundidos na Europa e Américas.

Contudo, Miss Florence, antes de estruturar-se na sua escola em Londres, (fundada com recursos doados pelo prêmio que recebeu do governo Inglês e da sociedade londrina, por sua atuação na Guerra da Criméia, ao reduzir a mortalidade entre os soldados ingleses feridos), procurou melhor formar-se nas escolas alemães de enfermagem. O ambiente e os cuidados higiênicos, também pessoais, foram o marco conceitual estruturadores em que Miss Florence fundamentou a enfermagem moderna.

No Brasil, como já foi dito anteriormente, os religiosos católicos romanos procediam aos cuidados com os doentes auxiliados pelos nativos, por pessoas marginalizadas da sociedade de então, pois uma das mais fortes motivações do pensamento católico-cristão eram as penitências. As criaturas de Deus que, segundo a visão religiosa católica, estariam em pecado, com atitudes penitentes (cuidando dos doentes) atingiam o perdão divino. Tornou-se portanto o cuidar dos doentes, tanto uma atividade religiosa (penitência) como científica por quanto a maior parte dos conhecimentos humanos ainda eram formados, e muitas vezes lá ficavam, nas Instituições Católicas Romanas. Não fosse a revolução protestante, grande movimento religioso/social/econômico/popular de abordagem reformista ANA BATISTA acontecido no Século XVI (CÁCERES, 1996)[102], estaria o mundo hoje *no "Glaustro"*, não sendo tão visionário imaginar-se que o mundo estivesse ainda retido aos muros dos mosteiros feudais.

Ao que parece, alguns países ainda estão, pelo menos na área social, econômica e conseqüentemente de saúde, porquanto no sistema político-econômico neo liberal, prevalecente, nos chamados países desenvolvidos, guardando semelhanças com o sistema feudal: o campônio tinha toda liberdade desde que as premícias de seu

---

[102] Cáceres, Florival. Reforma Protestante e Reforma Católica. In: História Geral, São Paulo, Moderna. 1996, p. 166-176 e p. 169.

trabalho, sua lavoura e sua família, estivessem a serviço do senhor feudal (Estado/governo/neoliberal que funciona apenas para os políticos, sua família e amigos), ao povo ficam às migalhas da mesa... quando caem. Por isso se diz que o Estado governo liberal é mínimo (servindo só aos familiares dos políticos).

Apesar de Miss Nigtingale ser de orientação religiosa anglicana (talvez isso explique porque seu único livro só tenha sido traduzido para língua portuguesa, no Brasil, nos idos dos anos 1980) a orientação profissional de enfermagem foi trazida, no Brasil, por Miss Ethel Pearson, juntamente com mais ou menos dez companheiras dos Estados Unidos da América do Norte, a pedido do Diretor do Departamento de Saúde Pública do Brasil, em 1922.

Há algum tempo no Brasil procura-se estudar a real situação do enfermeiro e os excercentes (o enfermeiro como profissional graduado e os excercentes auxiliares de enfermagem e técnicos de enfermagem de instrução média).

Em um primeiro esforço, foi realizado, pela Associação Brasileira de Enfermagem, fundada em 1926, e filiada ao Conselho Internacional de Enfermeiras - CIE, em 1929, o levantamento de recursos e necessidades de enfermagem, no Brasil, no período de 1956-1958.

Outro trabalho sobre as práticas de enfermagem realizados nosso País foi de SANTOS e VIEIRA (1979)[103] onde se formulam algumas indagações quem e quantos somos, como se situa esse grupo ocupacional administrativamente, que atividades realizam?

Tenta-se, no momento, distinguir apenas alguns elementos deste estudo, como por exemplo: dizer dos pesquisadores que constataram, a nível de mercado, que a enfermagem não seria identificada como uma profissão e sim como força de trabalho assalariado, exercendo tarefas designadas pelos seus empregadores. O enfermeiro encontra-se em situação conflituada ao deparar-se com a necessidade de tarefas burocráticas e aquelas que são específicas de assistência ou cuidado ao cliente.

Outro estudo sobre a situação da enfermagem brasileira é relatada em 02 volumes pelo Conselho Federal de Enfermagem (COREN, 1985)[104] e vários outros órgãos nacionais e internacionais. No volume I, propõe-se o estudo da força de trabalho em enfermagem abrangendo áreas críticas como composição, características

---

[103] SANTOS, Isabel dos e VIEIRA, Cesar Augusto de Barros. Análise Critica da Prática Atual de Enfermagem no País. Folhas xerocadas (1979).

[104] Conselho Federal de Enfermagem e Associação Brasileira de Enfermagem. Prefácio, In O exercício da Enfermagem nas Instituições de Saúde do Brasil, 1982/1983. Força de Trabalho em Enfermagem. Rio de Janeiro, 1985, p. XI.

demográficas, nas várias categorias que compõem a enfermagem. Situação empregatícia, grau de mobilidade no emprego, entre outros temas de interesse das categorias. O volume II foi consignado com o título de Enfermagem no Contexto Institucional.

No período que vai de 1964 a 1983, o documento produzido pela enfermagem brasileira comprova que a organização e o funcionamento do Setor Saúde no Brasil apresenta uma clara hegemonia do setor privado na prestação de serviços e que 75% dos leitos hospitalares disponíveis estariam na rede privada de hospitais.

Em entrevista a Revista NURSING (1999)[105], a presidente da Associação Brasileira de Enfermagem (ABE), Prof. Eucléa Gomes Vale, gestão (1999-2002), coloca que a Associação atualmente (1999) encontra-se em 24 seções de 26 regionais. Tem estatutos, e a proposta é concentrar-se em trabalhos que envolvam *"a defesa e consolidação da enfermagem como prática social em favor da vida"* (NURSING, 1999:10), promovendo a viabilização do desenvolvimento técnico, científico, profissional e político da enfermagem brasileira.

A presidente destaca, entre algumas ações e planos da ABEn:

- Dar ênfase ao papel da ABEn como articuladora e interlocutora das organizações de enfermagem, no que se refere às instâncias formuladoras de políticas de recursos humanos e outras.
- Continuar na defesa intransigente do Sistema Único de Saúde.

FRIEDLANDER, (1995)[106], em outros estudos sobre a situação da enfermagem no Brasil, diz ser um desafio para o educador tentar prever o futuro do profissional que ele está formando.

Sugere sejam levantadas algumas questões que tenta elucidar em seus estudos.

Dessas, serão analisadas nos procedimentos definitivos do presente estudo: como será o homem (cliente e enfermeiro) nos próximos milênios?

- Como será o trabalho desse enfermeiro? FRIEDLANDER, (1995)[107].

Uma outra estratégia técnica e política adotada pela Associação apresenta-se sob a forma do Projeto PIPASC – que se refere à Classificação das Práticas de

---

[105] Revista Nursing, ABEn se Destaca como a primeira das Organizações de Enfermagem, Entrevista a Profª Eucléa Gomes Vale. Maio de 1999, p.10.
[106] FRIDLANDER, Maria Romana. A formação do Enfermeiro nos Próximas Décadas Revista Âmbito Hospitalar, Enfermagem, 91/95, p. 57-61.
[107] Ibidem, nº, p.10, 1999.

Enfermagem em Saúde Coletiva no Brasil, com relação a sua prática, a busca do entendimento dos processos de trabalho onde estão contidas, o que os determina de forma política e social, as *"necessidades da descrição sistematização e classificação das intervenções de enfermagem"* (ABEn, 1999:3)[108].

Em um dos objetivos propõe-se a dar contribuição, ao desenvolvimento transformando e legitimando as práticas de enfermagem em Saúde Coletiva no Brasil. Projeto este, realizado em conjunto com o Conselho Internacional de Enfermeiros - CIE e apoiado financeiramente pela Fundação W. K. Kellok, encontrando-se em 1999 em seu terceiro ano de funcionamento.

Com fins de divulgação e compartilhamento, foram produzidas publicações como a série didática enfermagem no SUS, e a quarta publicação com o título de Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva no Brasil - CIPESC (1999)[109], organizado em 03 partes.

A versão Alfa com a proposição da CIE, apresentando a Classificação Internacional da Prática de Enfermagem - CIPE, e considerações sobre a versão Beta (construção brasileira dessas práticas), buscando entender-se a proposta brasileira no que concerne à proposta de modelo assistencial.

Outra estratégica de ação da ABEn, na busca de assistir com dignidade à população brasileira, foi procurar, através da Coordenação da Área de Saúde do Adolescente do Ministério da saúde, apresentação de uma proposta de trabalho que, conforme os estudos de RAMOS,[110] (1999), partiu da necessidade da enfermagem brasileira em intrumentalizar-se em busca de assistir, de forma compromissada, o adolescente brasileiro de formas a promovê-lo integralmente.

Objectiva-se com o trabalho acima, a criação de infraestrutura para implantação de: promoção da sensibilização do profissional de enfermagem com perspectivas na integridade; instrumentalização dos profissionais de enfermagem para trabalharem com adolescentes; realização de eventos de impacto em todo o país; e,

---

[108] Associação Brasileira de Enfermagem. Projecto Classificação das Práticas de Enfermagem em Saúde Colectiva no Brasil - Folder, Conselho Internacional de Enfermagem. Apoio Fundação W. K. Kelloy. P. 4 folhas.

[109] Associação Brasileira de Enfermagem. Apresentação, In: A Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva" CIPES/Org. Tânia Couto Machado Chianca, Maria José Moraes Antunes, Brasília, Associação Brasileira de Enfermagem, 1999, p. 3 e p. 356.

[110] RAMOS, Flávia Regina. Adolescência. A enfermagem e o Adolescente Brasileiro, com Amor é Outro Papo. Informativo da Associação Brasileira de Enfermagem Órgão Oficial da Associação Brasileira de Enfermagem. Ano 41 – nº 2, abril/maio/junho de 1999. Associação Brasileira de Enfermagem. Enfermagem Cuidando do Adolescente e Jovem Brasileiro. Projeto Adolescente – Brasil – Ante-Projeto, Brasília, julho de 1999, p. 10, folhas xerocadas.

por fim, a organizacão de rede de referência para a capacitação de profissionais de enfermagem no país e na América Latina.

Ao procurar-se fundamentar estes estudos nas atividades dos sanitaristas brasileiros, têm-se inicialmente os estudos de BARROS, (1997)[111], em conferência proferida por ocasião do V Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva e V Congresso Paulista de Saúde Pública, em Águas de Lindóia, no interior paulista.

A sanitarista diz em seu pronunciamento, *"A Polêmica Função do Estado nas Sociedades Modernas"*, não acreditar em apenas um caminho histórico. Ela apresenta discordância de que a dimensão econômica explique toda a realidade inclusive o fim do Estado Nação. Lança então o questionamento: não seria então a realidade também explicada por

> *"traços culturais, conquistas históricas e identidades nacionais? Será que nas sociedades globalizadas o Estado é incapaz de impor limites à exclusão de renda? Será que não há macanismos construídos pela sociedade de poder fazer com que o Estado opere no futuro, colocando limites a este mercado selvagem? (Ministério da Saúde)"* (ABRASCO, 1997:4).

Essa estudiosa, citando o sociólogo português, Boaventura de Souza Santos, formula alguns argumentos definindo o momento atual como de *"perigo"*. Ao mesmo tempo colocando-se às sociedades diante de muitas opções e a *"redescoberta de razões"*.[112] Propõe, que, como compromisso, repense-se o passado, formulando questionamentos poderosos, para que a verdade dos dominantes seja colocada em xeque.

Outra proposta da conferencista seria a de que *"a sociedade do futuro exigirá ações e alianças entre organizações não governamentais e sindicatos com pautas renovadas"*.

A instância identificada no discurso de BARROS seria que a dimensão econômica não mais explicaria toda a realidade. E o ato retórico para fazer frente a

---

[111] CONGRESSO BRASILEIRO DE SÁUDE COLECTIVA E V CONGRESSO PAULISTA DE SAÚDE PÚBLICA, SAÚDE, Responsabilidade do Estado Contemporâneo, BOLETIM DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLECTIVA (ABRASCO), ano XV, jul./set. de 1997, p. 04.

[112] Ministério da Saúde. Eugênia Lacerda, et all, O Sus e o Controle Social: Guia de referência para Conselheiros municipais, Brasília, 1998, p. 78. 83p. Produção oportunizada pela Coordenação de Informação, Educação e Comunicação do Ministério da Saúde apoiadas por textos produzidos pela Universidade de Brasília.

essa instância seria, entre outros, que a sociedade do futuro deveria ser movida a alianças com órgãos não governamentais e os sindicatos com *"pautas renovadas"*.

A ideologia presente neste ato retórico reside, entre outros, de que, ao que parece, pelos dados estatísticos sobre a Saúde Pública, do povo brasileiro, e em especial do adolescente, e seus familiares, que nem ao menos as pautas sindicais históricas, foram, muitas delas, ainda, sequer, visualizadas pelo estado/governo, enquanto nação (aqui considerados A.I.E.), questionar-se-ia poderosamente, já neste momento, acompanhando um dos atos retóricos do discurso de BARROS: que se dizer das pautas renovadas? Ou pode-se pensar: que um Estado/Nação de perfil político econômico dominante/hegemônico neo liberal, com o conseqüente perfil filosófico do *"Estado mínimo"*, apresenta-se como concentrador de renda e excludente socialmente?

Configurando assim, um Estado/Nação cujo segmento demográfico, sendo o adolescente brasileiro, que, ao que parece, a política gerativa, intervencionistas e regulatórias providenciadas pelos governos de perfil neo liberal, (JK e FHC), não seriam contextualizados nos ideários de BARROS e BOAVENTURA.

Não obstante, os intelectuais orgânicos actuantes na área da Saúde Pública brasileira apresentam-se com propostas e projectos que propiciaram debate em vários fóruns pelo país. Concretizando-se na formação do texto constitucional de 1988, pelas leis 8080/90, 8142/90, que regulam o Sistema Único de Saúde (SUS), e a lei 8069/90 gerativa das acções em favor das crianças e dos adolescentes brasileiros.

Desde então, o *"Estado Forte"* dos ideários de BARROS, impregnados da burguesia mercantilista e dos intelectuais tradicionais intervêm e regulam essas leis, ao que parece, gerando e intervindo para que o Estado burguês torne-se mais *"forte"* e a nação /adolescer/jovem, mais *"fraca"*.

Contextualiza-se assim o Sistema Único de Saúde – SUS e o Estatuto da Criança e Adolescente, que, apesar das mudanças infringidas pelo modelo geopolítico/oligárquico neo liberal, adoptado parcialmente pelo governo J.K e quase integralmente pelo governo FHC, (guarde-se algumas ressalvas a políticas gerativas e intervencionistas nas áreas administrativas dos ministérios da Educação e da Saúde), conseguem, ao menos, servir como obstáculo ao modelo mercantilista.

A descrição, ainda no V Congresso da Saúde Pública, trazida ao debate por JATENE e JORGE (1997)[113] dizem que em 1994 os gastos do Brasil com a saúde estão diminuindo, se comparado com todo o contexto dos investimentos sociais. Ficando a saúde com 16,9% dos gastos, e reduzido, em 1996 para 14,2%.

JATENE (1997)[114], confirma o contexto, ao afirmar que a Constituição do país já estabelece que os gastos com a saúde configure-se em 30% do orçamento da segurança social.

Ao observar-se as constituições que fundamentaram as políticas públicas dos governos de JK (constituição de 1946)* e as do governo de FHC (constituição de 1988), constata-se que a criança e o adolescente brasileiro encontram-se referenciados. Tome-se como exemplo, os artigos 147 e 157 da constituição de 1946, em que proíbe-se o trabalho infantil:

Ao tratar da família, essa constituição, diz ser obrigação assistir, em todo o território nacional, à maternidade à infância e à adolescência.

Na observância da constituição fundamentadora das acções do governo FHC, (1995-2002), promulgada em 5 de outubro de 1988**, ressalta-se alguns elementos norteadores:

No art. 3ª, que trata dos objectivos fundamentais da República Federativa do Brasil:

III- erradicar a pobreza e a marginalização e reduzir as desigualdades sociais e regionais;

IV- promover o bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação.

Logo, a historiografia até aqui esboçada no presente estudo, focalizando a Saúde Pública, do adolescente brasileiro, apontam que nos períodos presidenciais de: Juscelino Kubistchek, (1956-1960) e Fernando Henrique Cardoso (1995-2002), a

---

[113] JORGE, Eduardo, participante da mesa de debates: Financiamento do sector saúde e a reforma do Estado, coordenada pelo ex-ministro da saúde Dr. Abid Jatene, Eduardo Jorge é deputado pelo partido dos trabalhadores.

[114] JATENE, Adob, coordenador da mesa, citada anteriormente, no V Congresso Brasileiro de Saúde Colectiva e V Congresso Paulista de saúde Pública pela Associação Brasileira de Saúde Pública. ABRASCO, e Associação Paulista de Saúde Pública e pela Faculdade de Saúde Pública da USP, Universidade de S. Paulo, realização em Águas de Lindóia – S. Paulo, 1997, p. 9.

*Brasil. Constituição do Brasil de 1946.

** Brasil. Constituição do Brasil, 1988, CEPE, Recife, 1989, edição sem adenos, título I, dos Princípios Fundamentais, p. 11,13,18,19,20,56,57,58,101,106,107.

situação de saúde/doença do adolescente brasileiro não parece guardar muitas semelhanças com o *"Estado do Futuro"* (*"riscos previsíveis políticas gerativas"*, *"Estado Forte"*) idealizado por BARROS. Quanto aos ideais de BOAVENTURA (*"construção de alianças em torno das concordâncias"*), fica um tanto quanto, desfocadas. Como pensar-se em milhões de indivíduos abaixo da linha de pobreza, (no Brasil, na gestão FHC, mais de 30 milhões de pessoas sobrevivem com menos de 1 dólar por dia), *"construindo"* *"alianças"* e *"concordâncias"* como os 20% mais ricos da população? Mas, as dificuldades não se apresentam só aí, os estudos até aqui consultados de órgãos Nacionais (FIOCRUZ, IBGE, M.S. e outros) bem como os internacionais (ONU, UNICEF, OPAS), apresentam situações concretas de saúde/doença, onde as políticas gerativas intervencionistas e regulatórias, têm apontado para caracterização.

Na composição historiográfica dos Ministros da Saúde do período CARDOSO, tem-se o Ministro Adib Jatene, no ano de 1996, e o Ministro Carlos César de Albuquerque, em 1998, pouco antes do Ministro José Serra (1998-2001).

Ressalta-se, no contexto Jurídico-Formal, a composição das leis orgânicas da saúde nº. 8.080/90 e 8.142/90 o decreto nº. 99438/90 e as normas operacionais básicas (NOB), nos anos de 1991 e 1993, e a de 1996 editada no ministério de Albuquerque, fundamentando-se em definir estratégias para operacionalização do sistema.

O interesse em trazer ao debate público o significante das políticas económicas e sociais que deveriam atuar em favor da saúde da população, motivaram a realização do I Simpósio Política Nacional de Saúde, pela comissão de Saúde da Câmara Federal[115], diligenciados pelos, a época (1979), deputados Ubaldo Dantas e Castro Coimbra. Foram debates ao pronunciamento do conferencista Roberto Santos, envolvendo a saúde em diversos contextos como o econômico, social, desenvolvimento de Recursos Humanos, descentralização, regionalização, estabilização, privatização, políticas de saúde no Brasil nos últimos 50 anos, e na sessão de temas livres, discurso SÉRGIO AROUCA (1979)[116], sob o título

---

[115] CORDEIRO, Hésio. I simpósio sobre Política Nacional de saúde, debatedor da Conferência do sr. Roberto Santos, com o tema: A Saúde no Contexto do Desenvolvimento Social e Económico, Brasília, 1979, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, p. 39, 19-60p.

[116] AROUCA, Sérgio Democratização e Saúde, Simpósio sobre Política Nacional de Saúde, aqui já, enunciando. Trabalho este apresentado como tema livre e anexado ao relatório com a seguinte ressalva: " Trabalho apresentado na seção de temas livres e considerado, pelo seu carácter englobador e pela surdez do diagnostico da situação da saúde e da crise das instituições de saúde, como parte do relatório do simpósio. 2ª ed. Brasília, 1979, p. 228, 225-235.

"Democratização e Saúde". Igualmente CORDEIRO, com o tema *"A saúde no contexto do Desenvolvimento Social e Econômico"*.

Finaliza CORDEIRO (1979), com a questão do que seria *"democratização"* no contexto das políticas sociais? Entendendo que nos 15 anos, anteriores, estas políticas não tinham apresentado de forma igualitária nem redestributária. Colocando seu desacordo com essa política que, no seu dizer, não sendo *"arte do possível"*, não atende aos *"interesses populares"*. Incomoda-o, também, a política *"ambígua"* que ocorre no país entre o setor público (governamental) e o setor privado. Lança mão então das palavras que *"alguma vez"* disse Fernando Henrique Cardoso:

> *"A política como travessia, travessia no sentido de se lograr pelo desenvolvimento, uma sociedade igualitária e, portanto, democrática no seu âmbito econômico e social"* (CORDEIRO, 1979:39).

Um outro debatedor, nessa mesma Conferência, o Sr. Gentile de Mello,[117] aponta como relevante a necessidade de que haja no país um grande debate sobre a situação de saúde. Evoca o testemunho do Presidente do Congresso de Pediatria, que no momento acontecia em Brasília, com aproximadamente 3.000 três mil participantes, e que disse a impressa:

> *"somente uma ação governamental, distribuindo alimentos ou facilitando sua compra por preços mais baixos, poderá resolver os problemas de saúde no Brasil, porque quem come não fica doente"* (MELLO, 1979:46).

Tem-se ainda ao debate aqui trazido através do simpósio sobre política nacional de saúde, o trabalho apresentado pelo sanitarista SÉRGIO AROUCA (2002), com o título *"Democratização e Saúde"* após evidenciar ser o mesmo conseqüente a ampla discussão com outros sanitaristas envolvidos com diversos segmentos como Instituto de Medicina Social, o Centro Brasileiro de Estudos da Saúde, - CEBES, sindicato dos médicos do Rio de Janeiro, e outras instituições de saúde, e divulgado o projeto na íntegra, na Revista Saúde e Debate. Tanto que na ocasião optou AROUCA

---

[117] MELLO, Carlos Gentile de, debatendo a conferência do sr. Roberto Santos, "A saúde no Contexto do Desenvolvimento social e Econômico", p.46, 19-60p.

por um modelo sucinto da proposta evidenciando mais seus aspectos políticos sociais, dado ao fórum em que estava naquele momento.

A relevância do pronunciamento desse sanitarista deve-se ao fato de tal projeto apresentar-se mais tarde, na constituinte de 1988 e na 8ª conferência Nacional de Saúde, como um dos propostos para os elementos formadores do sistema único de saúde (SUS) vindo a configurar-se na constituição Brasileira, artigo 197, e nas leis orgânicas (8080/90/8142/90), e subsequentes, cujo arcabouço jurídico normativo ficou a cargo das normas operacionais básicas de 1991, 1993, 1996 e outras conseqüentes.

Descreve AROUCA (2002) um contexto preocupante do Brasil, com a saúde medicalizada, política do governo auspiciando a privatização, *"antipopular"*, onde as vozes ouvidas são as dos tecnocratas, e o país apresentado um quadro de piora em panorama da saúde- doença, a partir dos anos 1960. Aumento da mortalidade infantil, do nível de acidente no contexto do trabalhador, das doenças mentais, desemprego, baixos salários, e além dessa situação, admite que *"a Medicina Brasileira vive uma profunda crise"*.

Depõe então sobre os intelectuais da saúde:

> *"Face a esta política de caráter essencialmente antidemocrático, a grande maioria dos profissionais de saúde encontra-se hoje colocada na trincheira de uma batalha inglória, a tentar remediar os males de um planejamento ineficaz para uma população carente e subnutrida com técnicas, às vezes, tão ou mais perigosas que as próprias doenças que deseja eliminar"* (AROUCA, 2002: agosto, Jornal o Pasquim)[118].

Conclamando a população e os profissionais de saúde em seus locais de trabalho em conjunto com suas associações representativas a *"apresentarem seu diagnóstico da situação"*.

Dando um salto no tempo, encontra-se hoje AROUCA (2002)[119], ao ser questionado em entrevista se existe a medicina Preventiva no Brasil? Depõe então ter sido um marco em sua vida o envolvimento com a medicina que estuda a distribuição

---

[118] Ibidem, pag. 228-235.

[119] AROUCA, Sérgio, Doutor Democracia O PASQUIM, ENTREVISTÃO, entrevistadores Ziraldo, Zélio, Luis Pimentel, Jésus Chediak, Zezé Sack, Tatiana Molina e Fotógrafo Frederico Rozário, desenhos Cavalcante, número 28, 35º semana de agosto 2002.

das doenças, suas causas, e que ele esforçava-se em dar um enfoque mais coletivo do que individual, cuja preocupação era com um instrumento acadêmico que pudesse ajudá-lo a rever as questões relacionadas à sociedade.

Não lhe interessava só que a tuberculose fosse provocada pelo bacilo de Koch, queria aprofundar-se nas determinações sociais que contribuíram para essa doença. Apresentava a necessidade de a Medicina Preventiva estudar as Ciências Sociais.

Ao ser questionado sobre o que se deveria fazer no Brasil, frente às dificuldades que apresentam-se hoje mais alargadas, chegando a constatação da morte por fome de uma pessoa a cada quatro segundos, vislumbra que um ciclo foi esgotado e inicia-se uma revolução científica e tecnológica, com modificação das relações humanas e das intervenções.

Acredita que *"cada vez mais o conhecimento produz riquezas"*.

Exorta para que se invista nos intelectuais que estão sendo preparados, que tenha-se criatividade, que as amarras da burocracia sejam quebradas, a exemplo do que fizeram Darcy Ribeiro, um dos idealizadores da Universidade de Brasília, e Zeferino Vaz, fundador e incentivador da Faculdade de Ribeirão Preto (S. Paulo).

Atenta que o momento é para que o Estado entre *"como indutor do desenvolvimento, e define a Biotecnologia e a biodiversidade como motores do desenvolvimento"*.

Tentando acompanhar algumas idéias de AROUCA (2002), mobiliza-se, em uma busca mas específica em favor de um segmento populacional, a Associação Brasileira de Enfermagem ABEN, ao eleger o texto Adolescer - Compreender, Atuar, Acolher, compactuando com o Ministério da Saúde - Secretaria de Políticas de Saúde, Área de Saúde do Adolescente e do Jovem.

Concretiza-se o Projeto Acolher, que apresenta-se com objectivo Geral de estabelecer uma Proposta para desenvolver atividades em conjunto, favorecendo mudanças no *"pensar e fazer"* da enfermagem, durante sua prática do cotidiano, apresentado-se, ainda, como uma renovação de *"compromisso"* com a *"integralidade"*, da assistência @[120] adolescente.

[120] O SÍMBOLO @ utilizado em todo o texto, refere-se tanto a adolescente do sexo feminino como do sexo masculino.

VALE (2001)[121], ao apresentar o texto, exorta a todos os profissionais, enfermeiras e pessoas que se interessam pelo @ adolescente a encamparem as propostas do projeto. Apresentando-o não apenas como o pertencer de uma categoria de intelectuais, mas como um caminho coletivo, mesmo porque contêm pressupostos conceituais, estruturantes e estratégicos, com arcabouço motivador dos discursos das enfermeiras atuantes nesta área do saber.

Nele, faz-se a defesa da atenção integral que chama de global, entendendo o @ adolescente com sua estrutura de sociedade onde está inserido.

Em conseqüência ,ainda, desse convênio celebrado entre a Associação Brasileira de Enfermagem e o Ministério da Saúde (área técnica de atenção a saúde do adolescente e do jovem (ASAJ) outra iniciativa de textos produzidos por enfermeiras em sua maioria por profissionais atuantes na área de Saúde Pública e enfermagem pediátrica, foram elaborados visando contribuir para a formação de atualização em saúde do adolescente. Especifica na Apresentação do texto, elaborado pela ASAJ (2000)[122], que a iniciativa refere-se aos *"enfermeiros, técnicos e acadêmicos filiados"* a ABEN.

Propõe-se o texto a contribuir na promoção de em maior número de profissionais que, habilitando-se, possam atuar junto a esse grupo etário. E que contribua para a diminuição da morbi-mortalidade dos adolescentes no Brasil. Ressalta, ainda, que as parcerias do Ministério da Saúde avançam em direção a outros núcleos de intelectuais e suas associações como: Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), a Sociedade Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO). Com o Conselho Federal de Psicologia,

A ASAJ apresenta, afora essa produção textual e os encontros de atividades educativas de sensibilização por todo o país, que as entidades associativas promovam atividades em conjunto.

Entendem, portanto, o MS e a ASAJ, que busca de melhor capacitação seria a base estrutural para a atenção à adolescência, sensibilizando os intelectuais que já exercem essas atividades e encorajando outros a fazê-lo. Assim sendo, a assistência ao adolescente no Brasil será efetivada. No último parágrafo da apresentação, coloca-se

---

[121] VALE, Euclea Gomes. Apresentação In: Projecto Acolher, Adolescer, Compreender, Atuar, Acolher, Brasília DF, 2001, p.7.

[122] ÁREA TÉCNICA DE ATEÇÃO A SAÚDE JOVEM, APRESENTAÇÃO, ASA, IN: ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM – MINISTÉRIO DA SAÚDE, Projeto acolher, um Encontro da Enfermagem com o adolescente, p. 7 folhas xerocadas, (2000).

em concordância com as palavras do texto produzido por essa área em 1999 quando diz:

> *"Promover o desenvolvimento saudável da juventude é um dos mais importantes investimentos que uma sociedade pode fazer. É preciso entender que o jovem não é um problema, mas a solução. O preço social e econômico a pagar, quando a nação deixa de fazê-lo, é muito alto"* (ASAJ. [ ], p.7).

A análise retórico-ideológica, presente nesse discurso de apresentação, é do Ministério da Saúde, à época do Ministro José Serra, configura-se com verossimilhança, aos vários discursos de outras entidades, em especial aos discursos da UNICEF. As instâncias apresentadas como solução ao problema de assistir, com capacitação, ao adolescente, com atos retóricos de capacitar e sensibilizar intelectuais, apresenta-se, frente à historiografia epidemiológica aqui nesta tese descrita sobre a morbi mortalidade dos adolescentes no Brasil, como iniciativas de *"distribuição de papelotes e folhetos"* para o enfrentamento a atos retóricos de doenças e mortes.

A questão que suscita a análise retórica ideológica e situacional a esse discurso pode ser sintetizada frente a outro discurso. Na retórica situacional de NASCIMENTO[123], quando de seus estudos sobre a violência social Urbano no Brasil, afirma: *"A violência juvenil é alimentada pelo aumento da escolaridade e da consciência dos direitos e pelo desemprego"* (2001, A3).

Essa constatação acima, reside na formulação do desenho da violência urbana, onde o jovem apresenta-se como a maior vítima e também maior agressor, a partir de quatro vetores. O desejo de ter, do consumo, o da *"impossibilidade"* de atender a esse desejo, a diminuição do controle social dos crimes, e por fim a percepção de que *"o que eu quero é justo", "o que eu não tenho é injusto"* (NASCIMENTO, 2001, A3).

Portanto, ao que parece, o Ministro da Saúde, José Serra, ao concordar com o discurso da ASAJ, retórico ideológico, em sua formulação de enfrentamento intervenção, acreditando na capacitação - sensibilização, para melhoria da assistência à saúde do adolescente e jovem, apresenta-se com instâncias retóricas hegemónica e dominante na classe burguesa brasileira.

---

[123] NASCIMENTO, Elimar Pinheiro, Entrevista: o jovem é quem mais mata e morre. Concedida a JERÔNIMO, Cristiano da equipe do Diário, DIÁRIO DE PERNAMBUCO – Recife, segunda feira, 6 de agosto de 2001, A3.

CAPÍTULO 3 A SAÚDE PÚBLICA DO ADOLESCENTE BRASILEIRO NOS DOIS PERÍODOS PRESIDENCIAIS

3.1. JUSCELINO KUBITSCHEK DE OLIVEIRA (1956-1960)

Diferentemente dos dados relevantes encontrados a respeito da Saúde Pública materno-infantil[124], ao buscar-se informações numéricas relacionadas à faixa etária populacional do Adolescente brasileiro à época das décadas de 50 e 60, depara-se com a quase ausência de informações estatísticas ou mesmo estudos que contemplem os adolescentes.

Tem-se como causa dessa *"quase ausência"* o fato de as preocupações estarem presas à faixa etária somente até um ano de idade, cujo índice de mortalidade, no ano de 1952, chegou próximo a 160 óbitos por mil nascidos vivos, logo grande parte das crianças brasileiras não sobreviviam até a fase da adolescência.

Em MORAES[125], a descrição de um precário saneamento básico, rede de esgotos, precário serviço de abastecimento de água, com as populações interioranas servindo-se, em sua maioria, por chafarizes, provocam, nas crianças e nos adolescentes brasileiros, mortes até pela *"Pasteurella Pestis"*, (bactéria que transmite a peste bubônica).

O enfrentamento dos sanitaristas, das enfermeiras de Saúde Pública, guardas sanitários, visitadoras sanitárias, próximos estavam de uma guerra, pois até a linguagem utilizada adequava-se ao combate dos infortúnios, como *"Guardas Sanitários"*. Mas o elenco de endemias a combater não os intimidaram, pensa-se que eles mesmos, os próprios trabalhadores, desconheciam os graves riscos ou, ao que parece, a situação de epidemia não deixava muita escolha e lançavam-se ao combate da malária, esquistossomose, verminoses, doenças de chagas e da Peste.

Ainda nos estudos apontados por ARAÚJO, tem-se na tabela nº. 2 a seguir, ancorada na tese de NELSON LUIZ DE ARAÚJO MORAES, a identificação de

---

[124] ARAÚJO, Hulda (1997: 60-101). A dimensão Retóric0 e Ideológica da Saúde Pública Materno-Infantil no período Juscelinista.

[125] ibidem, onde apresenta os trabalhos do IBGE, pelo Prof. MIRTARA e MORAES, João Pessoa, 1997, dissertação de mestrado, em Enfermagem de S. Pública, páginas, 60-64,76. Serviço Especial de Saúde Pública, Ministério da Saúde, Rio de Janeiro, Brasil, Tomo VII, dezembro 1954 nº 1, páginas 225-235, Revista do Serviço Especial de Saúde Pública.

fatores determinantes, apresentando como subsídios para identificação das condições de saúde da população brasileira. Na tabela em discussão, destacar-se-á a faixa etária de 10 a 14 anos e 15 a 19 anos, com suas principais causas de morte para anos próximos a 1950:

Tabela 2 – Ordem de Importância das cinco principais causas de morte segundo grupos de idade - 1950

	Belém	Recife	Vitória	Niterói	Porto Alegre	Belo Horizonte	Distrito Federal
10 – 14 anos							
1	Gripe e pneumonia	Tuberculose do aparelho respiratório	Tuberculose do aparelho respiratório	Acidentes	Tuberculose do aparelho respiratório	Tuberculose do aparelho respiratório	Acidentes
2	Malária	Acidentes	Acidentes	Tétano	Acidentes	Acidentes	Tuberculose do aparelho respiratório
3	Acidentes	Gripe e pneumonia	Gripe e pneumonia	Tuberculose do ap. respiratório	Doenças do coração	Doenças do coração	Doenças do coração
4	Tuberculose do aparelho respiratório	Tétano	Reumatismo agudo	Febre tifóide	Gripe e pneumonia	Gripe e pneumonia	Gripe e pneumonia
5	Nefrite	Sarampo		Gripe e pneumonia		Reumatismo agudo	Reumatismo agudo
15 – 19 anos							
1	Tuberculose do aparelho	Tuberculose do aparelho respiratório	Tuberculose do aparelho respiratório	Tuberculose do aparelho respiratório	Tuberculose do aparelho respiratório	++++	Tuberculose do aparelho respiratório
2	Respiratório	Acidentes	Acidentes	Acidentes	Acidentes	++++	Acidentes
3	Gripe e pneumonia	Gripe e pneumonia		Suicídio	Suicídio		Doenças do coração
4	Malária	Suicídio			Gripe e pneumonia	++++	Suicídio
5	Doenças do coração	Comp. da gravidez		Comp. da gravidez	Febre tifóide	++++	Gripe e pneumonia
	Comp. da gravidez						
20 – 29 anos							
1	Tuberculose do aparelho	Tuberculose do aparelho respiratório	Tuberculose do aparelho respiratório	Tuberculose do aparelho respiratório	Tuberculose do aparelho respiratório	Tuberculose do aparelho respiratório	Tuberculose do aparelho respiratório
2	Respiratório	Acidentes	Doenças do coração	Acidentes	Acidentes	Doenças do coração	Acidentes
3	Gripe e pneumonia	Doenças do coração	Acidentes	Doenças do coração	Doenças do coração	Acidentes	Doenças do coração
4	Malária	Gripe e pneumonia	Complicação da gravidez	Gripe e pneumonia	Suicídio	Suicídio	Suicídio
5	Doenças do coração	Homicídio	Gripe e pneumonia	Homicídio	Acidentes	Complicação da gravidez	Gripe e pneumonia
	Acidentes				Gripe e pneumonia		

Fonte: ARAÚJO, Hulda Vale de, A dimensão retórico ideológica da Saúde Pública Materno-Infantil no período Juscelinista, 1997, p.64. Tabela produzida pelos trabalhos de MORAES, Nelson Luiz de Araújo, contribuição ao conhecimento das condições de saúde da população brasileira, Revista SESP, 1957, p. 05-103.

(++++) não aparecem informes de Belo Horizonte

No grupo de 10-14 anos, nas principais capitais do país, como Belém (Pará), Recife (Pernambuco), Vitória (Espírito Santo), Niterói (Rio de Janeiro), Porto Alegre (Rio Grande do Sul), Belo Horizonte (Minas Gerais) e Distrito Federal (Rio de Janeiro), a tuberculose do aparelho respiratório aparece como principal causa de morte em Recife, Vitória, Porto Alegre e Belo Horizonte.

Já os *"acidentes"* aparecem como primeira causa de mortes em Niterói e no Distrito Federal, e mantêm-se entre as primeiras causas em Belém, Recife, Vitória e Porto Alegre. As gripes, pneumonias, nefrite, malária, sarampo, febre tifóide, doenças do coração e reumatismo agudo, compõem as principais causas do obituário para o grupo de Adolescentes nas idades de 15 a 19 anos, essas mesmas capitais, e como primeira *"causa mortis"* a tuberculose do aparelho respiratório.

Os acidentes, nas capitais de Recife, Vitória, Niterói, Porto Alegre e Distrito Federal, surgem como segunda causa. A capital Belo Horizonte não apresentou dados nesse grupo etário. Como demais causas gripes e pneumonia, malária, doenças do coração, complicação da gravidez, em três capitais (Recife, Niterói e Belém). E, finalmente, o suicídio *"causa mortis"* em Recife, Niterói, Porto Alegre e Distrito Federal.

PINOTTI (1959), em seu livro *"Vida e Morte do Brasileiro"*, tratando das condições de morte entre os brasileiros, o autor parece creditar ao clima e à extensão territorial os males do Brasil, ao assim pronunciar-se:

> *"Nossos 8 e meio milhões de quilômetros correspondem a um território que vai da zona equatorial à temperada, estendendo-se das densas e úmidas florestas amazônicas aos campos gaúchos. E ao longo dessa imensa e variada extensão de terra, diferentes e múltiplos são os fatores ecológicos a influírem não só sobre o homem e seus costumes, como sobre os outros seres, inclusive aqueles que ao homem se opõem, para limitar-lhe a produtividade, frustar-lhe as energias e a saúde, destruir-lhe a vida"* (PINOTTI, 1959:1).

Em seguida, ao contemplar beneficamente a situação multirracial do Brasil, aponta o determinismo de alguns problemas de saúde em raças específicas.

Mas logo em seguida, credita a fatores econômicos e não biológicos as desigualdades que esses grupos éticos são atingidos por doenças específicas.

Buscando, na situação de países segregacionistas, o reconhecimento de que mesmo nesses países já admite-se, a desigualdade de adoecimentos, causada por fatores econômicos.

Em defesa dessa sua tese, busca apoio nas palavras de Juscelino Kubitschek:

> *"Não menos que os problemas de educação, os de saúde se prendem, em conexão ínfima, ao processo de desenvolvimento nacional. O estado sanitário afeta notoriamente o rendimento do trabalho. E saúde não se conceitua como simples ausência de doença, mas também como função de bem estar físico, espiritual e social".*

Reconhece PINOTTI[126] que as descobertas e a utilização dos antibióticos por parte do governo brasileiro foi capaz de promover a remoção e o controle de muitas doenças, que antes dizimavam grande parte da população. Reconhece, ainda, que uma nação necessita, além do poder econômico, de formulação e aplicação de uma clara política de saúde.

Em defesa do progresso social como fator de *"desaparecimento das doenças"*, diz que este proporciona melhorias habitacionais, alimentares, trabalho e educação contribuindo para o impedimento da disseminação de muitas doenças.

Descreve o panorama sanitário de países bem estruturados economicamente: o desaparecimento das doenças transmissíveis, o predomínio de doenças crônicas e degenerativas, não infecciosas, câncer, obesidade, diabetes, reumatismo crônico, a gota, algumas doenças cardiovasculares e nefropatias.

Além do que, vê, no advento dos recursos terapêuticos e profiláticos disseminados no pós-guerra, uma oportunidade para os países subdesenvolvidos melhorarem seus índices sanitários.

Conseqüentemente provendo-se de verdadeira revolução demográfica e econômica.

Defende, ainda, que esse aspecto de melhorias advindas das terapêuticas e profilaxias provocam assim, para os países que já por elas foram beneficiados, uma alta natalidade sem obrigatoriamente ver-se diante de uma alta mortalidade. Promovendo nesses países um crescimento populacional convincente.

Apoia a fixação do homem ao solo; uma vez acontecido a *"revolução demográfica, o país deve agir no sentido de prover essa necessidade, evitando, assim, o super povoamento em algumas regiões, ao mesmo tempo em que impede o desenvolvimento da fome e da pobreza".*

Após tecer comentários ao bem sucedido esforços do Brasil com auxílio das modernas terapias com antibióticos, sulfas e inseticidas nos combates a doenças infecciosas, parasitárias e

---

[126] PINOTTI, Mário, discurso de Posse no Ministério de Estado dos Negócios da Saúde, julho de 1958, folhas fotocopiadas, Biblioteca do Senado Federal, p. 56.
Ibidem, p. 26-27, 1959.

endemias, que baixam a mortalidade infantil estabelecendo, assim, a quebra do ciclo "doença – miséria-doença, acredita que, em algumas regiões do país, já esteja acontecendo esse favorecimento.

Faz alusão de ser um *"progresso sanitário"* o aumento de pessoas na faixa etária acima de 60 anos, na cadeia demográfica. E cita alguns países que já apresentam-se com grande número de pessoas com *"altas idades"*.

Na Inglaterra, continua ele, quase 16%, na Suíça e Nova Zelândia em torno de 13%, nos Estados Unidos 11 a 12%, também com os mesmos percentuais a Itália e Austrália.

Informa ainda que no Brasil, o censo de 1950 aponta que a população de rurais de 60 anos estaria em torno de 4,3%.

Mostra em seguida no quadro 2, coeficientes de mortalidade em três capitais brasileiras no ano de 1955, e discute a possibilidade de o Brasil já apresentar-se com coeficientes acentuados de doenças degenerativas que entende, apontariam paradoxalmente, diz, para uma melhora na condição de vida da população, já que essas enfermidades ou óbitos em decorrência apontariam para uma maior sobreviva da população, pois são doenças mais esperadas na velhice.

QUADRO Nº. 2

Coeficiente de mortalidade em três capitais brasileiras, 1955

CAUSAS *DE MORTE*	*DISTRITO FEDERAL*	*SÃO PAULO*	*RECIFE*
Tuberculose	89,6	36,5	93,4
Pneumonia e broncopneumonias	79,8	67,7	173,0
Gastrenterite e colite	140,0	132,4	421,6
Doenças do coração	216,9	188,9	125,5
Câncer	98,7	111,1	69,5

Fonte: PINOTTI, MÁRIO, VIDA E MORTE DO BRASILEIRO, 1959.

O Quadro mostra as cidades do D. Federal (Rio de Janeiro), São Paulo e Recife.

A tuberculose aparece com um coeficiente por 100 mil hab. De 93.4, a gastroenterite e colite com 421-6, doenças do coração 125.5, e câncer 69.5, na cidade do Recife.

Após análise da situação de São Paulo e do Distrito federal, reconhece que o Brasil ainda apresenta alta complexidade na eliminação da mortalidade por causas sanitárias evitáveis.

Aponta ainda, as capitais do Recife e Belém com altos índices de doenças transmissíveis como filariose, e a esquistossomose em Belo Horizonte e Salvador.

Admite, todavia:

> *"Nossos problemas de saúde são, em larga extensão, representados pelas doenças transmissíveis ou delas decorrentes. Não só pela ação direta como por suas repercussões sobre o organismo, essas doenças constituem a infra-estrutura de nossa nosologia. Classificadas como "doenças pestilenciais", algumas delas se caracterizam por sua acentuada epidemicidade, tais sejam a cólera, a varíola, a peste, o tifo exantemático, as febres amarela e tifóide".*

GRIMBERG (1958)[127], em defesa de seus estudos *"Causas e efeitos da Proteção Dissociada à Infância"*, chama de Proteção Dissociada medidas efetuadas em favor do combate à mortalidade infantil, sem que para isso se baixe a natalidade, melhorando o padrão de vida da população.

Em países subdesenvolvidos, reconhece ele, poderá ocorrer uma super população, contando com o avanço da assistência médica.

Em descrição que faz da situação do Brasil, assemelha-se aos pareceres de PINOTTI. Diz ele que o país, com uma população de mais de 60 milhões, deverá dobrar a população em 30 anos. Reconhece, no entanto, como não satisfatória, no momento, a situação alimentar do povo brasileiro. Debita, no entanto, à agricultura de baixa produtividade e com métodos de trabalhar o solo ultrapassados, ficando o solo com baixa produtividade, considerando-se muito longe de poder alimentar as milhares de *"bocas famintas que nascem a cada ano no país"*.

Em seu estudo ainda, enfatiza as conseqüências da mãe e filho mal alimentados. As mães, mais sujeitas à tuberculose, afecções hepáticas, anemia, descalcificação e outras enfermidades, contribuem para diminuir as possibilidades de sobrevida dos próximos filhos. Para colaborar cita os estudos de BALFOUR: que, melhorando a alimentação das gestantes, demonstrou caírem em 43% a natimortalidade (fetos mortos) e a mortalidade precoce (morte da criança dentro de 24 horas), mais alarmante a situação das mães de classe pobre, que são espoliadas a cada gestação, subnutridas cronicamente, sem que possam recuperar-se após o parto. Alerta ainda para o fato, após vários outros estudos citados, não está tentando apresentar uma relação de causa e efeito de forma absoluta da má alimentação das mães e filhos, mas que deve-se considerar ainda outras

---

[127] Pediatria, página 243 – Causas e Efeitos de Protecção Dissociada a Infância, Novo Indice de Bio-Estatistica, Jornal de Pediatria, 1958, vol. 23, fasc. 4, 7, 8, pags. .354, 365, 359.
Ibidem, p. 8.

variantes sociais como habitação, educação, estado sanitário, extensão dos serviços médicos sanitários e outras causas.

Ao pensar-se, no estudo ora empreendido, no aspecto Institucional - legislativo em favor do adolescente, entende-se que, apesar de encontrar-se esse grupo etário entre os de maior morbi-mortalidade à época da década de 50, não apresentou-se como foco principal nos estudos empreendidos a época, em função, ao que parece, desse segmento ficar de forma difusa entre as várias causas de morbi; mortalidade... A legislação em seu favor surge a partir de 1966, com as "normas técnicas especiais para a assistência e proteção à Maternidade, à Infância e à Adolescência", (nº. 58.740. De 28.6.66 D.O. de 1.7.66)[128].

A instituição da Fundação destinada a prestar assistência à maternidade, à infância e a adolescência (LBA) Decreto Lei de 593. de 27.5.69. E ainda a execução de medidas de proteção materno-infantis - Decreto nº. 69.514, de 9.11.71 (D.O. de 11.11.71).

O decreto de nº. 49.974 – A, de 21 de janeiro de 1961, regulamenta a lei n.º 2.312 de 3 de setembro de 1954, denominada de *"Normas Gerais sobre Defesa e Proteção da Saúde"*, passa-se a chamar de Código Nacional de Saúde.

O artigo 2º, preceitua como dever do estado *"bem como da família, defender e proteger a saúde do indivíduo"*.

No título II, Promoção da Saúde, Capítulo 1, com o título Maternidade, Infância e Adolescência, o artigo 72, prescreve:

> *"O ministério da saúde promoverá de modo sistemático e permanente, em todo o país, através dos órgãos médico- sanitários competentes, a assistência à maternidade, à infância e à adolescência"*[129].

No âmbito do ensino e pesquisa, previu-se no título V, capítulo único, artigo 122:

> *"O ministério da Saúde, manterá como sua dependência um Instituto destinado ao estudo e às investigações da natureza bio-médico - social sobre a maternidade, a infância e a adolescência"*[130].

---

[128] Ministério da saúde, Legislação Federal do Setor saúde, Volume 1, 3 ed, Brasília Distrito Federal, páginas 419-438.
[129] ibidem página 431
[130] ibidem página 437

Apresenta-se, assim, o país, à época juscelinista, legislativamente instrumentalizado, em relação à assistência, à saúde do adolescente brasileiro.

3.2 A SAÚDE PÚBLICA DO ADOLESCENTE BRASILEIRO EM ANOS PRÓXIMOS E DURANTE O PERÍODO FHC

3.2.1 PERÍODOS ANTERIORES – 1961 A 1994

Buscando o conhecimento da situação de morbi-mortalidade no contexto de Saúde Pública no Brasil de anos próximos e anteriores ao governo de Fernando Henrique Cardoso (FHC), traduzidos em adoecimentos, mortes, movimentos demográficos, intervenções do Ministério da Saúde, e saberes dos profissionais de Saúde Pública, adaptar-se-á os trabalhos de pesquisa de YUNES E PRIMO (1983)[131].

A pesquisa traz a essência da mortalidade entre os adolescentes, nos grupos etários de 10-14, 15-19, e 10-19 anos por sexo e grupo de causas, nas capitais de São Paulo / SP, e Recife / PE, Brasil, para os anos 70 e 80 do século XX.

Reconhecem os autores que a situação de Saúde dos adolescentes reverte-se da historicidade de suas vidas em idades anteriores. Elencam a herança genética, a nutrição, a situação de saúde, o meio ambiente físico, sócio econômico exercendo influências nesse grupo etário.

Advertem, ainda, que circunstâncias específicas do meio sócio-cultural, geográfico e econômico estão continuamente influindo na formação de fatores que os autores denominam de *"risco"* e que, como se disse, antes, já apresentavam-se em faixas etárias anteriores à adolescência, atribuindo, porém, as características próprias dos jovens que formatam as condutas frente ao seu estado de saúde, de sua família e comunidade, que, por sua vez, influenciam sobremaneira nas próximas gerações.

Realçam, ainda, como características influentes, nessa faixa etária, os diversos níveis de maturação fisiológica bem como as mudanças delas decorrentes na vida do jovem e de seu meio ambiente.

---

[131] YUNES, João e PRIMO Edneia, Características da mortalidade em Adolescentes Brasileiros das Capitais das Unidades Federadas, Rev. SAÚDE PÚBLICA, São Paulo, 17:263-78,1983.

Elencam a diversidade e indicadores que são obtidos no estudo sobre a situação de saúde do adolescente como: *"as medidas antropométricas, a morbidade, estado nutricional e a mortalidade"*[132].

Informam os autores os critérios metodológicos, entre eles a utilização para análise dos óbitos nos adolescentes das regiões de São Paulo e Recife, no Brasil, adotando a classificação, de proposição do Ministério da Saúde como *"Lista Brasileira para Mortalidade"*.

Ao analisar as causas de mortalidade entre os adolescentes, os autores entendem ser relevante a comparação de alguns desses fenômenos com situações de outras regiões de países como América do Norte e América do Sul.

Constatam, ainda, que no grupo etário dos adolescentes a mortalidade, comparando-se com outras faixas de idade, para o período estudado, apresenta-se baixa. Que os coeficientes encontrados de mortalidade, apresentam diferenças acentuadas quando compara-se regiões desenvolvidas com as consideradas não desenvolvidas sócio-economicamente.

Alertam para a importância dessas diferenças, em função de serem eles predisponentes e condicionantes das situações estudadas requerendo substancial intervenção institucional direcionada a esses fatores entre os adolescentes. Esse dado é significativamente relevante por se tratar da mortalidade em países subdesenvolvidos, com a maioria da população constituída por jovens entre 10 e 19 anos. São 27.500.000 milhões de adolescentes para o ano de 1980.

Entre estes, 10% estão com 10 a 14 anos; e 11% na faixa etária de 15 a 19 anos.

Distribuindo-se por sexo, tem-se que 49,5% são do sexo masculino, e 50,5% do feminino para a faixa etária de 10 a 19 anos.

Na tabela 3, página seguinte, vê-se a análise do coeficiente de mortalidade de adolescentes por 100.000 habitantes por grupo de idade em diversos Países nos anos próximos a 1977.

Constata-se que, apesar da mortalidade entre adolescentes apresentar-se baixa, quando é feita uma relação entre as outras faixas etárias em países subdesenvolvidos, ela aparece elevada.

Desta forma, na tabela 3 onde no Brasil, na faixa etária de 10 a 19 anos, é de 73,9, p/100.000 hab., enquanto na Suécia é de 46,0. Para os outros países desenvolvidos, os autores constatam serem os índices sempre mais baixos que os do Brasil; a mortalidade aparece sempre acima de 100 por 100.000 habitantes

---

[132] Ibidem páginas 264-266, 269, 270, 272, 276.

TABELA 3

Coeficiente de mortalidade de adolescentes (por 100.000 habitantes) por grupo de idade em diversos países para anos próximos a 1977.

Países	Grupo etário					
	10	19	10	14	15	19
Brasil*	73,9		51,9		95,5	
Chile	100,2		....		-	
México	131,1		113,5		169,2	
Costa Rica	66,1		46,8		91,4	
Tailândia	157,9				-	
Estados Unidos **	75,9		33,7		99,1*	
Austrália	67,6		32,2		106,0	
Japão	49,3		28,1		70,1	
Itália	56,8		38,8		75,0	
Checoslováquia	62,4		36,1		85,0	
Suécia	46,0		27,7		64,0	

YUNES, J. & PRIMO, E. Características da mortalidade em adolescentes brasileiros das capitais das Unidades Federadas. Rer. Saúde públ., S. Paulo, 17:263-78, 1983.

Fonte: OMS_2 (1977).

* Brasil – dados brutos fornecidos pelo Ministério da Saúde.

** Estados Unidos – dados obtidos na Divisão de Estatística da Organização Panamericana da Saúde.

Na tabela 4, em seguida, verifica-se a situação em algumas regiões do Brasil, comparando-se com a situação das cidades de S. Paulo e Recife. Constata-se que, para as diversas faixas etárias, a mortalidade nas Regiões Norte e Nordeste é, na maioria das vezes, maior que nas regiões Sul e Sudeste.

Ao visualizar-se a mortalidade por faixa etária entre os grupos de 10 a 14 e de 15 a 19 anos, para esse último grupo o coeficiente de mortalidade é sempre maior que o apresentado nas idades de 10 e 14 anos.

Relativamente aos sexos, torna-se padrão da mortalidade entre adolescentes a presença dos maiores índices no sexo masculino, sendo a faixa etária de 15 a 19 anos a de maior risco, ou seja, a mortalidade é de 128,5, enquanto no feminino é de 67,3 óbitos por 100.000 habitantes.

TABELA 4

Coeficiente de mortalidade de adolescentes (por 100.000 habitantes) por região e capitais dos Estados de São Paulo e Pernambuco grupo etário e sexo – 1977.

	Grupo etário								
	10		19	10		14	15		19
Região	Masc.	Fem.	T.	Masc.	Fem.	T.	Masc.	Fem.	T.
Brasil	95,8	54.2	73,9	63,6	40,6	51,9	128,5	67,3	95,5
Norte	155,3	92.9	122,6	110,4	59,0	84,2	208,7	128,7	165,3
Nordeste	117,7	68.9	91,5	93,7	59,0	75,6	144,9	77,9	107,8
Centro Oeste	185,0	54.5	69,2	62,7	38,7	50,4	109,2	70,5	89,0
Sudeste Sul	75,7	39.1	56,7	41,8	26,8	34,2	112,6	51,1	79,8
São Paulo	122,0	66.8	93,4	73,9	57,9	50,4	140,9	75,1	106,0
Recife	107,2	55.1	80,4	56,2	33,8	44,9	162,8	76,3	117,1
	104,0	70.2	85,9	84,3	57,3	70,4	126,8	82,7	102,2

Fonte: Dados brutos fornecidos pelo Ministério da Saúde, nos estudos de YUNES, J. e Primo, E.p 268.

Na tabela 4, analisa-se as causas de mortalidade por grupo etário e sexo. Na faixa etária de 10 a 19 anos as principais causas são:

- *"Causas externas*
- *Doenças infecciosas e parasitárias*
- *Doença do aparelho circulatório*
- *Neoplasmas*
- *Sintomas, sinais e afecções mal definidas"*[133]

As causas externas aparecem com 34,3 óbitos por 100 mil habitantes, significando 45% do total de óbitos para essa faixa etária.

[133] Ibidem, p. 269

TABELA 5

Coeficiente de mortalidade de adolescentes de 10-19 anos (por 100.000 habitantes) por grupo de causas e sexo – Brasil, 1977.

Sexo Grupo de Causas	Masculino	Feminino	Total
Causas externas	53,1	17,3	34,3
Doenças Infecciosas e Parasitárias	8,7	4,8	7,0
Doenças do Aparelho Circulatório	5,8	5,3	5,5
Neoplasmas	5,9	4,4	5,1
Mal definidas	4,5	4,1	4,3
Doenças do Aparelho Respiratório	4,9	3,9	4,1
Complicações da gravidez, parto e puerpério.	-	1,9	1,9
Doenças do Sistema nervoso e dos órgãos dos Sentidos	1,9	1,5	1,7
Doenças do Aparelho Digestivo	1,5	0,9	1,2
Doenças do Aparelho Urinário	1,0	1,1	1,1
Anomalias Congênitas	0,9	0,9	0,9
Doenças das Glândulas Endócrinas, da Nutrição e do Metabolismo e transtornos Imunitários.	0,7	0,9	0,8
Doenças do Sangue e dos órgãos Hematopoéticos	0,5	0,7	0,6
Todas as demais doenças	6,4	6,2	6,3
TOTAL	95,8	54,2	73,9

Fonte: dados brutos fornecidos pelo Ministério da Saúde, Estudos de YUNES j. e PRIMO, Ednéia. Página 270.

O coeficiente de mortalidade de 10-19 anos, por 100.000 habitantes por grupos de causas e sexos, entre as regiões do Brasil e as unidades de São Paulo e Recife, vê-se que, na faixa etária de 10-19 anos, no sexo masculino, as principais causas foram:

- *"Causas externas*

- *Doenças infecciosas e parasitárias*
- *Neoplasmas*
- *Doenças do Aparelho Circulatório*
- *Doenças do Aparelho Respiratório"*[134]

Dessas, as causas externas aparecem como responsáveis por mais da metade (54%) do total de óbitos.

Considerando essas duas últimas tabelas, observa-se que, nas regiões Norte, Nordeste e Centro Oeste, as causas mal definidas incluem-se entre as causas principais.

Na região Norte, as causas externas aparecem com 74,3%, as doenças infecciosas e parasitárias com 28,9%; as causas mal definidas com 14,0% por 100.00 mil habitantes.
As neoplasias aparecem no Nordeste e em São Paulo com os maiores coeficientes (7,1/ 100.000 h) e (8,5/ 100.000h) respectivamente. Já no Centro Oeste, as primeiras causas do obituário recaem no aparelho circulatório (9,8% por 100.000h). E no Sul, as doenças do aparelho respiratório, com (9,2%/100.000 h).

Para os adolescentes do sexo feminino, as principais causas de óbito, em ordem decrescente de importância, na faixa etária de 10 a 19 anos, têm-se:

- *"Causas externas*
- *Doenças do aparelho circulatório*
- *Doenças infecciosas e parasitárias*
- *Neoplasmas*
- *Causas mal definidas."*[135]

As principais causas do obituário tanto para o masculino, como para o feminino, são as causas externas. Para o sexo feminino, no entanto, essas causas aparecem em menores proporções, com 17,3%. Quando observa-se proporcionalmente o total de óbitos, no sexo feminino, o índice também cai, ficando 31%, e para o masculino 54%. No item doenças infecciosas e parasitárias aparece como duas vezes maior no sexo masculino que no feminino, ocasionadas, segundo autores, pela maior exposição do sexo masculino ao meio ambiente. Ainda, com relação ao sexo feminino, na Região Norte, aparecem as complicações da gravidez, parto e puerpério como entre as cinco principais causas de morte entre as adolescentes.

---

[134] Ibidem p. 272.
[135] Ibidem p. 270.

Para as Regiões Norte, Sudeste, Sul e São Paulo, as doenças do aparelho respiratório também estão entre as principais causas de obituário.

Já na Região Sul, ainda para o sexo feminino, as causas externas, neoplamas e doenças do aparelho circulatório, apresentam-se entre os maiores coeficientes, nos valores considerados nessa seqüência: 22,7; 7,5 e 6,7 / 100.000 habitantes.

A Região Norte, para as causas doenças infecciosas e parasitárias 18,7%, causas mal definidas com 11,9% e complicações da gravidez, parto e puerpério com 7,7% para 100.000 hab., identificam-se entre as principais causas no obituário.

A mortalidade na faixa de 15 a 19 anos, por sexo, tem como as cinco principais causas:

- *"Causas externas*
- *Doenças infecciosas e parasitárias*
- *Doenças do Aparelho Circulatório*
- *Neoplasias*
- *Sintomas, sinais e afecções mal definidas"*[136].

No grupo etário de 15 a 19 anos, as causas externas aparecem não só como primeira causa de óbitos, com 46,8% para 100 mil habitantes, mas também como maior peso na mortalidade do adolescente, 49%, ao comparar-se com a faixa etária de 10 a 14 anos, que foi de 40%.

Concluíram YUNES e PRIMO que as maiores taxas de mortalidade entre os adolescentes foram dirigidas aos elementos do sexo masculino, e na faixa etária de 15 e 19 anos. As regiões subdesenvolvidas do país foram as que mais vítimas fizeram.

O obituário principal foi composto pelas causas:

- *"Causas externas*
- *Doenças infecciosas e parasitárias*
- *Doenças do aparelho circulatório*
- *Neoplasias*
- *Causas mal definidas*
- *Causas do aparelho respiratório".*[137]

As seqüências foram diversificadas em função das idades, sexo e áreas estudadas.

---

[136] Ibidem p. 276.
[137] ibidem página 278.

Na região Norte, aparecem como as principais causas, para o sexo masculino, as causas externas; as doenças parasitárias e infecciosas, as causas mal definidas para os sexos masculinos e femininos, também como principal causas, incluindo-se as complicações da gravidez, parto e puerpério.

Na Região Sul, aparecem como principais causas as doenças do aparelho respiratório, no sexo masculino e no sexo feminino. As anomalias congênitas, e as causas externas e as doenças do aparelho respiratório, somente no sexo feminino.

No Centro Oeste, para o sexo masculino, os coeficientes mais altos foram indicados pelas doenças do aparelho circulatório.

Entendem os autores, ainda, que as causas de óbitos nos adolescentes brasileiros caracterizados pelas causas: doenças infecciosas e parasitárias, sintomas, sinais e afecções mal definidas, bem como, as complicações de gravidez, parto e puerpério, estariam condicionadas, além de demonstrarem uma qualidade de vida precária, à assistência que os autores chamam de *"médica"*, comprometida.

Recomendam, portanto, que sejam ampliados os programas de assistência integral à saúde dos adolescentes brasileiros, caracterizados pela multidimensão: cultural, educacional, ambiental e social. Não se deve esquecer que o adolescente é sujeito e não objeto das ações intervenientes em seu favor, recomendam os autores.

Dessas recomendações aliadas às conclusões que revelam as regiões mais subdesenvolvidas do país como as de maior mortalidade focalizadas em adolescentes do sexo masculino, impulsionam as hipóteses e os objetivos desta pesquisa buscarem, nos diversos saberes humanos, a compreensão do desenvolvimento dos fatores indicativos da sócio-economia do país, no período dos anos em torno da década de 70 e 80 através de estudos que contemplem aspectos da transição demográfica do Brasil.

A exemplo nos estudos de CAMARANO e BELTRÃO (1995)[138], com o texto *"Dinâmica demográfica"*, os autores buscam estudar aspectos demográficos relacionados à mortalidade e fecundidade por grupo de renda.

O entendimento é que o trabalho que ora utilizar-se-á preencha alguns critérios que contribuirão para a compreensão de algumas variáveis como renda monetária, redução de fecundidade e da mortalidade no período de 1960 a 1980.

---

[138] CAMARANO, Ana Amélia e BELTRÃO, Kaizô Iwakami, Dinâmica Demográfica por nível de Renda. REVISTA BRASILEIRA DE ESTUDOS POPULACIONAIS, Campinas, 12 (1/2), 1995, páginas 81-112.

Embora resinta-se de algumas abordagens econômicas co-relacionadas com os achados demográficos, já que a proposta dos autores foi relacionar seus achados aos aspectos eminentemente do crescimento populacional e da distribuição etária dos segmentos populacionais por eles estudado. Os aspectos analíticos/críticos consubstanciados em outras pesquisas, que a esta se seguirão.

Não foram consideradas nesse estudo as possibilidades de mobilidade social na população. Os dados utilizados no trabalho foram advindos do que os autores chamam de *"tabulações especiais"* procedentes da amostragem de 25% do censo de 1980 encontrados nos estudos do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Entre 1940 e 1980 a *"esperança de vida"*[139] populacional aumentou em 20 anos.

Afirmam que, em 1980, mais de dois terços da população, de 0 a 5 anos de idade, pertenciam a famílias que recebiam menos que três salários mínimos.

Por tratar-se da população alvo para as intervenções governamentais, o chamado grupo materno infantil motivou os interesses pela consecução desses estudos. Atentam, ainda, para que essas famílias estudadas formavam quase 60% da população de 5-15 anos, ou seja, crianças e adolescentes usuários do ensino do primeiro grau, no país.

Ressaltam que desde a metade dos anos 60, a população brasileira vem atravessando o fenômeno de transformação demográfica significativa, que é a redução nos níveis de fecundidade. A velocidade com que vem ocorrendo apresenta mudanças no ritmo de crescimento e no perfil etário.

Ao exemplificar, admitem que o Brasil não alcance os 200 milhões de habitantes que foram previstos nos anos 70, além do significativo perfil de envelhecimento que começará a ser identificado na população. No final do século XX espera-se 165 milhões de habitantes. (IBGE/1994). Entendem que essas informações são muito importantes em função das políticas públicas que delas advenham.

Vêem também que a queda da fecundidade dá-se dentro do fenômeno por eles conceituado como *"transição demográfica"*. Entendendo que essa queda da fecundidade estaria relacionada à redução nos níveis de mortalidade.

Observado, ainda como responsável a redução, pelo crescimento da população no período de 1950-1970. Sendo, segundo os autores do estudo, esse o período em que a população brasileira teria experimentado as maiores taxas de crescimento populacional, com cerca de 3% ao ano.

---

[139] Esperança de vida ao nascer – Conceito dos autores – é definida como o número médio de anos que um recém-nascido espera viver.

Evidenciam ainda que, apesar de na década de 80 os níveis continuarem decrescendo, a fecundidade apresentou-se como variável determinante no ritmo de crescimento populacional.

Mas salientam que, apesar de as reduções da fecundidade e da mortalidade terem ocorrido em todas as regiões do país, não se apresentou com a mesma intensidade entre as regiões, e também entre os grupos e classes sociais.

No caso do Brasil, os autores alegam que não existem estudos suficientes para aferirem que a redução da mortalidade infantil tenha sido via ampla utilização de recursos que chamam de *"tecnologia médica"* nem tão pouco por melhorias de condições de vida. Apresentam outras pesquisas, as de ARRIAGA e DAVIS (de 1969), que apontam, ao analisarem a queda da mortalidade na América latina, atestando que essa redução teria ocorrido pelo uso sistemático da tecnologia médica, dos países desenvolvidos. Sobretudo teria ocorrido essa redução entre a população mais pobre, e que ela também apresentava as maiores taxas de mortalidade e menor demanda ao controle das doenças infecciosas. Embora reconheçam que essa redução esteja longe do que os autores designam como *"desejáveis"*.

Os estudos de CRAVIOTTO e LICARDIE, de 1973, e os de RUSSEL e BURKE de 1978, apontam, segundo CAMARANO e BELTRÃO, que os níveis de renda seriam os principais determinantes dos níveis de mortalidade. Uma população exposta a baixos salários estaria submetida a baixo poder de compra de alimentos, precário acesso ao saneamento básico, aos serviços de saúde, habitação e outros. Os autores, no entanto, inferem que uma política governamental que amplie a atenção a essas carências sociais, serão capazes de diminuir os indicadores de mortalidade na medida em que a população tenha acesso a melhor renda.

Já os trabalhos de WOOD e CARVALHO (1994), indicados por CAMARANO e BELTRÃO, teriam apresentado o que os autores chamaram de *"relação positiva"* na relação entre a esperança de vida e níveis de renda no Brasil, nas décadas de 60 e 70.

Nas **tabelas 6 e 7,** os autores CAMARANO e BELTRÃO apresentam os primeiros resultados de seus estudos demográficos da população brasileira 1964-1975, a evolução da esperança de vida ao nascer, por grupos de renda familiar nas populações, verificadas através do salário mínimo.

TABELA 6

ESPERANÇA DE VIDA AO NASCER POR GRUPOS DE RENDA FAMILIAR

BRASIL – POPULAÇÃO MASCULINA – 1964-1975

Classes de Renda (em SM)	1964	1968	1971	1973	1975	Ganhos no Período*
0-1**	44,7	46,4	48,8	50,7	52,5	6,0
1-3	49,5	51,2	53,9	55,6	56,8	6,1
3-5	54,4	56,3	58,7	59,7	60,6	6,2
5-10	58,7	60,4	62,1	63,1	-	4,4
10 e +	63,1	65,3	66,6	67,0	-	3,9
TOTAL	51,9	53,9	55,5	56,6	57,1	4,7

Fonte: IBGE, Censo Demográfico 1980 (dados brutos).

* Inclui as famílias que declararam não ter recebido nenhum tipo de rendimento.[140]

** O período de comparação foi o de 1964 a 1973.

TABELA 7

ESPERANÇA DE VIDA AO NASCER POR GRUPOS DE RENDA FAMILIAR

BRASIL – POPULAÇÃO FEMININA – 1964-1975

Classes de Renda (em SM)	1964	1968	1971	1973	1975	Ganhos no Período*
0-1**	51,0	52,6	55,0	57,0	58,5	6,0
1-3	55,2	57,1	59,8	61,7	63,4	6,5
3-5	59,9	62,7	64,6	66,1	66,6	6,2
5-10	64,3	66,1	67,9	69,1	-	4,8
10 e +	69,7	71,2	72,3	72,8	-	3,1
TOTAL	57,6	59,7	61,4	62,7	63,4	5,1

Fonte: IBGE, Censo Demográfico 1980 (dados brutos). Estudos de CAMARANO e BELTRÃO.

* O período de comparação foi o de 1964 a 1973.

** Inclui as famílias que declararam não ter recebido nenhum tipo de rendimento.

[140] Ibidem p. 85.

Ao examinar-se os indicadores das **tabelas 6 e 7**, ressaltam significativamente as diferenças nos valores da esperança de vida ao nascer em ambos os sexos e os diversos grupos de renda.

Dizem os autores:

> *"Em 1973, um recém-nascido proveniente de uma família com renda superior a um salário mínimo podia esperar viver 16,4 anos a mais que um proveniente de família com renda inferior a um salário mínimo, uma diferença de 32% no indicador"*[141].

Para a população feminina, os autores chegaram a um indicador um pouco menor, 15,8 anos, significando 28%.

Ao comentarem os achados dos indicadores encontrados no estudo das taxas de fecundidade total no período de 1975-80, **na tabela 8**, os autores apresentam os indicadores em queda, todavia as diferenças entre as taxas são significativas. Nesse período, as mulheres dc famílias com renda menor do que um salário mínimo apresentam-se com quatro filhos a mais do que as mulheres de famílias com renda superior a dez salários mínimos.

TABELA 8

TAXAS DE FECUNDIDADE TOTAL SEGUNDO GRUPOS DE RENDA

BRASIL – 1975-1980

CLASSES DE RENDA (EM SM)	MULHERES
0-1*	5,9
1-3	4,8
3-5	3,5
5-10	2,6
10 e +	2,0
TOTAL	**4,4**

Fonte: IBGE, Censo Demográfico 1980 (dados brutos), CAMARANO e BELTRÃO.
* Inclui as famílias que declararam não Ter recebido nenhum tipo de rendimento.[142]

[141] ibidem página 84
[142] Ibidem p. 86

No período de cinco anos na década de 80, a taxa de fecundidade total foi de 3,5 filhos.

Destaca-se, ainda, no estudo que informações sobre a utilização de anticoncepcionais traz a suposição de que a queda da fecundidade não seria um acontecimento da conjuntura no país. Cita os autores um estudo realizado pela BENFAM, Sociedade Civil de Bem-Estar Familiar no Brasil, de 1987, onde constam que, neste ano, 66% das mulheres de 15 e 44 anos casadas, utilizavam algum método anticoncepcional. E 41% destas mulheres estavam esterilizadas. E essa esterilização de quase 80% destas mulheres, teria ocorrido entre 1979 e 1986, cuja idade em média, por ocasião da esterilização, era de 34,5 anos.

Constata-se, ainda, que os altos indicadores da fecundidade apresentados no Brasil até a metade dos anos 60 configurou-se em 1970, para toda a população, em uma estrutura etária próxima da estável e jovem.

Outra observação está no fenômeno do envelhecimento populacional observado nos anos 80, que se traduz na redução da relação de dependência, estando a razão da população em idade ativa e não ativa.

Ao verificar-se a **tabela 9**, página seguinte, – *"distribuição da população da classe de renda no total da população de cada grupo etário"*, Brasil ano de 1980, os autores constataram essa população como alvo das políticas públicas governamentais com atenção materno-infantil, nutricional, educacional, previdência social, e mercado de trabalho, o que os autores chamam de o *"peso dessa população"*.

TABELA 9

DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO DA CLASSE DE RENDA NO TOTAL DA POPULAÇÃO DE CADA GRUPO ETÁRIO

BRASIL – 1980

Classes de Renda (em SM)	Grupos etários				Total da População
	0-5	5-15	15-65	65 e +	
0-1*	23	19	14	30	16
1-3	42	40	33	32	37
3-5	16	19	19	13	18
5-10	12	14.	19	13	17
10 e +	7	8	15	12	12
TOTAL	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**

Fonte: IBGE, Censo Demográfico 1980 (dados brutos), CAMARANO e BELTRÃO

* Inclui as famílias que declararam não ter recebido nenhum tipo de rendimento.

Os níveis de renda apresentam ser diferenciados, apesar de a população brasileira ser considerada de maioria populacional pobre. Em 1980, o grupo de faixa etária de 0 a 5 anos, segmento alvo das políticas públicas de saúde materno-infantil e de nutrição, estavam 2/3 terços constituídas por crianças pertencentes à família com ganhos abaixo de três salários mínimos, e também o grupo de 5 a 15 anos, segmento abrangido pelas iniciativas governamentais, estavam aí constituídos, 60% deles.

As conclusões gerais para esse estudo demográfico é que a população brasileira apresentou significativa dinâmica de transformação demográfica, mas que é diferente para os extratos de renda; os níveis de fecundidade com redução bem mais significativa do que os índices de mortalidade; e que a procura pelas políticas públicas tenderão a modificar-se.

Outra constatação relevante dos autores é que o crescimento menor do contingente populacional mais jovem dá-se sobretudo entre o grupo de (maior renda/ salários mínimos) enquanto que o grupo de jovens das classes pobres (menor salário mínimo) continua crescendo, significando maior demanda para as políticas públicas (saúde, educação, nutrição e outros).

Em função do processo de transição demográfica já está em andamento nos vários segmentos populacionais, espera-se: em médio prazo uma *"redução ainda significativa nas taxas*

de crescimento da população brasileira, bem como uma aceleração do seu processo de envelhecimento, independente da continuação da queda da fecundidade"[143]

No *"modo operante"* do setor saúde no Brasil dos anos 80 até antes de concretizada a constituição de 1988 e suas leis complementares, como a 8080/90 e 8142/90, vivia-se sob a égide do sistema nacional de saúde, instituído pela lei n.º 6.229 de 17 de julho de 1975. **STOTZ** (1986)[144], ao contribuir para o debate sobre as políticas públicas de saúde no Brasil, apresenta *"quem cuida da Saúde do Brasileiro"*, os vários órgãos governamentais, que à época, tinham essa competência que abrangia os serviços do setor público e privado, este último requisitado, apenas, quando do esgotamento da capacidade do setor público.

É de relevância nos estudos que ora empreende-se, elencar esses órgãos que STOTZ (1986), nomeia em seus trabalhos. O Conselho de Desenvolvimento Social (CDS), voltado para a apreciação da Política Nacional de Saúde, bem como dos programas de saúde dos diversos ministérios com vistas a assegurar a necessária coordenação:

> *- "Ministério da Saúde (MS), com atribuição de formular as políticas Nacionais de saúde, alimentação e nutrição, bem como a promoção ou execução de acções preferentemente voltadas para as medidas e os atendimentos de interesse colectivo;*
>
> *- Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), com actuação voltada principalmente para o atendimento médico-assistencial individualizado;*
>
> *- Ministério da Educação e Cultura (MEC), tendo por objectivo a formação de Recursos Humanos de níveis Universitários, técnico e auxiliar, necessários ao sistema prestador de serviços de saúde;*
>
> *- Ministério do Interior (MI), para tratar de saneamento ambiental, aplicação dos sistemas de águas e esgotos, em conformidade com as prioridades dos planos de saúde;*
>
> *- Ministério do trabalho (MTB), com a tarefa de implementar programas de preparação de mão de obra para os sectores saúde, higiene e segurança do trabalho, prevenção de acidentes e política salarial das profissões de saúde;*

---

[143] ibidem página 93.

[144] STOTZ, Eduardo Navarro, baixos salários Para Saúde – Os Males do Brasil. São uma análise das Políticas Sociais na área da Saúde. In: cap. IV, A saúde em Estado de choque, 3 ed, Org. Maria Cecília de Souza Minayo. Fase, espaço e tempo, rio de Janeiro. 1986, páginas:73-92.

- Estados, Territórios e Distrito Federal, incumbidos do planejamento de saúde, criação e operação de serviços de saúde, em apoio às actividades municipais;

- Municípios, para manter os serviços de saúde, especialmente os de pronto – socorro e vigilância epidemiológica"[145].

Evidência que, desde o ano de 1981, o sistema foi organizado em forma de AÇÕES INTEGRADAS DE SAÚDE – AIS.

Aponta que, já nesse momento, as conseqüências da recessão económica fazia-se notar nos sectores de Saúde e Previdência. Foram organizadas instâncias colegiadas, que actuavam subordinadas à Comissão Interministerial de Planejamento (CIPLAN), formada por representantes dos Ministérios: da Saúde, Previdência e Assistência Social e Educação.

As instâncias colegiadas teriam a opção de formação, guardando-se as peculiaridades de cada unidade Federada.

Seriam:

- *"Em nível estadual, Comissão Interinstitucional de Saúde – CIS;*
- *Em nível regional, As Comissões Regionais Institucionais de Saúde – CRIS;*
- *Em nível municipal, as comissões sociais, Interinstitucional de Saúde – CLIS;*
- *Em nível dos grandes municípios, As Comissões Institucionais Municipais de Saúde, CIMS"*[146]

Posiciona-se, então, STOTZ, criticamente em função do que chama de *"interesses políticos – institucionais cristalizados"* que estariam reduzindo as chances de atuação positiva na área da Saúde Pública no Brasil. Cita, nesse sentido, um fragmento do texto de palestra proferida pelo então presidente do INPS, na Escola Superior de Guerra, quando identifica quatro grupos que influiriam nas decisões da assistência médica no país: as empresas de prestação de serviços de Saúde, a indústria farmacêutica, a indústria de equipamentos, e os recursos humanos.

---

[145] ibidem paginas 80 e 81. No item em que o estudioso refere-se aos municípios e os atendimentos de pronto socorro, cita como fonte Oliveira, Jaime, e FLEURY, Sonia in Previdência Social, Petrópolis Vozes, Rio de Janeiro, Abrasco, 1986.

[146] ibidem página 81.

Lamenta que os trabalhadores não tenham sido lembrados pelo palestrante, acima citado, mas reconhece que os mesmos não tinham participação no gerenciamento das instituições previdenciárias. Registre-se as palavras que foram pronunciadas por ocasião do Simpósio: *"A crise econômica e à Saúde dos Trabalhadores"*, realizada pelo Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas de Saúde e Ambiente de Trabalho (DIESAT), em 15 de outubro de 1983. São consideradas de relevância para os estudos da historiografia da Saúde Pública no Brasil:

> *"As acções de Saúde, em geral desenvolvidas pelo Ministério da Saúde, estão voltadas para a preservação e manutenção da força de trabalho e ampliam-se para ações de recuperação da Saúde, isto é, para a assistência médica, nas fronteiras económicas criadas pelos investimentos capitalistas agropastoris, como na Amazônia. Num país de desemprego crônico, o pragmatismo do Estado, que fere os interesses do capital, não o levaria a investir na recuperação de doentes porque desempregados, e sim na contenção de epidemias e endemias capazes de comprometer a produção"*[147].

Após empreender aprofundado estudo dos gastos da saúde previdenciária no país, ressalta um levantamento do IBGE, de 1974, onde se apresentam os gastos familiares com a saúde. As famílias no Nordeste gastariam de seu orçamento familiar, 57% com compras de remédios; no Rio de Janeiro, os gastos seriam de 34%; e no Estados do Sul, 37,6% do orçamento familiar. Denuncia ainda o que chama de *"Modelo de Organização de Saúde"* que estaria dificultando a *"universalização do atendimento médico"*, implantada desde 1974 através do *"Programa de Pronta Ação"* (PPA).

Expõe, além das diretrizes desse modelo dificultador, a discussão do mesmo, levando à VIII Conferência Nacional de Saúde, onde foram estabelecidos os primórdios do SUS, já acalentados desde a IIIª Conferência Nacional de Saúde em 1963, e que viria a ser, após a constituinte de 1988, o novo gestor do Setor Saúde no Brasil.

Foram, então, elencados por STOTZ, as características do modelo de saúde gerenciado pela Previdência Social, catalisador dos impedimentos do desenvolvimento do Setor Saúde, relacionados assim:

---

[147] ibidem página 82.

- *"ênfase à medicina curativa, individualizada, em detrimento da saúde preventiva;*
- *privilegiamento das empresas privadas de produção de serviços de saúde, através da compra, pela Previdência Social, desses serviços;*
- *tendência à universalização do atendimento médico em caráter de modo desigual;*
- *tendência ao desequilíbrio financeiro crônico"*[148].

No item, tratado por STOTZ, como *"Saúde do Trabalho"*, é explícito o conceito de saúde que dirigiu e dirigem toda a fenomenologia da saúde no Brasil a partir da VIII Conferência Nacional de Saúde, da qual os sanitaristas médicos e enfermeiras de Saúde Pública, aqui também participaram activamente de sua estrutura. Na presente pesquisa adoptar-se-á, para fins metodológicos e também fundamentação de uma filosofia marxista (materialismo histórico), esta mesma conceituação para a saúde:

> *"Em seu sentido mais abrangente, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. E assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida"*[149].

[148] ibidem página 87
[149] ibidem página 88.

3.2.2 PERÍODO DO PRESIDENTE FERNANDO HENRIQUE CARDOSO: 1995-2002

Chega-se então a era do "MÃOS A OBRA" (1995-1998), com as propostas de Governo para os quatro primeiros anos do Sr. Fernando Henrique Cardoso – FHC, ou CARDOSO, como será também referenciado neste texto científico.

Em principio, a campanha do governo de CARDOSO para os primeiros quatro anos 1995-1999, que estendeu-se, por seus planejadores, estava ambientado em *"desejos e objectivos"*, ao passo que a campanha *"AVANÇA BRASIL" (2000)*, componente do arcabouço de propósitos do segundo mandato 1999 – 2002, estaria transcrevendo um caminho de participação e concordância do eleitorado com o primeiro mandato do presidente FHC.

A avaliação que foi feita do governo de CARDOSO, realizada pelo AVANÇA BRASIL, consta:

- A utilização de 20% do PIB em favor dos programas sociais.
- Prioridade ao ensino Fundamental, com 95% desta faixa etária, matriculadas nas escolas.
- Atualização do marco teórico do Sistema Educacional com a Lei de Diretrizes e Bases LDB, com o Plano Nacional de Educação, reorganização do Ministério da Educação, programa de ensino a distância, a merenda e transporte escolar.
- Amplia o Programa de Saúde da Família para 3.500 equipes e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde – 10 mil agentes.
- Redução da mortalidade infantil.
- Dinamização do programa de saúde da mulher.
- "Criação" de um dos melhores serviços de atendimento a pacientes SIDA/AIDS*.
- Revolução na qualificação profissional.

---

* SIDA - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida. AIDS - cigla na língua inglesa, adotada também nas Américas.

- O Programa de Reforma Agrária foi considerado o maior executado no mundo e superior a tudo o que se fez na área em todos os tempos no país.

- O valor real pago aos beneficiários foi melhorado, em especial para os mais pobres.
- No setor habitacional melhora o financiamento para compra e construção de moradias, aplicando novas regras.
- Restabeleceu de formas a melhorar os financiamentos nas áreas sociais.
- Através do programa Comunidade Solidária aprimorou a relação governo/comunidade, com Acções Sociais levadas aos municípios.
- Rompeu com o clientelismo e fisiologismo, pois, além de mobilizar a sociedade, criou novas formas de política assistencial.

Admite ainda que a dívida social é ainda *"imensa"* e *"moralmente inaceitável"*... mas considera que pode-se *"avançar mais"*.

E considera, ainda, como tarefa para o próximo governo (1999-2002), entre outras:

- Tirar da indigência mais de cinco milhões de famílias
- Acabar com a fome e a exploração do trabalho infantil,
- Proporcionar aos brasileiros mais pobres um serviço público de boa qualidade.

E com isso a construção de uma *"Sociedade mais justa e igualitária"*.

Quanto à Saúde Pública no país, admite-se que: houve situação chamada de "pressões" e ocasionada por: Aceleração da população urbana:

- A população envelhecendo
- A volta crescente de doenças específicas de subdesenvolvimento.
- E remontam o compromisso com o conceito de Saúde que gira em torno de:

> *"Padrões aceitáveis de emprego e segurança, educação básica, alimentação adequada, disponibilidade de serviços de água, esgoto e colecta de lixo, melhores condições ambientais e garantia de acesso aos serviços de Saúde, com ênfase na prevenção e promoção da qualidade de vida"*.

Ressaltam a introdução do Piso de Atenção Básica PAB – como um sistema de repasse das verbas mais adequadas que o tradicional (baseava-se no quantitativo de pessoas atendidas) e o novo sistema que ordena-se em função do número de habitantes.

Mas, admitem que é necessário avançar em:

- Mudanças no financiamento de sector.
- Investir mais na descentralização do sector.
- Um sistema mais organizado em função do atendimento à demanda.
- Que o atendimento básico tenha prioridade.
- Expansão do Programa de Saúde da Família PSF.
- Avaliação dos programas de saúde constatando-se seu impacto nas populações.
- A adopção do que o texto chama de "novas práticas" nas políticas de Saúde, onde dever-se-á valorizar: a qualidade, transparência, moralidade, e o controle social.

Reconhece-se, ainda, as modificações demográficas ocorridas no país como: Expectativa de vida aumentando (envelhecimento populacional).

- Aceleração da urbanização nas últimas décadas.
- Doenças transmissíveis
- Cânceres
- Doenças cardiovasculares
- Acidentes de trânsito e outros.

Compromete-se, então, para os próximos quatro anos, 1999-2002, com acções preventivas, sendo valorizadas:

- Doenças imunopreveníveis com *"aumento das acções de vacinação"*.
- Tratando precocemente a hipertensão ter-se-á redução das mortes por infartos e acidentes vasculares.
- Detectando precocemente e tratando o câncer de colo uterino ter-se-á menos mortes.

Na atenção básica, destaca-se o Programa de Saúde da Família, PSF, com a mudança estrutural do SUS, através da ampliação e consolidação do Programa.

Reconhece que o PSF estimula a equidade, apresentando as reais necessidades da comunidade, humanizando o atendimento que é feito tanto individualmente ou em cada família. Organizando ainda o Sistema para o atendimento a maior complexidade.

Além de que:

"Produz impacto nas condições de saúde na população": aumento da cobertura vacinal diminui internações por causa preveníveis, diminuindo de forma relevante a morbi-mortalidade infantil, a materna e a geral, demonstrando a população maior satisfação com esse tipo de atendimento.

No dizer do programa AVANÇA BRASIL – O Governo do Presidente CARDOSO admite que há mortalidade materna e infantil embora com índices menores e *"incompatível"* com o estágio de desenvolvimento alcançado pelo país. Admite, ainda, que esses índices de mortalidade seriam maiores entre as pessoas mais pobres.

O governo do presidente FHC apresenta, como prioridade, o atendimento integral à saúde da mulher (PAISM), à família, à criança e ao adolescente.

Por entender que a assistência à saúde do adolescente é um enfrentamento de múltiplos elementos, a atenção requer a acção de uma multiplicidade de sectores e actividades.

Apresenta situações como a gravidez na adolescência, onde 25% dos partos realizados foram em meninas e adolescentes na faixa etária de dez a dezanove anos.

Quanto às causas externas (homicídios, suicídios, acidentes) releva os acidentes de trânsito e as agressões físicas, apresentando-se como altos índices dos agravos inclusos no item violência. Quanto ao uso de drogas, considera-o de relevância mundial, mas que seu combate deve ser agressivo e multisetorial.

Elenca então sob o título de *"Metas Principais do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher – PAISM, e dos Programas voltados para Criança e o Adolescente"*:

- Ampliação das acções do planejamento familiar às adolescentes, motivando uma redução de impacto na gravidez desse segmento populacional.
- Redução das mortes maternas através da ampliação da assistência Pré-Natal.
- Melhorias na assistência ao parto através de: humanização do parto, estímulo ao parto normal e certeza de tratamento para gestantes de alto risco gravídico.
- Quanto às doenças sexualmente transmissíveis e a SIDA/AIDS, deverá desenvolver projetos específicos para as mulheres e demais segmentos populacionais, como: acções educativas, distribuição de preservativos, garantia à gratuidade no acesso aos testes para identificação do vírus HIV/SIDA/AIDS.
- Garantia de medicamento grátis, através do programa de assistência Farmacêutica Básica-PAFB, diminuindo as mortes por diarreias infantis, através dos sais de reidratação oral.

Quanto ao item: *"melhorar a vigilância, a prevenção e o controle de doenças"*[150] posiciona-se assim:

> *"O próximo período governamental deverá representar um marco histórico no fortalecimento da capacidade nacional de estruturar um sistema moderno e eficiente para monitorar a situação de saúde apto a se antecipar ao recrudescimento de doenças, detectando alterações em perfis epidemiológicos e desenvolvendo técnicas e acções adequadas de controle"*[151].

Ressalta que o sistema deve responder ao actual quadro sanitário do país, evitando o surgimento ou ressurgimento de doenças transmissíveis e monitorando doenças como as cardiovasculares, cânceres, violência e acidentes.

Crê-se que, intensificando-se as acções de promoção e prevenção da saúde que já foram implementadas no 1° governo de CARDOSO(1995-1998), ter-se-á como que a continuidade no trabalho do Ministro da Saúde, e crê-se que apresentará *"resultados significativos"* no ano de 2002.

É de relevância para os estudos da Saúde Pública do Adolescente Brasileiro nos governos dos presidentes JK – (Mário Pinotti) e FHC – (José Serra), verificar-se, além do que já foi apresentado pelos textos governamentais, continuar examinando as propostas para o período do segundo governo de CARDOSO, (1999-2002) haja vista que o então Senador por São Paulo, José Serra, assumiria o Ministério da Saúde a partir do ano de 1998.

Examine-se, pois, o que o *"AVANÇA BRASIL"* elaborou com relação ao item: *"Políticas de Protecção e Garantia dos Direitos da Criança e do Adolescente"*, apresentando o texto essa política como esforço de um complexo de entidades governamentais e não governamentais, onde atuariam diferentes poderes da Federação. Essa acções seriam de cunho assistencial, *"serviços especiais, protecção jurídica e social por entidades de defesa dos direitos humanos"*.

Caracteriza-se os compromissos do presidente Fernando Henrique Cardoso, com esse grupo populacional através das *"metas"*:

- Que os programas de educação de jovens sejam ampliados, buscando-se parcerias entre os poderes governamentais e organismos da sociedade civil.

---

[150] ibidem página 163
[151] ibidem página 186.

- Que ampliem-se *"as oportunidades"* à educação básica e ao ensino profissionalizante.
- Que amplie-se o espaço escolar à participação da comunidade, pais, parentes dos alunos; bem como, os educadores.
- Que em forma de campanhas divulguem-se temas como *"AIDS, drogas, prostituição entre outros"*.
- Que se incentive programas de *"complementação escolar"* através do esporte e cultura, proporcionando o surgimento de talentos envolvidos em actividades criativas. Com participação de entidades governamentais e não governamentais.
- Que se reforce a *"capacitação continuada"* de agentes municipais em programas dedicados a esse segmento da população.

O item *"juventude"* identifica o jovem entre 15 e 29 anos. Objectiva-se a promoção da cidadania e apresenta-se como *"atenção especial"* o quesito juventude. Demograficamente situados com 40 milhões de brasileiros, a faixa etária dos 15 aos 29 anos, as demandas dessa população abrangeriam *"educação, trabalho, segurança, família, saúde, lazer, cultura, habitação"*.

Reconhece-se que o *"conjunto das políticas públicas"* apresentadas no texto presidenciável carece de: mecanismos capazes de articulação, entre os diversos programas existentes. A definição de novos mecanismos de actuação, e o direccionamento adequado dos diversos parceiros com o intuito de motivar a participação tanto dos jovens, quanto de organismos actuantes da comunidade organizada.

O texto chama de *"esforços adicionais"*, que deverão ser empreendidos frente ao que se elege como duas questões: a de *"violência urbana"* e o *"tráfico de drogas"*. Lembra que nessas duas questões os jovens apresentam-se, no país, como as principais vítimas. Destacando que entre as causas não naturais de morte entre os jovens, o homicídio vitima 44% dos mesmos.

Apresentando como acções que chama de *"extrema importância"*, a ampliação de campanhas onde se ressaltam as conseqüências dos efeitos do uso de drogas e a *"preparação"* de pais e professores para o entendimento desse uso. A *"dura repressão ao comércio dessas substâncias"* e a configuração de responsabilidade institucional do acolhimento de denúncias de abusos contra os jovens.

O texto de autoria de SERRA e CANNON (1999)[152] que se fundamenta, entre outros teóricos, CARL, ROGERS e BRITTO, Sulamy, traz idéias e preocupação com a saúde do adolescente brasileiro.

É representativo das directrizes do Ministério da Saúde do Brasil, e pode ser metodologicamente alinhado aos pressupostos governamentais (FHC – José Serra), quando diz:

> *"No Brasil, as directrizes das políticas de Saúde integral voltadas para a adolescência – pessoas na faixa etária de 10 – 19 anos – preconizam, assim, a ênfase nas acções de promoção de saúde e prevenção de agravos, por meio de acções educativas de cunho multiprofissional e intersetorial, com participação efectiva dos adolescentes na elaboração, implementação e avaliação dessas políticas. "Dessa forma, uma das estratégias utilizadas pela área de saúde do adolescente e do jovem do ministério da saúde e o apoio à capacitação de adolescentes como promotores de saúde, na perspectiva de que estes promovam mudanças de atitudes e de comportamento próprios entre seus pares, que os leve a fazer escolhas mais saudáveis e a exercer melhor controle sobre a saúde e o meio ambiente "* (SERRA E CANNON, 1999:276).

Ao fundamentar-se de forma teórico- prática com metodologia de educação em saúde, ROGERS, que, segundo as autoras, estaria na flexibilização de si mesmo e das pessoas, aceitando-se o seu contexto sócio- cultural, a percepção seria diversificada dando vazão à criatividade.

Em BRITO, as autoras encontraram três conceitos fundamentais para a compreensão da teoria de ROGERS, como:

- *"A predisposição à auto-realização"* - que seria uma força natural no homem para a auto realização.
- *"Noção do eu"* - seria a representação que a pessoa teria de si mesma, ajudando-a a interagir com os outros e seu meio ambiente.
- *"Auto-valoração"*, seria algo natural no ser humano quando de sua busca por autorealização.

---

[152] Serra, Ana Suclária de Lemos, e CANNOM, Lucimar R. COSER. Pelo Andar se Faz um Caminho. Uma Proposta Metodológica de Educação em Saúde para Adolescentes. In: Cadernos Juventude Saúde e Desenvolvimento, MINISTÉRIO DA SAÚDE, Secretária de Políticas de Saúde – Área de saúde do adolescente e do jovem. volume 1. Brasília, agosto de 1999, páginas 276-288 DA SAÚDE, Secretária de Políticas de Saúde – Área de saúde do adolescente e do jovem, volume 1, Brasília, agosto de 1999, páginas 276-288.

Com bases nesses conhecimentos, a proposta metodológica apresenta-se como um fenómeno do auto- cuidado, que as autoras conceituaram como:

> *"Desenvolvimento da auto estima e de atitudes saudáveis a partir da percepção da necessidade de adoptar um estilo de vida de baixo risco"*[153].

A proposta teria sido auxiliada pela sistemática de práticas educativas na saúde do adolescente, exercitada por algumas regiões brasileiras, por equipes multidisciplinares, em oficinas, cujas práticas foram também avaliadas.

As idéias que funcionaram como facilitadoras da interacção educativa teriam sido:

- *"Adolescente, você tem poder de poder mudar"*, chama a atenção que esta frase é composição musical composta por adolescentes, crendo-se que motivará a força do jovem como capaz de transformá-lo, bem como o contexto sócio-antropológico.
- *"Quem é esse homem que se quer formar?"* Entendendo as autoras ser essa frase o núcleo do processo educativo.
- *"Respeitar e entender as especificidades dessa fase evolutiva e os interesses dos adolescentes"*

Aqui as autoras entendem que a responsabilização do adolescente seria capaz de transformá-lo em *"agente de mudanças"*, *"sujeito de sua própria História"*. Como fonte utilizada estariam *"as forças modificadores internas"* em conjunto com *"estratégicas de ensino"* que priorizasse o convívio grupal, favorecendo, assim, o surgimento de *"espaços educativos"*, onde o adolescente assumiria, ao que parece, naturalmente seu papel de *"transformador"* de sujeito da acção, apresentando-se então como modificador de si mesmo e da sociedade onde ele vive.

Após essa fundamentação, os autores debatem vários segmentos, entre eles, e de interesse desta tese, salientar o conteúdo pragmático, cuja fundamentação, segundo as autoras, deve contextualizar a prática vivenciada com os adolescentes.

Consideram de *"maior importância para promoção à saúde"*[154]:

- *"Crescimento e desenvolvimento*
- *Sexualidade e saúde reprodutiva*

---

[153] ibidem página 278.
[154] ibidem página 279.

- *Relações familiares e sociais*
- *Higiene e nutrição*
- *Violência*
- *Acidentes*
- *Uso indevido de drogas*
- *Projecto de vida"*

À semelhança da composição gráfica feita por DONNAS Solum, (1992), já trazida ao debate nos espaços iniciais deste capítulo, onde configura seus ideais de protecção primordial para a fundamentação fenomenológica do Programa de Saúde do Adolescente desde os anos 90 – o PROSAD, as autoras aqui, também entenderam que uma figura de cunho explicativo apresentar-se-ia facilitadora de compreensão de seus pressupostos. Assim construíram a figura *"Concepção Metodológica de Oficina Educativa em Saúde para Adolescentes"*.

Apresentam entre outros os fenómenos da criatividade, a liberdade de expressão, a ludicidade, e a postura educativa transformadora como fortalecedoras da *"conscientização, construção do próprio saber, respeito aos valores individuais e sócio-culturais, integração grupal, reflexão crítica, desenvolvimento da auto-estima, como construção da oficina para Adolescentes"*, contextualizados pelo auto- cuidado. Entendendo que a conjuntura de todos esses elementos produzirão uma visão crítica do adolescente capacitando-o a optar pela adopção de um *"estilo de vida"* de baixo-risco[155].

Os esforços de DONNAS (1992), na implementação da assistência ao adolescente e jovem no Brasil, através de iniciativas como o PROSAD (anos 80 e 90) pelo Ministério da Saúde, e as preocupações de SERRA E CANNON (1999), com o estímulo à formação e actuação na área de saúde do adolescente e do jovem, procurando através de oficinas embasadas no auto- cuidado, não parecem suficientes no cumprimento legislativo que o país assume diante da comunidade Internacional e de sua comunidade e das diversas cartas de intenções, as quais transformam o Brasil em parceiro das nações que procuram cuidar de seus adolescentes, jovens e do seu meio ambiente.

Entendendo como incipiente a implementação dos conteúdos da assistência do adolescente e jovem no Brasil, até aqui evidenciado pelo Ministro da Saúde, José Serra (1998 – janeiro 2002), em especial ao que revelam os indicadores de exposição dos adolescentes e jovens, a categoria violência (causas externas).

---

[155] ibidem página 281

Apesar de ambos os ministros, José Serra (efetivo) e Barjas Negri (interino), em 2001, terem implementado um texto que regularia e normalizaria esse quesito para a saúde pública, em favor, ao que parece, desse segmento populacional, o que se produziu não foi suficientemente debatido na área técnica do adolescente e jovem, organizada em função do grupo programático anterior, o PROSAD.

Inferência realizada ao examinar-se os próprios indicadores governamentais que admita-se, já serem, por si sós, preocupantes. Além de estarem presentes, há pelo menos uma década, vitimando os adolescentes e jovens brasileiros.

Visualiza-se no contexto aqui estudado, "Política Nacional de Redução da mortalidade por acidentes e violências", portaria n. ° 737 MS/GM, de 16 de maio de 2001, bem como através de portarias que estabelece, em 1998, o comitê técnico científico CTC, com função de assessoramento ao "Comitê de Prevenção de Acidentes e Violências na Infância e Adolescência". Ambos os comités designados pelo Ministro da Saúde José Serra.

O então ministro da Saúde interino, BARJAS NEGRI (2001), define, para o sector saúde, uma política nacional, em função da decisão de reduzir a morbimortalidade por acidentes e violências no país.

O texto de que trata essa política apresenta conceitos e situação epidemiológicas desses agravos no país, que vitimam de forma preponderante crianças, adolescentes, mulheres e idosos.

Reconhecendo o Conselho nacional de Saúde – CNS, em resolução n.° 309 , de 08 de março de 2001, entre outras, a seguinte situação.

> *"As causas externas matam, anualmente, em nosso país, por volta de 120.000 pessoas, mais que todas as doenças infecto-contagiosas, e mais que o total de soldados norte-americanos mortos nos doze anos de guerra do Vietnã, o que nos constrange em reconhecer o estado de plena guerra civil em nossa sociedade"* (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001:58)[156].

Já nas grandes cidades do país, predominam os acidentes e violências onde 75% das mortes apresentam-se nas áreas urbanizadas. Nas áreas do campo do país a situação apresenta-se com diferenças, com a gravidade de que são investigadas com morosidade. Destacam-se mortes por conflitos de terra, conflitos em área de garimpo, de narcotráfico, aliciamento e exploração de

---

[156] MINISTÉRIO DA SAÚDE – BRASIL Política Nacional de Redução da Morbimortalidade opor acidentes e Violências, Portaria M/SGM nº 737 de 16/5/01 publicada no DOU nº 96, secção 1e. de 18/5/01, série e E.n.B., Brasília, D.F, 2001, páginas 64 p.

crianças e adolescentes escravizados e prostituídas. Considera-se ainda alvos dessa política vítimas de substâncias tóxicas, agrotóxicas e acidentados por animais peçonhentos.

Em seu conjunto conceitual, a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por acidentes e violências, tem-se que a Morbimortalidade em decorrência de ocorrências acidentais e violentas matando ou provocando agravos à saúde e procura pelos serviços assistenciais.

Apresenta-se *"acidente" "como ocorrência não intencional e sendo possível evitá-lo, causando ferimentos físicos e/ou emocionais no âmbito doméstico ou nos outros ambientes sociais, como o de trabalho do trânsito, da escola, de esportes e o de lazer"*.

Acompanha o Ministério da Saúde Brasileiro, a classificação Internacional de Doenças – CID, da Organização Mundial da Saúde, de 1985 e 1995. Os acidentes e violência levando ou não ao óbito, são os considerados acidentais como: trânsito, trabalho, quedas, envenenamentos, afogamentos e outros. De causas intencionais, como: agressões e lesões auto-provocadas, seriam esse contexto conhecido como *"causas externas"*.

Como já foi dito aqui, desde os anos 80 que as causas de mortalidade, por causas externas, aparecem como segunda causa, entre a mortalidade geral do país. E considerado como um dos mais graves problemas de Saúde Pública.

Apresenta-se, desde então, com 15% do obituário presente no país, *"perdendo"* apenas para as doenças circulatórias.

Já em 1996 e 1997 as causas mortes por acidentes e violência foram responsáveis por 120 mil mortes por ano no país.

Apresentando-se na faixa etária de 5 a 39 anos, as causas externas como principal causa mortis.

A população masculina tem sido o principal alvo de mortalidade. Entre a população jovem, em 1997, para cada mulher de 20 a 29 anos, morreram 15 homens com a mesma idade, por arma de fogo. Estando ainda o sexo masculino mais vitimado pelas drogas. Entre elas, o álcool (SIM/MS – 1997).

Esse obituário é analisado através do impacto provocado na população conhecido como *"Anos Potenciais de Vida Perdidas"* (A.P.V.P.). Apresentando-se elevado entre os adolescentes e adultos jovens onde os acidentes e as violências são responsáveis pelo *"maior número de anos potenciais de vida perdidos"*.

Outro agravo a provocar altos números de óbitos, quanto de feridos, acompanhando-se o sistema de Informações de Mortalidade (SIM) da Fundação Nacional de Saúde, FUNASA, tem-se que, em 1996, 35.545 pessoas vieram a falecer devido a acidentes com transportes. Em 1996, esses

dados por causas externas significaram 30% do total de mortes. Ficando o índice em 22,6 por 100.000 habitantes, sendo 40% maior do que a que apresentou-se em 1977.

Cita o texto os trabalhos de MELLO, Jorge, e LATORRE, de 1994 e MELLO, Jorge e Colaboradores de 1997, como entre outras conclusões, a de que as maiores vítimas por causas externas de acidentes por transportes, seriam os adultos jovens.

Tem-se algumas intervenções para conter essa realidade como o novo código de trânsito Brasileiro, o CTB, que iniciou sua efectivação em 22 de janeiro de 1998, através da lei nº. 9.503, tendo-se como prioritário a segurança e a preservação da vida. Considera o texto ministerial, no entanto, que houve *"retardamento"* na implantação do CTB, bem como seu aporte técnico profissional é precário, dificultando a fiscalização.

A partir dos registros utilizados tem-se que, em 1996, 90% dos acidentes registrados aconteceram nas regiões Sudeste e Sul, sendo 50% na área industrial; e destes 60% teriam vitimados o grupo populacional de 18 a 35 anos de idade. No segmento masculino, a área mais geradora de acidentes é a construção civil.

Note-se que, com a implantação em 1975 no Brasil, do Sistema de Informação de Mortalidade do Ministério de Saúde – SIM/MS, ficando sob responsabilidade do Centro Nacional de Epidemiologia da Fundação Nacional de Saúde – FUNASA, expõe-se que o sistema ainda lida com limitações, tais como cobertura incompletas no Norte/Nordeste do país, a qualidade das informações sobre acidentes e violência, carecem de reparos.

O texto admite ainda que, através dos estudos de ASSIS e colaboradores de 1994, atesta-se que crianças e adolescentes até 14 anos são mais vitimados por acidentes de trânsito (atropelamentos), tendo mais impacto na mortalidade do que os homicídios.

Considera-se a violência doméstica contra a criança e o adolescente potencializada pela violência social, como as crianças na rua, prostituição infantil, actos infracionais, entendendo-se que devam ser prioritariamente tratados.

Admite, também, que os adolescentes e jovens seriam os mais expostos à violência. Referindo que esse grupo da população seriam os mais vitimados pela violência ou causas externas, pois *"cerca de sete, em cada 10 adolescentes"*, morrem conseqüente a esses tipos de causas.

Apresentam para exemplificar alguns estudos como os de Mello Jorge e Colaboradores de 1998, onde aponta-se que, entre 1984 e 1994, a taxa de mortalidade na população masculina de 15 aos 19 anos teria passado de 93,7 para 128,2 por 100.000 habitantes, com aumento significativo de 37%. Cita-se ainda os trabalhos de CRUZ NETO e MOREIRA de 1998, os quais admitem que as *"precárias condições de vida"* das crianças e adolescentes seriam responsabilizas por esta

situação. E que as crianças, adolescentes e jovens, em lugar de estarem na sala de aula, tornam-se trabalhadoras, em desrespeito, assim, ao Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA).

Outros agravantes são citados como somatórios, a essa situação encontrada como : a actividade sexual precoce sem protecção, levando adolescentes e jovens a contraírem, com freqüência, doenças sexualmente transmissíveis – DSTS, a SIDA/AIDS, *"o aborto, a gravidez não planejada"*, acentuando os índices de morte materna. Chama-se a atenção para que, por *"necessidade de sobrevivência económica"*, esses adolescentes e jovens são vítimas do *"aumento da exploração sexual"*. Agravando-se com o *"despreparo da escola, a sociedade, e serviços de saúde ao lidarem com o tema sexualidade"*.

Quanto ao género, estariam as mulheres vitimadas por violências físicas e sexuais, como mais frequentes. Identificando-se a causalidade desses fenômenos como *"associados"* a *"relações de género, estruturadas em bases desiguais"* ocupando elas, com *"submissão"*, o seu lugar na sociedade, cujos agressores, com mais freqüência, estão entre os maridos, companheiros ou pessoas próximas. Da Pesquisa Nacional por Amostragem Domiciliar (Pnad, 1998), revela-se que 63% dos agravos por agressão física acontecidos intradomiciliar, apresentam a mulher como vítima.

Reconhece o texto governamental que é de grande *"magnitude"* para a sociedade brasileira os problemas de violências e acidentes.

Entendendo que, por ser em diversidade de factores o enfrentamento, *"deva ser"* um esforço de coordenação, sistematização com o envolvimento de vários sectores sociais, governamentais e a população em geral.

Como política setorial, acredita-se que *"a promoção da saúde teria, em decorrência, a qualidade de vida, justificada, através de estratégias fundamentais"*[157] abrangendo os diversos sectores governamentais e sociais, como já foi dito, além de fortificar a acção comunitária.

Espera, portanto, que ao buscar-se direcionar a política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências, como processo político e social, seja-se capaz de induzir a sociedade a apropriar-se de *"hábitos e estilos de vida saudáveis"*, bem como, que surjam ambientes saudáveis, tanto colectivos como individuais.

Os Propósitos da Política Nacional abrangem uma contextualização da saúde como direito humano fundamental considerando-se essencial para o *"desenvolvimento social e económico"*. A vida apresenta-se configurada pelo direito e o respeito, considerados valores éticos, culturais e de vida.

---

[157] Ibidem p. 23.

E vem a promoção da saúde contextualizada nos *"planos, programas, projectos"* e acções para diminuição da violência e acidentes.

Quanto às directrizes implementadas em função dos propósitos espera-se:

- *"Promoção de adopção de comportamentos e de ambientes seguros e saudáveis;*
- *Monitoração da ocorrência de acidentes e de violências;*
- *Sistematização, ampliação e consolidação do atendimento pré – hospitalar;*
- *Assistência interdisciplinar e intersetorial às vítimas de acidentes e de violências;*
- *Estruturação do atendimento voltado à recuperação e à reabilitação;*
- *Capacitação de recursos humanos;*
- *Apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas."*[158]

A promoção de atitudes não violentas estaria centralizada em sensibilizar e conscientizar os *"formadores de opinião"*, toda população, através de campanhas de mobilização social objectivando envolver a comunidade na identificação e prevenção de violência e dos acidentes. São visualizados ainda, processos educativos, como *"elaboração e divulgação"*, participação de grupos sociais, capacitação de pessoal, fazendo, assim, parte de iniciativas na área preventiva.

Quanto às acções de recuperação das pessoas vitimadas por acidentes e violências, os serviços de saúde estariam organizando-se em função de prestação de *"informação, orientação e apoio"* aos vitimados e seus familiares.

Ficando as actividades de *"sensibilização" e "informação"* aos profissionais e gestores participantes desse processo. Fala-se então que o papel desses segmentos de pessoal estaria, com prioridade, na orientação dos vitimados com *"sequelas e deficiências"* com o envolvimento de seus familiares.

Conta-se, ainda, na perspectiva preventivista, com a participação dos Estados e municípios ao nível de sensibilização, no tocante à prevenção dos acidentes e das violências. A produção de *"material educativo"* com abordagem dos temas para envolvimento dos profissionais de saúde e da área de educação.

Quanto às actividades direccionadas à violência familiar, fala-se em medidas que levem ao reconhecimento e redução da violência doméstica.

---

[158] Ibidem p. 25.

Admite-se o carácter multifatorial, na causação da violência doméstica, como também a necessidade de acções intersetoriais.

Entende-se então, a Política Nacional, voltada para a identificação e redução da violência doméstica, necessitando-se tipificar a violência sofrida e o ambiente onde ocorrem esses fenómenos bem como os envolvidos, como vítimas e sujeitos das acções violentas. Havendo possibilidades de repetições dos fatos vitimadores. Entende-se que os idosos estariam entre as vítimas importantes dessas agressões, citando-se a formação de *"cuidadores"* como actividade que se estimule, em função do papel protector a esse segmento.

O texto apresenta-se fiel depositário das leis nº. 8069/40 e 8.842/94, provedora dos segmentos populacionais como as crianças, adolescentes e idosos, no cumprimento da obrigatoriedade da notificação dos maus-tratos a eles causados, bem como no diagnóstico situacional epidemiológico ao que o texto se propôs.

O governo do Presidente Fernando Henrique Cardoso, à época do Ministro da Saúde, José Serra, apresenta-se, ainda, em outro texto discursivo.

Ao examinar-se a publicação da Presidência da República – *"Agenda de Governo – Biênio 2001 – 2002"*[159], na Introdução trata de um documento relevante onde destacam-se as *"acções essenciais"* para os anos de 2001 – 2002 quando pretende-se consolidar e potencializar o que denomina-se o país ter conseguido com o *"plano de desenvolvimento económico e de inclusão social"*. Entende-se ainda, que presta-se à actualização da visão governamental de *"condições de estabilidade política e económica"* que entende-se terem sido fundamentadores do modelo governamental de CARDOSO e seus aliados.

Adverte-se não se tratar de um novo plano de governo, mas apresenta-se como uma agenda para o *"debate político"* e administrativamente seria utilizado como uma orientação tipo *"roteiro"*.

Acredita-se, no texto, que a melhora nos indicadores de saúde, saneamento básico, no que chama-se de *"renda familiar"*, e os bens de consumo duráveis terem sido mais adquiridos, por segmentos da população, apresentando essa contextualização significados favoráveis aos indicadores sociais.

A agenda *"Avança Brasil"* e a lei orçamentária apresenta o conjunto de programas sociais do governo Federal, em um universo de 360 programas, projectos e acções.

A implementação dessa grade de acções são propósitos apresentados, dos quais, seleccionou-se para debate alguns itens relativos à situação de saúde e mais especificamente a

[159] PRESIDENCIA DA REPÚBLICA. agenda do governo . Biénio 2001-2002, Brasília, D. F. , 2001, páginas 7-15, 32-48-50.

saúde do adolescente. No item *"saúde, nutrição e melhoria das condições de vida"*, apresenta-se a proposta e propósitos que o Ministério da Saúde se empenhará. Fala-se na Emenda Constitucional nº. 29, (PEC), que trata da elevação gradual do orçamento para a área até 2004, nos níveis governamentais federais, estaduais e municipais.

Quanto ao *"Programa de Controle das doenças sexualmente transmissíveis – DST'/AIDS"*, apresenta-se como *"meta"*, para os próximos dois anos, *"evitar a expansão da doença"*. Entende-se que o programa já apresentava resultados favoráveis nessa *"meta"*. Propõem-se então, distribuir-se *"1,2 bilhão"* de preservativos e a realização de 80 campanhas de educação a nível nacional visualizando o enfoque preventivo.

Ao referir-se ao SUS, ressalta-se que a qualidade e eficiência serão priorizadas, com a emissão de 100 milhões de cartões para que a população tenha seu atendimento no sistema. Mais de mil os municípios beneficiados. Mil novas máquinas de Hemodiálise seriam adquiridas.

O projecto REFORSUS, no âmbito do aporte financeiro, modernizará e proporcionará a compra de equipamentos em mais de mil unidades de saúde, hospitais, hemocentros, laboratórios e o fornecimento de aparelhos para o Programa de Saúde de Família.

Quanto à interiorização das acções de Saúde, que entenda-se como universalização desse serviço, o governo Federal trabalhará em cerca de 500 municípios do interior do Brasil, levando assistência a *"5 milhões de pessoas que nunca tiveram acesso à assistência médica"*.

Nas previsões relativas à rede de saneamento básico, aponta-se que 75% das internações hospitalares estão estreitamente relacionadas às deficiências nessa rede. Entendem, ainda, que a implementação nessa área seria relevante para reduzir a mortalidade infantil. Para o período de 2001/2002 prevê-se recursos para *"abastecimento de água, rede de esgotos e melhorias sanitárias"*[160], melhorando o saneamento básico para 2,5 milhões de famílias, especificando os 2.318 municípios contemplados pelo Projecto Alvorada.

Focaliza-se ainda a busca na redução das desigualdades regionais através de estímulo na consecução de recursos para implementação da rede de serviços de saúde a nível ambulatorial e hospitalar nas regiões Norte, Nordeste e Centro – Oeste.

Ressalta, ainda, que no aspecto da legislação em saúde a prioridade estabelecer-se-á na lei que regulamenta a atenção a Saúde Mental no país.

No tópico Previdência e Assistência Social, a agenda Presidencial apresenta-se em favor, entre outros itens propostos em forma de metas, do Programa de Erradicação do Trabalho Infantil – PETI. Testemunhando que, ao final do ano de 2002, os objectivos do programa terão sido

---

[160] ibidem página 34.

alcançados com o beneficiamento de 900 mil crianças e adolescentes que serão: "retirados do trabalho em actividades perigosas, penosas, insalubres e degradantes"[161].

Dizendo-se compromissado com a erradicação do Trabalho Infantil, o governo Federal afirma que, em conjunto com o Programa Bolsa – Escola e o PETI, erradicarão o trabalho infantil em dois anos.

Quanto ao Programa: Agente Jovem de Desenvolvimento Social e Humano *"é proposto que com uma bolsa mensal, alcançarão 50 mil jovens, até o final de 2001, e até dezembro de 2002, 100 mil jovens, que pontua ser 40% dos jovens no que chama-se de risco social. O programa está destinado a adolescentes de 15 e 17 anos estabelecidos como de risco social"*.

O *"Projecto Alvorada"* fundamenta-se em sua vocação abrangente onde cabem todos os principais *"programas e acções de combate à pobreza"*. Seu objectivo é *"reduzir as desigualdades regionais pela melhoria das condições de vida nas áreas mais carentes do Brasil"*[162].

As directrizes básicas apóiam-se em: acções activas direccionadas ao gerenciamento, enfoque programático, presença dos municípios e a relevância dada a resultados. Entre os projectos que integram o combate à pobreza no país, conta-se ainda com a *"Comunidade Ativa"*, criado em 1999 pela Comunidade Solidária. Credita-se à sua concepção como muito inovadora em face de caracterizar-se por um suporte unívoco, dos aspectos do *"desenvolvimento económico"* e do *"desenvolvimento social"*. A visualização do programa dá-se no que o texto chama de *"capital humano e social"*, no *"capital empresarial"* e na proposta informativa. Essa interacção entre as políticas públicas espera-se, consagre, com constante estímulo da comunidade, a independência do governo tanto no aspecto manutenedor como em sua ampliação.

Ao que parece as expectativas, propostas e directrizes para áreas de saúde direccionadas ao adolescente e jovens brasileiros são reduzidas e encontram nos fundamentos da economia, formatada pelo Fundo Monetário Internacional (FMI), como co-responsável pelos encaminhamentos no país, uma robusta oposição.

CAMPOS (2002)[163], da Tribuna do Senado Federal, visualiza a situação, iniciando por não encontrar respaldo nas ciências históricas para a exigência que o Fundo faz ao Brasil, quanto à produção de constantes superávits primários, dizendo ele, que o capitalismo não sobrevive a

---

[161] ibidem página 48.
[162] ibidem página 49.
[163] CAMPOS, Lauro , Lauro critica Imposição de superávit Fiscal, JORNAL DO SENADO, Brasília, segunda feira, 13 de maio de 2002, página 8. Senador Lauro Campos, representa o PDT- DF (Partido Democrático Trabalhista, do Distrito Federal.

prolongados períodos com superávits fiscais. Lançando mão da história econômica dos E.U.A. onde, em 60 anos, permitiram-se três anos de superávit Fiscal.

Citando ainda CARDOSO, chamando-o de *"o sociólogo"*, tem escrito ser impossível o equilíbrio do orçamento e ao mesmo tempo honrar o pagamento da dívida externa.

Apontando CAMPOS para a situação descrita pelo relator especial da ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS – ONU, para o Direito à Alimentação, Sr. Jean ZIENGLER, que diz:

> *"... diagnosticou que o Brasil vive simultaneamente, os efeitos de três guerras civis, no que diz respeito ao número de mortes violentas registradas no país"*[164].

Para CAMPOS, esta situação apresentada pelo relator especial, é conseqüência da exigência do superávit feita ao governo brasileiro pelo FMI. A tão difundida estabilização económica é sustentada pela situação descrita por ZIEGLER.

Entende ainda CAMPOS, que CARDOSO tornou-se ex-marxista e o descreve como dirigente dos liberais brasileiros. Apontando, ainda que, ao crer que o problema do país é o *"consumismo"*, aplicou uma política de redução dos salários e liberdade para os preços.

Apresentando então o Brasil, uma situação atípica como: *"preços de primeiro mundo e salários miseráveis"*. Foi a âncora da fome que manteve o êxito aparente do Plano Real, enquanto durou. Com ele veio a violência.

Ao que parece, CAMPOS e ZIENGLER apresentam-se como *"escribas"* das situações de negligência a que são submetidos os adolescentes e jovens do país. Diante da fome, da subnutrição e do desemprego que assolam suas famílias, muitos são lançados na prostituição infanto-juvenil e ao trabalho infantil.

Senadores outros, aliados ao partido de CARDOSO, também acompanham de perto a linha dos pronunciamentos de CAMPOS da Tribuna do Senado Federal, tal a gravidade da situação.

Projectos de senadores, com a adopção de severidade maior com relação aos crimes de Pedofilia que, na actualidade, estão sendo trazidos ao público pelos meios de comunicação e denunciados por organizações não governamentais (ONGS).

O Congresso Nacional busca posicionar-se sobre a questão, ao realizar sessão solene para comemorar o dia Nacional de Combate ao Abuso e à exploração Sexual de Crianças e

---

[164] ibidem página 8.

Adolescentes, no dia 18 de maio de 2002, em discurso do senador Iris Rezende (PMDB-GO), Partido do Movimento Democrático Brasileiro, representando o Estado de Goiás.

Diz ainda que o crime de pedofilia praticado por indivíduo, que se esperava, cuidassem das crianças e adolescentes, como religiosos e médicos, trazem *"indignação"* a toda sociedade.

Entende-se que essas facilidades encontradas pelos pedófilos, na abordagem às crianças e aos adolescentes, apresentam-se em sua maioria, em decorrência das necessidades básicas não atendidas pelos familiares, levando esse segmento da população à prostituição, até mesmo para *"não morrer de fome"*.

Nesta solenidade (Dia Nacional de Controle ao Abuso e a Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes), pela Câmara Federal, a deputada Rita CAMATA (PMDB – ES) posicionou-se entendendo dever registrar os avanços realizados em favor das crianças e dos adolescentes, expostos a esses crimes, mas reconheceu que se necessitava *"avançar mais"*.

Outro posicionamento do Congresso Nacional, diz respeito a outro crime decorrente da *"estabilização da moeda brasileira"* que é o trabalho infantil, sendo matéria de discurso da senadora Marluce PINTO (PMDB- RR) do estado de Roraima.

Citando dados do relatório da Organização Internacional do trabalho (OIT), divulgado no dia 6 de maio, apesar de ressaltar o problema como mundial, reconhece que é *"intimamente vinculado a questões económicas, pois, na maioria das vezes, as crianças trabalham por necessidade dos pais. Por trabalharem, essas crianças comprometem a saúde e a esperança de vida e se vêem distanciadas da educação, que passa a ser um luxo inacessível"* (PINTO, 2002:16 março)[165].

Descreve também a situação do Brasil, contida no relatório e diz que, apesar de queda no número de crianças que trabalham entre os anos de 1992 e 1999, (diminuição de 23%), ainda encontram-se trabalhando no país 6,6 milhões de crianças.

Diz que a nível mundial, entre as piores causas de obtenção de renda, estaria a prostituição e que, no Brasil, 10% seria dessas ocorrências, como também o tráfico de drogas, o trabalho doméstico, o narcoplantio e os trabalhos forçados.

Registra, também, que o Brasil encontra-se em terceiro lugar, segundo o relatório, entre os países latinos- americanos, quanto à exploração do trabalho infanto-juvenil.

---

[165] PINTO, Marluce. pede política concreta para evitar o trabalho infantil. JORNAL DE SENADO, Brasília D. F. quinta-feira, 16 de março de 2002.

Quanto à Legislação, reconhece essa parlamentar ter o país uma das legislações mais avançadas no assunto, porém entendeu não ter "vontade política" para que seja plenamente cumprida.

PINTO ainda manifesta-se durante comemoração do dia do trabalho, 1º de maio, e do plenário registra denúncia de um jornal de Circulação Comercial, que, em 2002, houve um aumento de 1.000% de "trabalhadores escravos" na zona rural, nas regiões Norte e Nordeste do Brasil, comparando-se a números do ano de 1995.

Os estudiosos e intelectuais orgânicos, confrontam-se com o chamado *"Tráfico Humano"*. SUSSERINO (2002)[166], afirma à Jornalista TEIXEIRA, que a polícia e a justiça ainda não conseguiram provas, mas o número de denúncias é \crescente, sobre o *"desmonte"* de crianças brasileiras que são adoptadas sem legalidade indo para fora do país, cujo objectivo da *"adopção"* seria a retirada de órgãos para comercialização. O crime organizado nessa área, inclui, ainda mulheres brasileiras, que são traficadas como trabalhadoras escravas. SUSSERINO, como secretária nacional de justiça visita cidade do Recife, Estado de Pernambuco, onde o governo Federal (FHC) iniciará um programa de combate ao tráfico de seres humanos.

Afirma-se que essa modalidade de crime, ocupa, quanto ao rendimento, a *"terceira maior fonte"* como renda ilegal, aquém apenas do tráfico de armas e drogas. Conforme dados do Ministério da Justiça, Recife é a cidade que, ao lado de outras do país, como Goiânia (GO), Fortaleza (CE), Belém (PA), Rio de Janeiro (RJ), e Espírito Santo, formam o corredor de aliciamento de mulheres que são levadas do país, com promessas de trabalho, chegando no exterior são prostituídas e feitas escravas.

Ao formular a pergunta, *"Quais são as rotas mais usadas pelos criminosos no País?"* SUSSERINO, responde:

> *"Dados da Interpol indicam que as regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, têm maior número de casos. Sabemos também que, em geral, as vítimas são jovens pobres e de baixa escolaridade"*[167].

Mais uma vez, jornal de circulação comercial, divulga pesquisa empreendida pelo coordenador da UNESCO, em Pernambuco, Brasil, apontando o estado como *"líder"* de assassinatos de jovens no país.

---

[166] SUSSERINO, Elizabeth, entrevista concedida ao JORNAL DIÁRIO DE PERNAMBUCO, Recife, MARCIONILA TEIXEIRA, da equipe do DIÁRIO, segunda-feira, 18 de fevereiro de 2002, p.3.
[167] Ibidem p. 3.

WAISELFISZ (2002)[168], Jacobo, em sua pesquisa, Mapa da Violência: Os jovens do Brasil, na sessão VIDA URBANA, destaca que o estado de PE é onde se mata mais jovens, entre 15 e 24 anos, a frente até de estados como Rio de Janeiro e S. Paulo. Procura relacionar a situação dos jovens entre 15 e 24 anos e a população geral.

Utiliza-se de dados resultantes de pesquisas do Ministério da Saúde (Sistema de Informação sobre Mortalidade), onde conceitua seus estudos *"nos homicídios, mortes por suicídio, acidentes de transportes e pelo uso de armas de fogo"*[169].

A reportagem cita dos estudos de WAISILFISZ, como relevante, os dados relacionados aos homicídios onde, de 91 a 2000, em cada 100 mil habitantes de várias faixas etárias 43,3 vitimaram-se entre as mortes violentas. Nos jovens entre 15 e 24 anos esse percentual sobe para 167.

Os números durante o ano de 2000, entre os jovens, em Recife, Pernambuco, Brasil, 221,3 jovens em 100 mil hab., morreram em decorrência de mortes violentas, comparando se com os Estados de S. Paulo 138,8 mortes e Rio de Janeiro 131,1 Pernambuco apresenta-se como primeiro lugar.

O estudioso também traça o perfil do jovem vitimado, que, conforme a reportagem, é do sexo masculino. A mulher apresenta-se com 6,7% das vítimas, entre 17 e 20 anos, e de "origem humilde", tendo a faixa etária de 20 anos como o momento mais crítico. Os dias da semana identificados pelo pesquisador como mais propício às mortes dos jovens seria o domingo onde ocorreram 21,2% das mortes, os sábados com 17,4% e as sextas-feiras com 13%. O dia em que ocorrem menos violência é na terça-feira, com 11% dos homicídios.

Na tabela Taxa de Homicídios por Estados, apresenta o estudo a situação do país:

TAXA DE HOMICÍDIOS POR ESTADOS*, ANO DE 2000

% por estados			
Pernambuco	**52,3**	Acre	19,2
Rio de Janeiro	50,9	Paraná	18,5
Espírito Santo	46,7	Ceará	16,5
São Paulo	42,2	Rio Grande do Sul	16,3

[168] WAISELFISZ, Jacobo, Pernambuco é lider no assassinato de jovens, editado na VIDA URBANA DO JORNAL DIÁRIO DE PERNAMBUCO, sábado 4 de maio de 2002, editora Taiza Brito et allii.

[169] JORNAL DO COMMÉRCIO, violência, crime contra os jovens cresce 77% em dez anos. Brasil, Recife, 4 de maio de 2002, sábado, folha 6, Reportagem de Brasília, D. F. P. 6, ano LXXXIII nº 124.
DIÁRIO DE PERNAMBUCO, VIDA URBANA, Pernambuco é Líder no assassinato de jovens. editora Taíza Brito et all., Recife, Sábado 4/5/2000, p.c5.

Mato Grosso	39,8	Bahia	15,6
Roraima	39,5	Tocantins	15,3
Distrito Federal	37,5	Paraíba	15,0
Rondônia	34,9	Pará	13,0
Amapá	32,5	Minas Gerais	11,0
M. Grosso do Sul	31,0	Rio G. do Norte	9,2
Alagoas	25,6	Piauí	8,2
Sergipe	22,0	Santa Catarina	7,9
Goiás	20,1	Maranhão	6,1
Amazonas	19,7		

* Por população em geral (por 100 mil, em 2000)
FONTE: DIÁRIO DE PERNAMBUCO, VIDA URBANA, BRITO Taíza et allui.
WAISELFISZ, Jacobo, MAPA DA VIOLÊNCIA III: Os jovens do BRASIL, p.5.

Ficando o Brasil como o *"campeão"* de mortes violentas no mundo, e no terceiro lugar em mortes de jovens. Levando-se em consideração a população em geral, as mortes, por causas externas, aparece no país com 12,2% do obituário. Mas entre a população jovem, atribuí-se as causas externas, 70% do obituário.

Os homicídios na população geral aparecem com 4,7% das mortes. Mas quando a faixa etária é de jovens entre 15 e 24 anos tem-se 39,2% dos óbitos. Destaca ainda a pesquisa, publicada pelo Jornal de Circulação Comercial, que entre 1991 a 2000, a taxa de homicídios cresceu em 29%, entre a população em geral, entre os jovens cresceu 48%.

Outro Jornal de Circulação Comercial, em Pernambuco, traz também o relatório da UNESCO, como ponto de partida para assinalar que o Brasil apresenta-se, entre 60 países do mundo, com o 3º lugar em homicídio juvenil. Afirma que em dez anos o homicídio de jovens aumentou em 77%. Em 1991, como já foi apontado, foram mortos 10.036 jovens brasileiros entre 15 e 24 anos.

Em consonância com os dados de instituições como o Ministério da Saúde, Organização Mundial de Saúde, e o Censo de 2000 (IBGE), revela-se, sem mais delongas, que os jovens são vitimados, principalmente pela violência, entre elas, homicídio.

A tabela, Pesquisa da UNESCO, Evolução da Taxa de Homicídio no Brasil, apontam dados desde 1991, até o ano 2000, mortes por homicídio na população em geral e entre os jovens de 15 a 24 anos, chegando ao ano de 2000 com 52,1 óbitos por 100 mil habitantes, na faixa etária de 15 a 24 anos.

No Brasil, ocupando o 9º lugar no mapa internacional de assassinados, um jovem (15 a 24 anos) tem a possibilidade de 84,4 mais vezes de morrer assassinado do que uma pessoa em outra faixa etária.

Enquanto o Brasil apresenta-se para os jovens como um lugar em que os mesmos são negligenciados e postos à morte diariamente, na Europa, a Alemanha leva mais ou menos 100 mil pessoas às ruas, para chorar a vitimação de 16 jovens ocorrida em abril/maio de 2002, em uma escola, (Erfurt), onde foram assassinados.[170]

LIMA (2002)[171], rebate os dados do relatório da UNESCO, com relação à mortalidade por homicídios de jovens em Pernambuco, ao dizer que o levantamento do Mapa da Violência III, refere-se apenas até o ano 2000. Contesta ainda o fato de os homicídios no Estado serem praticados, em sua maioria, *"por pessoas conhecidas das vítimas"*, acrescentando que o Estado protagoniza iniciativas como o "programa de segurança comunitária". Tendo sido reduzido o número de homicídios no Estado, nos últimos dois anos, em 15%.

Em maio de 2002, em audiência Pública na discussão

> *"Moradia – Um sonho Possível"*, a Subcomissão de Moradia e Desenvolvimento Urbano, promoveu no Congresso Nacional, com a participação do *"presidenciável"* Ciro Gomes, o músico Carlinhos Brown, a arquiteta Ermínia Maricato e o engenheiro Lair Alberto Krahenbiihl. Argumentaram os palestrantes, necessitar o país de um projecto estruturador que em primeiro lugar, ajude-o a vencer a exclusão social, e que a questão habitacional seja encarada como de "desenvolvimento e não como de investimento financeiro" (JORNAL DO SENADO, 22 de maio de 2002, p.6)[172].

As palavras do músico Carlinhos Brow, criador do projeto *"tá Rebocado"*, com a ajuda de empresários, (construir 318 casas, em Candeal, (Bahia)), são eloqüentes nessa defesa, quando lembra as dificuldades de sua infância e adolescência, quando, junto com os irmãos ia para as ruas trabalhar, para ajudar no sustento da família, prejudicando, assim, seus estudos. Diz ele: *"Mas a gente não tinha alternativa: ou trabalhava para ajudar a família ou morria de fome. Por isso é que*

---

[170] Ibidem, p. 6.

[171] JORNAL DO COMÉRCIO, cidades, nova pesquisa, Estudo vai traçar perfil de vítimas. Recife, 4 de maio de 2002, sábado, Secretaria contesta dados do mapa, LIMA, Gustavo, Secretário de Defesa Social (S.D.S.) do Estado de Pernambuco, p. 2, Cidades.

[172] Ibidem p.6.

até hoje as crianças carentes vão para as ruas trabalhar ou mendigar para que as famílias tenham um complemento salarial".[173].

Ao que parece, pertence a categoria dos *"fenómenos"*, o que a presente tese até aqui realça. Que a opção do Presidente FHC, seu Ministro da Saúde SERRA, seus aliados políticos, a burguesia nacional e os órgãos de economia internacional (leia-se F.M.I.), aproximam da opção pela estabilização da moeda nacional – o Real, apontam para a vitimação do adolescente e jovem brasileiro, destacada pela Saúde Pública aqui examinada.

Em busca da categoria da *"essência"*, apresentar-se-á, nos próximos capítulos, a análise retórica ideológica de fundamentação materialista histórica e abordagem situacional, dos discursos seleccionados para esses estudos.

[173] JORNAL DO SENADO, apresentação do programa de habitação na Bahia, por Carlinhos Brow, "Tá Rebocado" 22 maio de 2002, Senado Federal, Brasília, p. 6.

PARTE 3 - A POLÍTICA QUE O DISCURSO CONSTRÓI E A CONSTRUÇÃO QUE O DISCURSO NÃO FEZ

CAPÍTULO 4 - ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS

A proposta para estudar os discursos que se pretende apresentar na presente pesquisa, busca, na aplicação da técnica retórica (actos e instâncias retóricas), a identificação da retórica ideológica, enquanto não dialéctica, coercitiva, prática discursiva dos Aparelhos Ideológicos de Estado (AIE).

A abordagem adoptada para o exame da técnica retórica é o materialismo histórico (historiografia contextualizada, Gramsciana e Althusseriana). A análise retórica será situacional, daí a contextualização historiográfica dos discursos dos períodos presidenciais de J.K. e F.H.C.. Os critérios CATHCARTIANOS, (1981), observação, análise, interpretação e avaliação, sendo o primeiro elemento como descritivo e os demais inferenciais, serão aqui utilizados.

Destacar-se-á, neste capítulo, os discursos que retractem os diversos agravos inclusos os referentes, às causas externas como acidentes de trânsito, assassinatos e suicídios.

Para tanto, considerar-se-á como estudos das áreas específicas da pesquisa, desde considerações sobre a área de Saúde Pública, Política Social e implicações comunicacionais, nos estudos intercomunicacionais de ARAÚJO, Gilda (1997), vê-se através das observações de MAGALHÃES, Erasmo de Almeida, em trecho de seu prefácio ao livro de ARAÚJO, Gilda Maria Lins:

"É o resultado de sua sensibilidade para detectar os obstáculos que surgem e decorrem da interétnica em que o perdedor é o descendente do pré-cabralino. A leitura da segunda parte da obra "(Análise de textos: discursos intercomunicacionais)" é bom exemplo do afirmado".

Serão examinados, também, essas produções discursivas através de Anais de Congressos, que são produzidos como registros resultantes das várias conferências e debates ocorridos, durante esses eventos, nos períodos presidenciais solucionadas para o estudo.

4.1. DISCURSO DO PERÍODO JUSCELINISTA (J.K.)

Para o período Juscelinista foram seleccionados discursos conceituais, em função da não existência de textos direcionados directamente ao grupo populacional, alvo desses estudos, que é o adolescente. Foram examinadas as Revistas Brasileiras de Enfermagem dos anos de 1956 a 1960.

Apresentando-se, à época, a área de enfermagem em saúde pública como inclusa em todos os cuidados de promoção, prevenção, cura e reabilitação, a todos os segmentos populacionais, apoiando-se nesse aspecto historiográfico foram selecionados os seguintes discursos:

"A Integração dos Aspectos Sociais, Preventivos e Curativos para a Formação de um Conceito de Saúde Pública". Tendo como Retora: ALVIM, Ermengarda de Faria.

O outro discurso foi: "O que é Enfermagem de Saúde Pública". Como retoras as enfermeiras de saúde pública ALVIM, Ermengarda de Faria e PAIM, Elsa Ramos.

A continuidade para fins metodológicos (utilização da técnica retórica situacional) do contexto situacional, seguindo o materialismo histórico, no discurso ideológico enquanto não dialéctico. Período J.K. de 1956 a 1960 inseridos e publicados em Revistas e Anais de Congressos.

Para o processo de Análise Retórica Situacional, a pesquisa apoiar-se-á nas conferências e mesas redondas apresentadas nos Anais dos Congressos Brasileiros de Enfermagem, nos anos de 1958 a 1960, contemplando o período historiográfico de J. K. e de gerência no Ministério dos Negócios da Saúde do Sr. Mário Pinotti.

Serão observados os discursos e analisados retórico (situacional) ideologicamente.

Serão, portanto, dois discursos de cada Ministro da Saúde, que aqui apresentam-se como representante governamental dos presidentes Juscelino Kubitschek, 1656-1960 e dos períodos presidenciais de Fernando Henrique Cardoso (FHC), 1998/2001.

Serão utilizados todos os discursos proferidos pelos Ministros da Saúde, José Serra, que tratam do assunto objecto de discussão. Em princípio entende-se que o tema de prioridade discursiva deva ser o de eleição da pesquisa que é o grupo etário dos adolescentes. Para isso admitir-se-á discursos relativos a temas envolvendo um maior número os adolescentes, como por exemplo: SIDA/AIDS, gravidez/cuidados higiénicos, causas externas: violências, acidentes de trânsito, suicídios, assassinatos e outros.

Quanto aos anos de 1998 a 2001, período do presidente CARDOSO à frente do ministério da saúde, José Serra, serão examinados textos dos intelectuais enfermeiros e médicos.

Selecionou-se, após leituras observatórias dos discursos, os retores enfermeiras da área do conhecimento em Saúde Pública do adolescente brasileiro.

Envolvendo o período historiográfico, do segundo mandato do Presidente Cardoso, (1999-2002), o texto discursivo "Bases para uma Resignificação do Trabalho de Enfermagem junto ao Adolescente", de RAMOS, Flávia Regina Souza.

E na mesma edição do texto: de SANTANA, Judith Sena da Silva: O Adolescente no Espaço Público da Rua.

4.1.1 MINISTRO DA SAÚDE MÁRIO PINOTTI (DISCURSO DE POSSE - 07/07/1958)

4.1.1.1 O PROBLEMA DA MORTALIDADE INFANTIL (ANEXO 1)

Ao assumir o Ministério de Estado dos Negócios da Saúde no ano de 1958, o ministro Mário Pinotti apresentou-se como sanitarista e administrador desde o governo do Presidente Getúlio Vargas, em 1954.

Do seu texto discursivo retórico, ideológico, dois tópicos relacionam-se com a Saúde Pública do adolescente brasileiro: *"O Problema da Mortalidade Infantil"* (P.39-41) e, dele decorrente, a *"Tuberculose"* (P.45-47) como principal causa mortes entre adolescentes e jovens, anterior ao período presidencial juscelinista razão pela qual, na gestão de Pinotti, analisar-se-á, também, essa epidemia fundamentada que estamos em seu discurso de posse onde esse ministro não apresenta nenhum segmento relacionado à Saúde Pública do Adolescente. Justifica-se, assim, analisar aspectos discursivos relevantes próximos desse grupo populacional ou a ele relacionado.

No primeiro parágrafo (p.39) o retor Pinotti, com um discurso justificador retórico, ideológico, vê o momento de transmissão como instância solucionadora para a impossibilidade de tratamento adequado dos *"problemas sanitários"* do Brasil. Entende, contudo, encarar esses problemas numa escala de prioridades. As endemias rurais, por levarem *"sofrimento"*, *"morte"* e *"invalidação"* a milhões de pessoas, seriam assim problemas sanitários de *"primacial interesse"*:

> *"Já me referi, embora que em largos traços às endemias rurais, que ainda levam o sofrimento, a morte e a invalidação a milhões de pessoas em nosso país, assumindo, assim, seu combate primacial interesse para as metas governamentais"* (P.39).

Destaca, para tanto, a organização do Departamento Nacional de Endemias Rurais – DENERU, pelo seu trabalho em defesa do homem rural. E as endemias que designa como *"flagelos"*, são: *"a bouba, a doença de Chagas, o bócio, a leishmaniose e o tracoma"* (p. 25) assumindo que, em breve, estaria a malária erradicada em todo o país.

Quanto à *"mortalidade infantil"*, depreende-se um ato retórico-ideológico de *"calamidade pública"*, ao se expressar:

> *"A mortalidade infantil, que, como disse, ainda apresenta, entre nós, as marcas típicas de verdadeira calamidade pública, deve merecer na preocupação dos dirigentes, atenção especial, no conjunto das magnas questões de proteção à maternidade e a infância"* (p. 40).

Assim apresentada, a *"calamidade pública"* requer uma instância solucionadora quanto ao merecimento entre as preocupações dos dirigentes, e atenção especial entre o conjunto das *"magnas"* questões ao proteger-se a maternidade e a infância.

O ato discursivo e retórico e ideológico com instâncias solucionadas pelas classes dominantes e hegemônicas, vez que os coeficientes de mortalidades infantil e materna já constavam entre as *"preocupações"* dos dirigentes e com magnitudes relevantes trazidas à discussão no livro do próprio retor, já aqui referido. Nele assinala-se a maior mortalidade na capital do Rio Grande do Norte, Natal, com o obituário infantil de 421,6%; e na capital do Piauí, Terezina, com obituário materno de 18,2 mães por mil nascidos vivos, dados estes conhecidos desde o ano de 1955.

Contudo, a retórica ideológica apresenta-se relevante. O obituário na população de 10 a 29 anos de 1950, em estudos de quatro capitais, a tuberculose pulmonar foi comprovada como a principal causa mortis entre adolescentes de 10-14 anos; e ainda como principal obituário entre as seis capitais, das sete estudadas, para a faixa etária de 15 a 19 anos; como também a tuberculose do aparelho respiratório como principal causa de morte em todas as sete capitais estudadas, na faixa etária dos 20 aos 29 anos. Esses dados, contido, o retor Pinotti, não os menciona em seu discurso de Posse.

Este retor ainda evidencia em seu livro, (quadro p.102)[174] entre as capitais estudadas no obituário para tuberculose, a cidade de Salvador (Estado da Bahia), em 1955 com 159,2 óbitos, em 100 mil habitantes.

---

[174] PINOTTI, Mario, livro já aqui referenciado no quadro da página 102, Quadro nº 17, *"Queda progressiva da mortalidade por tuberculose no Brasil. Na capital do país e em 5 capitais de Estados"*.

Portanto, esse discurso aparece como retórico-ideológico com atos e instâncias solucionadas pela ideologia dominante na medida em que, apesar de serem conhecidos dos *"dirigentes"* não só a *"magnitude"* ou a *"calamidade pública"* dos obituários infantis e maternos, no Brasil, da época, era também conhecido desde o ano de 1950, o grave, *"magnânimo"* também obituário por tuberculose entre os adolescentes e jovens brasileiros.

Outro ato retórico ideológico detecta-se no parágrafo em que defende a soja como alimento *"das populações de regiões mais atrasadas"*:

> *" A soja, poderá ser cultivada mesmo nos quintais, concorrendo assim, também, para a solução da alimentação protéica das populações de regiões mais atrasadas, onde a carne e o leite são produtos escassos ou de custo proibido"* (p.41).

Esta é a instância solucionadora utilizada pela ideologia da classe dominante, hegemônica, na solução alimentar encontrada ou defendida pelo retor Pinotti, para as populações empobrecidas do país, as quais, ao que parece, eram-lhes negados a carne e o leite.

Não se pode desenvolver, contudo, em ato retórico-ideológico pois o retor, em alguns parágrafos antes, apresenta-se como conhecedor de que:

"Sabe-se que, com o progresso social, pode baixar a mortalidade infantil a reduzidos níveis"... (p.40) e em seguida utiliza-se da instância solucionada pela ideologia dominante, quando defende que as *"populações ... mais atrasadas"* plante soja nos quintais... conquanto que não os obrigue (classes dominantes/hegemônicas), a fazerem reforma agrária ou a distribuírem carne e leite entre as *"populações atrasadas"* que habitavam as áreas norte e nordeste do país cujos obituários de seus infantes eram os maiores do país, constatados em discurso técnico-científico do próprio retor Pinotti, melhor seria, ao que parece, que encontrassem tempo, (a população empobrecida) e terreno (quintais) para plantarem soja.

4.1.1.2. O PROBLEMA DA TUBERCULOSE (ANEXO 2)

No plano de ação do Ministério da Saúde, o problema da tuberculose é vista na ótica do médico sanitarista que é o senhor ministro.

Apresenta a tuberculose como uma endemia, apesar de mostrar no quadro de nº. 17, em seu livro aqui já citado, a capital do Estado da Bahia, a cidade de Salvador, em 1955, com coeficiente de mortalidade por tuberculose de 159,2 óbitos. Assim sendo, produz um ato retórico-ideológico, com uma instância solucionada pela ideologia da classe dominante, ao confirmar que:

> *" A tuberculose é uma endemia sobre a qual não podemos cantar os hinos da vitória"* (p.45).

Doença médico-social por excelência, a mortalidade de tuberculose diminuía somente nos países em que as condições de vida, cultura e recursos administrativos permitiam seu declínio.

Entende ainda que os novos recursos (meios de diagnóstico precoce, eficientes recursos administrativos e também de tratamento) contribuíram para a queda, no país, mesmo em regiões desfavorecidas da mortalidade.

Apresenta-se ainda favorável ao encurtamento do tempo hospitalar que o doente vem recebendo. Aconselha a *"dinamização"* da rede de dispensários, e o atendimento domiciliar.

A retórica ideológica apresenta-se com instâncias solucionadas pela ideologia dominante, uma vez que o retor não menciona enunciativamente, em seu discurso, que o segmento de adolescentes e jovens, (nas faixas de 10 a 29 anos) morriam, como causa principal, de tuberculose do aparelho respiratório, aqui já demonstrado, e oculta, ainda, a situação conhecida dos dirigentes governamentais.

Nas instâncias solucionadas pela ideologia dominante, os problemas médico-sanitários que deveriam ter relevância seriam os referentes às crianças e mães.

4.1.1.3 HIGIENE DA INFÂNCIA* (ANEXO 3)

Embora esse discurso não tenha como tema principal o adolescente brasileiro, em virtude desse grupo populacional não aparecer, de forma específica, nos debates técnico-científicos da época, ele aproxima o retor do tema da presente pesquisa.

O retor Pinotti inicia seu discurso retórico-ideológico com argumentação conceitual. Assim, define a infância em Saúde Pública por grupo de idades, e nela a relevância às questões médicas e sociais. As crianças seriam os infantes com idade menor de 1 ano. Os pré-escolares de 1 a 6 anos, e os escolares de 7 a 14 anos.

Após comentários retórico-ideológicos com instância solucionadora apresenta a criança tendo como referência à instrução e não sua condição de matrícula e faixa etária: *"Sem discriminação especial, aos de adolescentes dos 15 aos 20 anos – e adultos. Os problemas médicos-sociais variam na dependência do grupo de idade"* (p.44).

Em seguida, passa a descrever os agravos e patologias então correntes e preocupações maior da época juscelinista.

Na proposta discursiva retórico-ideológica do retor define assim seu tema:

> *"No primeiro mês de vida, faz-se sentir, principalmente, a ação dos fatores ligados à gestação e ao parto, enquanto que as infecções e as perturbações nutritivas ainda não encontraram suas mais amplas oportunidades.*
> *É bem verdade, todavia, que o tétano umbilical, originado em práticas anti-higiênicas com que popularmente é tratado chamado o mal dos sete dias"* (p.44).

---

* PINOTTI, Mário. Vida e Morte do Brasileiro, Saúde e Doença do Brasil, civilização brasileira, Rio de Janeiro, 1959, que vai da página 44 a 48, como capítulo 5, do livro do ministro.

A instância solucionadora utilizada pelo retor Pinotti, apresentando a mortalidade infantil como ato retórico, aparece em seu livro Vida e Morte do Brasileiro, Saúde e Doença como contexto historiográfico no quadro nº. 7 (anexo 3), (p.26), onde o coeficiente de mortalidade infantil e materna nas capitais brasileiras, para o ano de 1955, apresenta-se em algumas capitais como Teresina, no Piauí, com 325.3 por mil nascidos vivos enquanto morriam 18,2 mães a cada mil nascidos vivos. Na capital do Rio Grande do Norte, na cidade de Natal, a situação apresenta-se com 421.6 de mortalidade infantil, enquanto morriam 4.4 mães por mil nascidos vivos. Na cidade do Recife, capital do Estado de Pernambuco, morriam 204.1 por mil nascidos vivos, e 2.8 mães, enquanto na cidade de São Paulo, a mortalidade infantil apresentava-se com 86,5 e a materna em 1.6 por mil nascidos vivos.

A discussão que o retor trouxe ao debate desses índices, configura-se também em atos retóricos ideológicos, enquanto instâncias solucionadoras justificadas pela classe social dominante, nos argumentos:

> *"... verifica-se, contudo, que a mortalidade infantil é mais alta nas capitais do norte e do nordeste do país. Em grande parte, o obituário decorre do chamado perigo alimentar, que inclui a gastrenterite e as perturbações nutritivas da infância"* (Cap. 1, Índices de Mortalidade e de Natalidade, p.26).

Utilizando-se, ainda, de enunciados eufêmicos como: *"perigo alimentar"* ao designar que os recém nascidos morriam em decorrência de fome, pobreza, e falta de higiene; e do termo técnico-científico *"gastroenterites"*, que são infecções ou outros agravos no aparelho intestinal decorrentes quase sempre das mesmas causas: fome, pobreza, e falta de higiene, a que eram submetidos os infantes do Brasil juscelinista.

Dando continuidade, o retor Pinotti apresenta como instâncias solucionadoras:

> *"A mortalidade infantil ocorrente no primeiro mês é designada como precoce, cabendo a denominação de tardia à que se verifica nos onze meses seguintes, nos quais vai ascendendo a importância dos chamados perigos alimentar e infeccioso, enquanto vai se reduzindo a do chamado perigo congênito". Quase metade dos óbitos de infantes são nas regiões de alta mortalidade infantil, atribuídos ao perigo alimentar"* (p.45).

São estas instâncias portanto, solucionadores de atos retóricos ideológicos, em consonância com a classe social burguesa dominante hegemônica, à época, uma vez que ainda em seu livro apresenta números de Postos e Centro de Puericultura e de Lactários, em unidades da Federação, para o ano de 1956, em cujos Estados como o Piauí onde a mortalidade infantil só na capital de Teresina, atingia como foi dito anteriormente, 325.3 mortes de crianças menores de 1 ano, consta no quadro 9 (p.47), existiam apenas 10 postos de puericultura e 11 lactários e nenhum centro de puericultura.

O Estado do Rio Grande do Norte, onde morreram 421.6 entre a população infantil, recebe 7 postos de puericultura, tão somente 3 centros de puericultura e 19 lactários. No Estado de Pernambuco, em cuja capital Recife morriam 204.1 crianças, foram construídos 33 postos de puericultura, nenhum centro de puericultura e 32 lactários. No Estado de São Paulo, que mesmo admitindo-se uma realidade demográfica diferente desses estados e capitais até agora citados, há de se conferir, o que o próprio retor Pinotti enunciou ao apresentar o ato retórico de que: *"... verifica-se, contudo, que a mortalidade infantil é mais alta nas capitais do norte e no nordeste do país..."* (p.26) o número corresponde a 271 postos de puericultura e 335 lactários, com um obituário na capital São Paulo, de 86.5 crianças.

A situação de Saúde Pública dos pré-escolares brasileiros, também já ao que parece, era do conhecimento das autoridades sanitárias. No ato retórico ideológico apresentado pelo retor Pinotti de que a situação da presença mais freqüente de infecções como: sarampo, difteria, varicela, caxumba e agravos como: a hipertrofia de amígdalas e de adenóides, o que ele enuncia como *"vícios de posição corporal", a sífilis congênita e suas conseqüência"* (p.45), eram devidas à convivência escolar, apontam para que se considere como instância solucionadora a *"convivência escolar"* e não a negligência Estatal ao cuidar de seus infantes.

Na faixa etária dos escolares, o enunciado retórico-ideológico continua com o ato retórico:

> *"Nos escolares. prosseguem estas condições e surge com maior ênfase o problema da cárie dentária, enquanto que, por outro lado, a vida em meio coletivo amplo, como o da escola, favorece o contágio e facilita freqüentemente desajustamentos psicológicos e educacionais"* (p.45).

Continua o retor Pinotti a utilizar a Instância Solucionadora das infecções e agravos que acometiam os escolares a: *"... vida em meio coletivo amplo, como o da escola, favorece o contágio, e facilita freqüentemente desajustamentos psicológicos e educacionais"* (p.45).

Essa instância solucionadora apresenta-se como ato retórico ideológico na medida em que as autoridades sanitárias tinham conhecimento da epidemiologia dessas infecções e agravos e ainda acrescenta mais adiante, o ato retórico:

> *"... Particular relevância cabe à higiene infantil, já que, no primeiro ano de vida, avultam notavelmente os riscos de vida"* (p.45).

Sabia, então, as autoridades de Saúde Pública, que a *"Higiene Infantil"* era situação dependente da higiene ambiental.

No **quadro nº. 10** (cap. 6, Saneamento Básico, p.49), (ANEXO 3),o retor Pinotti apresenta as comunidades brasileiras que dispõem de serviços de abastecimento d'água e de serviços de esgoto, como dados de 1954, em outro discurso apresentado em seu livro, substanciando melhor a análise retórica ideológica de seu discurso aqui analisado.

Nessa configuração, o Estado do Piauí, num total de 60 comunidades, apenas uma com abastecimento d'água e nenhuma com esgoto sanitário. O Rio Grande do Norte num total de 111 comunidades, apenas 6 com abastecimento d'água e 1 com esgoto sanitário.

O Estado de Pernambuco com 296 comunidades, destas 36 com abastecimento d'água e apenas 1 com esgoto sanitário.

Já o Estado de São Paulo aparece com 813 comunidades, das quais 320 com abastecimento d'água (39,4%), e 156 com esgotamento sanitário (19,2%).

No trabalho de Araújo (1997), tabela *"Ordem de Importância das cinco principais causas de morte segundo grupos de idade – 1950"* (p.64), para interesse da presente análise retórico-ideológica do retor Pinotti e do tema específico do presente trabalho, o segmento demográfico de 10 – aos 29 anos, (adolescentes e jovens), apresenta as cinco principais causas de mortalidade na população das capitais:

Belém (Pará), Recife (Pernambuco), Vitória (Espírito Santo), Niterói (Rio de Janeiro ou Estado da Guanabara), Porto Alegre (Rio Grande do Sul), Belo Horizonte (Minas Gerais) e Brasília (Distrito Federal).

Para auxiliar nesta análise utilizaremos os dados das faixas etárias de 10 a 14 anos, 15 a 19 anos e 20 a 29 anos das cidades capitais: Belém, Recife, Porto Alegre, Belo Horizonte e o Distrito Federal.

A proposta da inserção das informações contidas nessa tabela vem ao encontro à constatação de que o governo/nação hegemônica/dominante estava devidamente informada da situação das infecções e agravos que acometiam a população adolescente e juvenil (adolescente e

jovens), do País. Assim, no discurso retórico-ideológico com atos retóricos e instâncias solucionadoras do retor Pinotti, no tema de seu livro, já aqui referenciado, no capítulo Higiene da Infância, apresenta-se oculto a relevância dos problemas de Saúde Pública do segmento adolescente juvenil.

Na tabela citada dos trabalhos de Araújo (1997), na cidade de Belém, a faixa etária de 10 a 14 anos apresenta como principais causas de morte: Gripe e pneumonias, malária, acidentes, tuberculose do aparelho respiratório, e nefrite. Na cidade do Recife, a tuberculose do aparelho respiratório aparece em primeiro lugar como causa de morte, vindo em seguida os acidentes, gripe e pneumonia, tétano e sarampo; na cidade de Porto Alegre, a tuberculose do aparelho respiratório em primeiro lugar, seguida dos acidentes, doenças do coração, gripe e pneumonia; em Belo Horizonte, também como primeira causa-mortes está a tuberculose do aparelho respiratório, os acidentes em seguida, doenças do coração, gripe, pneumonia e reumatismo agudo; no Distrito Federal aparece como primeira causa os acidentes, a tuberculose em seguida, as doenças do coração, gripes, pneumonias, e reumatismo agudo sucessivamente.

Na faixa etária de 15 a 19 anos a causa mortis por tuberculose pulmonar aparece como primeira causa em todas as cidades estudadas, e os acidentes como segunda causa em cinco das sete cidades. Além dessas, ainda neste segmento, complicação na gravidez, e suicídios, como principais causa mortis.

No segmento jovem de 20 a 29 anos, como principal causa mortis, continua a tuberculose do aparelho respiratório, os acidentes, complicações da gravidez, suicídio, e também os homicídios.

Apresenta-se então um quadro de mortalidade dos adolescentes e jovens que o discurso retórico-ideológico do retor Pinotti oculta, ao dizer que não serão tratados de forma discriminada ou especial, (p.44).

Quer-se aqui evidenciar que a situação da tuberculose no Brasil, contrariamente ao discriminado no quadro 17 (p.107, anexo 1), não entre em queda progressiva da mortalidade por tuberculose no Brasil em 5 capitais do País entre os anos de 1940 a 1955: Teresina em 1955 com 95,6 de óbitos entre os que adoeciam de tuberculose; em Recife, 93,4%; em Salvador 159,4%; no Distrito Federal 89,6%; e em São Paulo 36.5% chegavam ao óbito neste ano.

Mais uma vez observa-se a disparidade que os dados apresentam conseqüentes ao que permanece a mesma situação dos infantes que morriam no norte e nordeste do país, apresentado como ato retórico-ideológico no presente discurso do retor Pinotti, com o obituário por tuberculose em Salvador (Bahia) de 159,4%, enquanto no Sudoeste do país, na cidade de São Paulo, para o mesmo ano esse obituário apresentava-se como 36,5%. Ambos são altíssimos, mas há de se

perguntar por que não foi evidenciado pelo retor Pinotti, tal situação, entre adolescentes e jovens do país.

Ainda em seu livro, *"a esperança de vida (vida média ao nascer)"*, (cap. 2, p.30), quadro 8, em cinco capitais brasileiras para os anos de 1949/51, apresenta-se: em Porto Alegre (Rio Grande do Sul) para os anos de 49/51, que o indivíduo viveria (poderia viver), até os 51.5 anos; para Belém (Pará), 49,7 anos; e Recife (Pernambuco) 37,7 anos.

Constata-se, ainda, no texto do Retor Pinotti que a vida economicamente produtiva estaria entre os 15 e 60 anos de idade.

Portanto, neste discurso retórico-ideológico instâncias solucionadoras utilizadas, pela classe social hegemônica/dominante e as autoridades do governo/nação, que, apesar do obituário por tuberculose, acidentes, suicídios, complicação da gravidez e outros, entre os adolescentes e jovens no Brasil, o Retor Pinotti não as menciona, considerando ainda a instância solucionadora de *"perigo alimentar"* (p.45), como uma das causas de maior responsabilidade pela alta mortalidade infantil, em especial nas regiões norte e nordeste do país.

4.1.2 DISCURSOS DOS SANITARISTAS MÉDICOS* FUNDAMENTOS PARA A ORGANIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE PROTEÇÃO MATERNO-INFANTIL (ANEXO 4)

O retorno à discussão, já fundamentada na dissertação de mestrado, deve-se a aspectos como:

a) Evidências dos temas discursivos relacionados à maternidade e a infância, com abstenções acentuadas de discussões sobre o adolescente e jovens, à época juscelinista, enunciadas pelos sanitaristas médicos.

b) A necessidade observada pela autora em acrescer análises anteriormente não interpretadas ao título já analisado.

---

* PANTOJA, Woodrow Pimentel. Fundamentos para a Organização de Serviços de Proteção Materno-Infantil. Palestra proferida no Congresso Brasileiro de Enfermagem no ano de 1957, p.347 a 353.

c) Um dos sanitaristas, autor do presente texto em análise, PANTOJA, teria sido o ministro, convidado pelo Presidente Juscelino Kubitchek, em substituição ao ministro da Saúde, Sr. Mário Pinotti, quando da solicitação do mesmo em afastar-se do Ministério da Saúde, em 1959.

PANTOJA e MORAES, como retores retórico-ideológicos, partem do argumento de que a evidência da complexidade e magnanimidade de um problema exigem solução coletiva, não individual. Dizem então:

> *"Quando um problema, pela sua complexidade ou magnitude exige solução fora do alcance do indivíduo, impõe-se um esforço organizado da sociedade para enfrentá-lo"* (p.347).

Já os argumentos retórico-ideológicos de Pinotti em seu Discursso de Posse, parecem apresentar que a magnitude dos problemas de saúde estão direcionados ao Estado/governo, quando afirma:

> *"Na multiplicidade absorvente dos seus encargos e responsabilidades, para com o país em constante crescimento e expansão, o governo atual não se tem desvendado dos problemas de saúde. O presidente Juscelino Kubitschek também neste particular tem cumprido sua palavra empenhada com o povo que o elegeu. Pensa, aliás, como Disraeli, que disse acreditar ser a defesa da saúde do povo o primeiro dever de um estadista".*
>
> *"Quando ainda candidato, ao traçar seu programa de Saúde Pública, declarou que consagraria aos problemas sanitários perseverantes estudo, não pelo simples fato de ser médico, mas também pelo conhecimento direto do que se passa no país. Um mês depois de haver assumido o poder, numa demonstração de possuir os atributos de verdadeiro estadista – o claro entendimento e o querer forte – o Presidente Juscelino Kubitschek promovia autêntica reforma da administração sanitária do país, criando o Departamento Nacional de Endemias Rurais"* (p.23).

** PANTOJA E MORAES faziam parte do quadro Técnico Científico do Serviço Especial de Saúde Pública, SESP à época do discurso aqui analisado.

Apresenta PINOTTI, como instância solucionadora *"o governo atual não se tem descuidado dos problemas de saúde"*; o estado/governo *"tem cumprido sua palavra empenhada com o povo que o elegeu"*, (p.23).

Os retores PANTOJA e MORAES** apresentam, por outro lado, uma instância solucionadora pela ideologia dominante, ao que parece, advinda da superestrutura dos aparelhos ideológicos de Estado (AIE) condutores da reprodução da ideologia dominante no Serviço Especial de Saúde Pública – SESP, presentes na Instituição Brasileira, mas advindas dos vários compromissos internacionais (O.M.S. Fundação Rockefeller, Fundação Kellogg, principalmente).

Só para o serviço de enfermagem do SESP, em 1957, foram concedidas 62 bolsas de estudos para os Estados Unidos, como afirma ALVIM***, em seus estudos, comemorativos ao aniversário do Serviço Especial de Saúde Pública.

Esse chamamento como instância solucionadora da ideologia dominante governamental, apresentado pelos retores, aparece mais acentuadamente em discursos retóricos internacionais (vê-se que nas REBENS**** examinadas no período juscelinista, era constante a preocupação com os relatórios dos peritos da OMS), em especial dos E.U.A, vez que a Divisão de Enfermagem no Brasil, até 1951, estavam sob orientação das enfermeiras norte-americanas, da mesma forma influindo no discurso retórico ideológico dos retores PANTOJA e MORAES como consta na bibliografia.

O discurso retórico ideológico dos retores continua, ao conceituar a instância solucionadora com presença da ideologia dominante governamental, enunciada (a imposição do *"esforço organizado da sociedade" (p. 347)*, no enfrentamento dos problemas de saúde quando complexos e de magnitude) ao denominá-la de *"ação social"* no campo sanitário.

**** Revista Brasileira de Enfermagem, Órgão Oficial da Associação Brasileira de Enfermagem, ano XI, junho de 1959 [?] - nº 2, apêndice, Publicação da Organização Mundial de Saúde - OMS, Relatório Técnico da 1ª Sessão do Comitê de Peritos em Cuidados de Enfermagem - nº 34 - 1950, p. 19; Relatório Técnico do Comitê de Peritos da Maternidade, nº 51, 1952, 1º Relatório, e ainda: Primeiro Relatório Técnico do Organization: Techinical Report Series nº 51 First Report. Genebra, junho, 1952 e o nº 2: Comitê d'Experts des Soins Infirnicers. Organization Mondiale de la Santé: Série de Rapports Techiniques nº 24. Rapport sur la première sesion. Genebra, novembre, 1950. Comitê de Peritos para a Formação Profissional de Pateiras nº 93 - 1955, OMS, Legislação Sanitarista - vol. 5, nº 3 - 1954. Pp. 265-267.

Inclusos na conceituação de *"ação social, o campo sanitário"* estando assim considerados, pelos retores, *"os serviços de saúde pública e os particulares"* cuja instância solucionadora pela ideologia dominante governamental, está presente com o enunciado de que *"se preocupam com a saúde do povo" (p. 347).*

Dizem eles:

> *"Essa ação social se faz, no campo sanitário, através dos serviços de saúde pública, merecendo, em nossa opinião, esse nome, todos os órgãos oficiais ou particulares que, de algum modo, se preocupam com a proteção da saúde do povo" (p. 347).*

Ao que parece, a presença da influência da ideologia das classes dominantes ou frações de classe, atuantes no Estado brasileiro, leia-se aqui *"unidades sanitárias"* públicas ou privadas, apresentavam-se como órgãos de *"Ação Social"*. Os AIE, nas discussões empreendidas por ALTHUSSER*****, onde o funcionamento dos aparelhos de Estado (unidades sanitárias de Saúde Pública) maciçamente atuariam em função da ideologia da classe dominante ou frações dessas classes, aliançadas com outros segmentos ou não, atuando através de leis e decretos.

Daí entende-se a instância solucionadora apresentada pelos retores de que para resolverem-se os problemas de saúde que afligiam a maternidade e a infância brasileira, (a mortalidade infantil, à época, apresentava-se em algumas regiões brasileiras com coeficientes maiores que 400 óbitos), chamarem os retores, através da instância solucionadora retórica ideológica de impor-se *"um esforço organizado"* (p. 347), a uma sociedade que era partícipe como classe dominante/hegemônica dos aparelhos ideológicos (coercitivos) de Estado, (AIE).

Ao que parece, a instância solucionadora utilizada pelos retores, adviam de suas crenças, apresentadas na instância solucionadora, seguinte, de que os *"órgãos oficiais ou particulares... de algum modo, se preocupam com a proteção de saúde do povo" (p. 347).*

Torna os retores a apresentarem instâncias solucionadoras em seu discurso, em favor da organização dos serviços de proteção à maternidade e a infância, na dependência de que a organização desses serviços apresentavam-se relacionados ao meio ambiente e à sociedade, chamada pelos retores a intervir de forma organizada, no campo sanitário, quando enunciam:

***** althusser, Louis, Os Aparelhos Ideológicos de Estado, In: - Ideologia e Aparelhos Ideológicos do Estado, Lisboa, Martins Fontes, p. 48-49, p. 41-52.

"Por outras palavras, a organização de um serviço sanitário qualquer deve depender essencialmente das particularidades do meio físico, biológico e sócio-cultural em que ele vai atuar" (p.347).

A retórica ideológica desses retores apresenta-se, por vezes, como uma luta de classes dominantes ou facções das classes, dentro do próprio Estado. Os retores (sanitaristas médicos) conclamando a sociedade (classes dominantes e facções de classes) a impor-se em defesa de melhores atendimentos (que os *"órgãos oficiais... de algum modo" (p. 347)*, preocupavam-se com a saúde do povo), como também as influências que os retores apresentavam (conhecimento dos meios físicos, biológicos e culturais), como instâncias solucionadoras no entendimento de que os mesmos faziam ser esses conhecimentos favoráveis a que a sociedade e o Estado impusessem um esforço organizado no campo sanitário. Althusser****** lembra, em seus estudos que:

"... Os Aparelhos Ideológicos de Estado podem ser não só o alvo, mas também o local da luta de classes..." (p. 49).

Ao apresentar, a seguir, instâncias solucionadoras como dados estatísticos referenciados a situações demográficas como o acentuado agrupamento populacional com menos de 40 anos, população jovem crescendo rapidamente, *"99,4% das cidades e vilas"* (p. 347), com menos de 50.000 habitantes; situações da assistência médica como: 21 mil médicos para 40 milhões de habitantes, dos quais apenas 7 mil estariam a serviço das populações com menos de 50 mil habitantes, utilizam PANTOJA e MORAES do discurso judiciário aristotélico (justificador, acusador e defensor) na seguinte instância solucionadora:

"Essa relação médico-população já de si precária, é agravada pela distribuição extremamente irregular desses profissionais, que tendem a se concentrar nas aglomerações urbanas cujas condições sócio-econômicas lhes permitam melhores perspectivas de trabalho" (p. 348).

****** ALTHUSSER, Luis, Os Aparelhos Ideológicos de Estado, p. 49. In: - Ideologia e Aparelhos Isdeológicos do Estado. Lisboa, Presença/Martins Fontes. Althusser evidencia nesse reciocínio, o exemplo da luta empreendida por Lrnine, na União Soviética, *"de revolucionar o Aparelho Ideológico de Estado Escolar"*, na tentativa de proporcionar ao proletariado soviético, a construção do futuro da ditadura e posterior passagem ao socialismo.

Na instância solucionadora apresentada a seguir, os retores evidenciam estar informados dos altos coeficientes de mortalidade nos segmentos populacionais, inclusos aí, os adolescentes e jovens brasileiros (10 a 29 anos) cujas causas mortes em algumas capitais estudadas, ver ARAÚJO (p.64), (a tuberculose do aparelho respiratório 1º lugar na seqüência das cinco principais causas), malária, acidentes, complicações da gravidez e outras, já eram: conhecidas, para os anos 50.

Assim enunciam os retores

> *"Sob o ponto de vista sanitário, o Brasil ainda vive incontestavelmente, uma fase de elevada predominância das doenças transmissíveis, as quais são responsáveis pelos altos coeficientes de morbidade e de mortalidade gerais"* (p.348).

As instâncias solucionadoras utiiizadas a seguir, pelos retores, apresentam a situação (historiográfica – sócio – econômica) do país como legitimadoras dos altos índices de mortalidade por doenças transmissíveis e outras causas.

Assim apresentam PANTOJA e MORAES

> *"Essa ampla disseminação das doenças transmissíveis acha-se intimamente ligada às condições rudimentares do saneamento básico observadas em nosso meio. É mínima a parcela da população brasileira efetivamente beneficiada por sistemas adequados de abastecimento d'água e de remoção de dejetos".*
>
> *"Sob o ponto de vista econômico, temos uma população de baixo poder aquisitivo, um terço da qual se dedica às atividades extrativas e agropecuárias, utilizando métodos e instrumentos primários de trabalho. Essa característica explica a enorme relevância que tem os problemas alimentares e habitacionais no equacionamento dos programas sanitários" (p.348).*

Essas instâncias solucionadoras no discurso retórico ideológico de PANTOJA e MORAES apresentavam-se, também, nos discursos de outros intelectuais brasileiros no período de 1945 a 1977, estudados por IANNI, (1970). Ou melhor dizendo, os modelos que se entendia fossem adequados ao desenvolvimento político e econômico do Brasil:

*"construções ideológicas, ou sublimações, de interesses ou intenções particulares de grupos ou frações de classes"*******.

Fazia-se então diagnósticos aproximados da situação social principalmente em seus aspectos econômicos e políticos.

Alguns foram os modelos destacados por IANNI (p.58), ao longo desse período. Cabe aqui se destacar, em função do período historiográfico aqui analisado configurado em discursos retórico ideológicos, o período juscelinista (1956-1960). Aponta o estudioso para o documento: *"Diretrizes Gerais do Plano Nacional de Desenvolvimento" (p.59),* à frente o presidente Juscelino Kubitschek de Oliveira, discutidas principalmente por intelectuais do Instituto Superior de Estudos Brasileiros (ISEB)[175].

Apresentou-se relevante entre as discussões do período juscelinista, o modelo neobismarkiano, ou seja, o nacionalismo desenvolvimentista, dentro do aparelho Estatal.

Esse grupo de intelectuais empenhava-se *"em criar uma ideologia do desenvolvimento"* e torná-la uma espécie de *"idéia-força"* do capitalismo industrial, isto é, *"monopolista, que adquiria um impulso excepcional nos anos cinqüenta" (p.62)*[176].

Torna-se então o capitalismo monopolista a ideologia adotada pela classe dominante hegemônica estatal. Contando-se, para isso, com um Estado *"funcional"* não mais *"cartorial"*. Capaz seria agora de elaborar projetos e políticas de desenvolvimento. As *"elites esclarecidas e deliberantes"*, como os intelectuais empresários e industriais encarregar-se-iam de por em prática tais planejamentos.

Ainda nos dizeres historiográficos de IANNI, utilizados aqui como retórica situacional justificadora das instâncias solucionadoras implementadas pelos retores PANTOJA e MORAIS.

---

[175] Ibidem, p. 61, ISEB, instituto criado em julho de 1955, pelo presidente Café Filho (1954-55), pelo órgão do Ministério da Educação. O órgão foi extinto ao início do período de ditadura militar em 1964. Entre os notáveis intelectuais, a ele ligado, está o nome de Hélio Jaguaribe.

[176] Ibidem, p. 62, iniciativas produzidas pelas discussões desses intelectuais e o governo J.K., no país, IANNI, destaca a criação do Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico (BNDE), do Banco do Nordeste do Brasil (BNB) em 1952. A Petrobrás criada em 1953, a instrução 113 da SUMOL que proporcionou a entrada no país de máquinas e capital estrangeiro. A criação da SUDENE (Superintendência do Desenvolvimento do Nordeste, em 1959).

****** IANNI, Octávio, Modelos Políticos Brasileiros, In: Cadernos de Pesquisa 2, Tudo é História. São Paulo [ ].

4.1.3. DISCURSO DAS ENFERMEIRAS DE SAÚDE PÚBLICA

4.1.3.1 A INTEGRAÇÃO DOS ASPECTOS SOCIAIS, PREVENTIVOS E CURATIVOS PARA A FORMAÇÃO DE UM CONCEITO DE SAÚDE PÚBLICA (ANEXO 5)

Ao procurar aplicar a seqüência sugerida por CARTHCAR (1981), que HALLIDAY (1988) também fez uso em suas análises retóricas institucionais, (observações, leituras, análises), observadas em especial os discursos cujos temas abrangessem ao segmento populacional de adolescentes, entre as enfermeiras de Saúde Pública, no período juscelinista, tal foi o nosso desapontamento e até desconforto aos temas, inexiste nas revistas brasileiras de enfermagem – REBEn, entre os anos de 1956 a 1960.

Alguns temas, contudo, são relevantes para os associados dessa Associação, cooperadores dos temas desenvolvidos na REBEn, órgão oficial da associação, como a capacidade de persuasão da categoria ante os órgãos governamentais em favor de legislações[177], que segundo ALCÂNTARA [s.l.], causa surpresa aos médicos do Hospital São Paulo, da Escola Paulista de Medicina, ao relacionar-se com religiosas enfermeiras diplomadas na França. Descreve esta estudiosa:

> *"Os médicos acostumados a dar ao pessoal de enfermagem o tratamento que davam a empregados domésticos, tiveram de modificar a forma de tratar as enfermeiras. Devido à formação profissional recebida nas escolas de enfermagem que seguiam os padrões americanos, as enfermeiras eram muito exigentes em relação às técnicas hospitalares".*

[177] Lei n.º 775 de agosto de 1949, que ordena o ensino da enfermagem no país, decretos n.º 23.774 de 11 de janeiro de 1934, amparando os enfermeiros práticos que já contassem com 5 anos de prática na função, decreto n.º 22.257 de 26 de dezembro de 1932, que relacionava-se às irmãs de caridade que efetivamente exercem atividades de enfermagem também há cinco anos. E mais o decreto n.º 8778 de 22 de janeiro de 1946 referentes aos práticos de enfermagem que recebiam licença do Serviço Nacional de Fiscalização da Medicina. E o projeto de Lei n.º 3.082 de 1957 tratando das novas observância para a Enfermagem Brasileira (Leis e Decretos).

Creia-se que, embora o texto refira-se à situação verificada em âmbito hospitalar, infere-se aqui, neste estudo, que o mesmo poderá ter ocorrido a nível de Saúde Pública (ambulatórios, dispensários e domicílios).

Também entende-se, na presente análise retórico-ideológica da retora ALVIM, o entendimento historiográfico que se fazia à época das superestruturas internacionais de saúde pela adoção, no Brasil, de tratados internacionais.

Infere-se, ainda, que o segmento populacional de adolescentes e jovens estejam inclusos nos atos retórico-ideológicos e instâncias solucionadoras adotadas pela classe dominante/hegemônica do Brasil conseqüente à retórica ideológica de ALVIM.

Veja-se que os atos retóricos trazidos, à semelhança de instâncias solucionadoras provindas da Organização Mundial de Saúde (OMS), desde 1946, e traduzidos por ALVIM, como componentes observáveis:

> *"A Constituição da Organização Mundial de Saúde, adotada em 1946 pelos países membros, estabeleceu como princípio básico, que a oportunidade de desfrutar o mais elevado padrão de saúde é um dos direitos fundamentais de todo ser humano, sem distinção de raça, religião, ideologia política e condição econômica ou social.*
> *A mesma constituição ressalta que a saúde de todos os indivíduos é fundamental para a paz e a segurança, que as iniciativas do Estado em prol da promoção e da proteção da saúde, beneficiam a todos, e que para a obtenção de um estado ótimo de saúde é essencial que os benefícios advindos dos conhecimentos no campo da medicina, da psicologia e de outros setores afins, sejam extensivos a todos"* (sd: 123).

Apresenta a seguir a retora ALVIM, outro ato retórico ideológico quando afirma: *"...todavia, ainda em nossos dias, aproximadamente dois terços da população mundial vivem em condições em que prevalecem a doença, a fome e a morte prematura"* (p.124); e a instância solucionada pela retórica ideológica governamental dominante:

> *"...tal estado de cousas é uma ameaça constante ao equilíbrio social e à própria paz entre as nações, tornando-se imprescindível proporcionar a um maior número de indivíduos condições que lhes*

permitam usufruir das vantagens e do maior conforto que a vida moderna oferece" (p.124).

Outro ato retórico-ideológico apresentado por ALVIM, leva a audiência, no caso específico ao que parece, a compreender como responsáveis pelas melhoras e controle de doenças das ciências médicas, e as descobertas farmacológicas e instrumentais, pesquisadores das Ciências Físicas, Engenharia, Farmacologia, Psicologia e outras, que ideologicamente cabiam às *"Ciências Médicas"*. Diz a retora ALVIM.

> *"...um aspecto que merece atenção especial é que o maior domínio das ciências médicas, pôs á disposição do homem uma série de medidas preventivas..."* (p.124).

Utilizando-se em seguida de instância solucionadora ideológica governamental com a presença dos intelectuais* orgânicos (enfermeiras de Saúde Pública, da área Materno Infantil, dos adolescentes e jovens), quando expõe:

> *"... muitas das quais, para serem eficazes, exigem uma participação cada vez maior de todos os indivíduos e conferem ao público grande parte da responsabilidade pela manutenção da sua saúde, o que põe em destaque a importância da educação sanitária..."* (p.124).

A retora ALVIM, apresenta-se, a seguir, com ato retórico-ideológico colocando como intelectual tradicional, com instância solucionada pela ideologia dominante governamental, quando diz:

> *"Do ponto de vista dos interesses do Estado, não é suficiente insistar nos direitos do homem a condições ótimas de saúde..."* (p.124).

Há presença, ainda, de instância solucionada pela ideologia dominante governamental quando acrescenta:

---

* Inferi-se que os intelectuais enfermeiras de Saúde Pública da área materno infantil, adolescentes e jovens, apresentavam-se como nos dizeres Gramscianos: orgânicos e tradicionais relacionados à educação sanitária, vez que nas leituras e releituras dos textos da REBEn de 1956 a 1960, não apresentarem-se discursos discordantes da intervenção *"educação sanitária"*.

> *"... mas torna-se necessário demonstrar as vantagens econômicas que um país pode auferir quando são proporcionados determinados recursos que favorecem a promoção da saúde. De um lado há a considerar as perdas econômicas devido à morte prematura e de outro lado, aquelas acarretadas por afecção físicas e mentais"* (p.124 e 125).

Nos estudos de ARAÚJO (1997:64), a tabela "ORDEM DE IMPORTÂNCIA DAS CINCO PRINCIPAIS CAUSAS DE MORTE SEGUNDO GRUPOS DE IDADE", para o ano de 1950, vêm discriminadas as cinco principais causas de morte na população brasileira em sete capitais (Belém, Recife, Vitória, Niterói, Porto Alegre, Belo Horizonte, Distrito Federal e Rio de Janeiro).

Para os estudos aqui focalizados, destaque-se as faixas etárias de 10-14 anos, 15-19 anos e 20-29 anos.

O que a retora ALVIM, no discurso retórico-ideológico, com a presença de instâncias solucionadas pela ideologia dominante governamental/classe dominante hegemônica, apresenta como *"perdas econômicas devido a mortes prematuras"*, a tabela evidencia que os adolescentes de 10-14 anos morriam de gripes e pneumonias, malária, acidentes, tuberculose do aparelho respiratório, nefrite (Belém), tuberculose do aparelho respiratório, acidentes, gripes e pneumonias, tétano e sarampo (Recife), para evidenciar apenas essas duas capitais, uma do norte do país, Belém, e a outra do nordeste do Brasil, Recife.

Já na faixa etária de 15 a 19 anos, as *"perdas econômicas"* com as mortes prematuras das quais ressentiam-se o Estado Brasileiro, no discurso da Retora ALVIM, a primeira causa de mortes foi a *"tuberculose do aparelho respiratório"*, em todas as capitais estudadas.

Há presença ainda de instâncias solucionadas pela ideologia dominante governamental/classe social dominante hegemônica, quando a retora diz:

> *"...todavia, nos nossos dias, um programa de Saúde Pública não se limita somente ao controle das doenças transmissíveis. À medida que estas vão sendo dominadas, passam os higienistas a se preocupar com aspectos bem mais positivos da saúde, no sentido de proporcionar a cada um mais vigor, eficácia e bem estar físico, abordando o problema por um ângulo essencialmente fisiológico"* (p.126).

Então passa a apresentar atos retóricos ideológicos com presença de instâncias solucionadoras pela ideologia governamental dominante, retomando a mortalidade infantil estudada por PINOTTI, que chega ao maior coeficiente, 421.6 por cem mil habitantes, na capital do Rio Grande do Norte, para o ano de 1955, ao dizer:

> *"Assim devem assumir importância capital num programa de Saúde os serviços de Proteção à maternidade e à infância, objetivando-se principalmente a educação das populações quanto às medidas gerais de higiene que visam a proteção da saúde, entre as quais a melhoria da alimentação da família que merece destaque, pelo decisivo que representa na resistência e na produtividade dos indivíduos" (p.26).*

A instância solucionadora, apresentada pela retora, estariam em programas de saúde de proteção à maternidade e à infância, à educação sanitária, às populações, e a *"melhoria da alimentação da família"* destacando-se em virtude da promoção da *"resistência e na produtividade dos indivíduos"*.

Apresenta, ainda, como instância solucionadora pela ideologia governamental, os aspectos habitacionais, quando diz:

> *"Outros aspectos a que está sendo dada importância cada vez maior, são a melhoria das habitações, a melhoria das condições de trabalho, assim como a promoção de condições que favoreçam a saúde mental" (p.126).*

A todas essas instâncias solucionadoras no discurso retórico-ideológico, a retora credita ainda que um programa de *"educação sanitária"*, como ato retórico-ideológico, com a população incentivada, praticaria medidas de proteção à sua própria saúde, *"assumindo neste sentido uma responsabilidade cada vez maior" (p.126).*

Os aspectos de instâncias solucionadoras presentes com a ideologia governamental e os atos retóricos-ideológicos, também identificados, apontam para a retórica ideológica na área de Saúde Pública, como inferência, uma vez que os discursos retóricos não apresentam enunciados aos adolescentes e jovens brasileiros à época, não obstante entender a autora que essa constatação demonstra que, apresentando-se a retora ALVIM, sem nomear os adolescentes, que seu discurso é retórico-ideológico com presenças de instâncias solucionadas pela ideologia dominante

governamental, porquanto o grupo populacional de *"importância capital num programa de saúde"* (p.126), são os serviços de proteção à maternidade e a infância não obstante as principais causas de mortes, em adolescentes e jovens para o ano de 1950, serem já do conhecimento público.

4.1.3.2 O QUE É ENFERMAGEM DE SAÚDE PÚBLICA? (ANEXO 6)

As retoras responsáveis por este texto apresentam um discurso retórico-ideológico referenciando o Levantamento dos Recursos de Enfermagem no país à época juscelinista, levados a efeito pela Associação Brasileira de Enfermagem, ABEN, auxiliados pelo Ministério da Educação e Saúde, Fundação Rockfeller, e outras instituições sensíveis a essa iniciativa, considerada de grande repercussão para a enfermagem e o Estado brasileiro, visto que o desconhecimento da situação da Enfermagem brasileira e sua atuação nos diversos segmentos populacionais era ora confusa, ora desconhecida. Essa situação provoca, inclusive, veto presidencial (Estado/Governo/Nação), hegemônico/dominante, do projeto 2.640 – C de 1952, mantido pelo Congresso Nacional. Versava o projeto, entre outros dados, sobre o ensino da enfermagem e da obstetrícia, formação esta dada por escolas diferentes. A enfermagem, aos cuidados das enfermeiras Estadunidenses que até 1951 dirigiam os serviços de ensino e assistência no país; e as obstetrizes eram geralmente formadas em escolas anexas às Faculdades de Medicina. Um dos pontos, entre outros do projeto vetado, constava:

> *"1º.) As escolas de enfermagem e de obstetrícia modificariam seu currículo de modo a compreender, a partir de 1957, um conjunto de disciplinas básicas que pudesse ser freqüentado simultaneamente pelas alunas de um e outro curso durante a 1ª e a 2ª séries"**.

Entre algumas razões do veto presidencial, mensagem nº. 361 de 1956, no Congresso, constam:

---

* REVISTA BRASILEIRA DE ENFERMAGEM, Relatório da Presidente, Maria Rosa S. Pinheiro, outubro 1956 - out. 1957, pp. 326-329.

"1°) Razões de política educacional, em que predomina a concentração do ensino, na fase profissional; assim sendo uma só escola poderia manter os dois cursos, unidos numa fase fundamental de dois anos e diversificados numa fase profissional de um ano;
*2°) Razões de ordem econômica, uma vez que a criação de novas escolas para a formação de obstetrizes seria mais onerosa que a criação de cursos de obstetrícia nas escolas de enfermagem e de auxiliares de enfermagem, as quais não preenchem todas as suas vagas"**.

Além das questões relativas à identidade profissional, as enfermeiras de Saúde Pública envolviam-se profissionalmente, de forma mais acentuada, ou diga-se quase totalmente, em ações e ensino voltados à maternidade, a infância e às doenças transmissíveis.

Ressalte-se que em meio ao discurso retórico-ideológico de ALVIM e PAIM, vê-se ainda a enfermagem de Saúde Pública voltada ao adolescente, envolvidas com o ante-projeto de Lei Orgânica do Ensino de Enfermagem solicitado pelo Ministério da Educação e Cultura, contando-se com especialistas nas áreas de enfermagem e obstetrícia. Elabora-se então o projeto de nº. 3082, publicado em diário do Congresso, em 1957.

Os términos dos trabalhos relacionados ao Levantamentos de Recursos e Necessidades de Enfermagem estavam sendo previstos para junho de 1958, o que motivou a interessados da enfermagem, alguns esclarecimentos:

** Ibidem, p. 321.

*"O que nos revelará o levantamento?, Que tipos de recomendação trará para nossas escolas e instituições consumidoras de pessoal de enfermagem?. Obterá a ABEN a cooperação dos poderes públicos para pôr em execução essas recomendações?"****.

O retorno historiográfico da enfermeira de Saúde Pública do adolescente era então configurado como programas prioritários de assistência à maternidade, a infância e às doenças transmissíveis; à busca de identidade profissional que as diferenciassem dos *"atendentes"* e *"práticos de enfermagem"* visto que estes eram relacionados a uma assistência e a conhecimentos rudimentares da enfermagem.

O domínio do Estado/governo hegemônico/dominante atuava como aparelho ideológico (AIE). Através de leis e decretos estabeleciam a ideologia que se apresentasse dominante na área da enfermagem.

O povo e suas necessidades de enfermagem de Saúde Pública, recebia das próprias retoras avaliação *"lastimável"*:

*** Ibidem p. 324. Emitem sobre a Reforma do Ensino de Enfermagem, a REBEN, informa que se tornou lei o projeto aqui mencionado, 3.082 de 1957, substituindo a lei em vigor de nº 775 de 6 de agosto de 1949. REVISTA BRASILEIRA DE ENFERMAGEM, Reforma do Ensino de Enfermagem, Editoriais, ano X, dezembro de 1937 - nº 4. Existiam no Brasil à época do levantamento 2.345 unidades hospitalares e levantou-se, entre outros informes que o número de enfermeiros diplomados de 1918 a 1956, atingiu a 4.512 profissionais. Pp. 294. O País tinha 34 escolas de enfermagem, sendo 13 do Governo, e 21 particulares. Pp. 109. É de interesse desse texto analítico trazer ao conheciento as discussões, ou parte delas, que se travavam no entorno da identidade profissional, por ocasião do III Congresso da Associação Paulista de Medicina, em São Paulo, quando Maria Rosa Souza Pinheiro, faz uma comunicação, divulgada por ALCÂNTARA, na parte "Serviço" da REBEN, no artigo Enfermagem: Pessoal e suas categorias Funcionais, pp. 81-92. Diz então PINHEIRO, em janeiro de 1957 citada por ALCÂNTARA em 1957, *"... afirmou que havia grande confusão no espírito do público em relação às pessoas que praticavam a enfermagem, acrescentando que os próprios poderes públicos não possuiam idéia muito clara sobre o assunto e que até na legislação havia ambigüidade de terminologia"*. P. 81.

> *"Parece-nos deveras lastimável que em face das presentes necessidades de saúde da população, um número tão reduzido de enfermeiras esteja desenvolvendo atividades que possam ser consideradas de enfermagem de Saúde Pública, o que nos leva a concluir que as demais não valorizam o verdadeiro papel da enfermeira de Saúde Pública e não reconhecem as inúmeras oportunidades que se lhes oferecem, que, se aproveitadas, tornariam o seu trabalho muito mais eficiente e lhes trariam maior satisfação pessoal"* (p. 375).

O governo brasileiro, ao associar-se a formulações contratuais ou intencionais com órgãos internacionais, na área da Saúde Pública, apresenta-se como provedor e multiplicador dos discursos dessas instituições.

A Associação Brasileira de Enfermagem, ABEN, incorpora-se formalizada pelas enfermeiras (sócias) e pelo Estado/Governo (aparelho ideológico de Estado, AIE), funcionando através de decretos e leis, fundamentados no entendimento da ideologia da classe dominante, formulam para um inquérito da Organização Mundial da Saúde Pública:

> *"Enfermagem de Saúde Pública no Brasil é um Serviço Organizado dentro da estrutura Sanitária do País, que tem como objetivo educar o público em assuntos pertinentes à saúde, dar cuidados de Cabeceira ou providenciar que estes sejam prestados e treinar e supervisionar o pessoal auxiliar de enfermagem. Estes serviços podem ser desenvolvidos nos domicílios ou em organizações da comunidade tais como: unidades sanitárias, ambulatórios isolados ou de hospitais, escolas ou serviços de saúde em estabelecimentos industriais"* (p. 376).

A retórica ideológica, com instância solucionadora presentes na ideologia governamental/classe social dominante, apresenta-se, nas retoras ALVIM e PAIM, delimitadas na defesa de um ensino de enfermagem voltado a assistir o doente de forma total, inclusos: medicina curativa, preventiva, as questões sociais e de âmbito familiar, como *"medidas profiláticas"* que devessem ser sempre utilizadas. Que em função dos novos recursos *"quimioterápicos"* é possível

utilizar-se recursos curativos em unidades sanitárias ambulatoriais. As instâncias solucionadoras foram assim apresentadas:

> *"Já ninguém mais admite uma linha divisória entre a Medicina Preventiva e Curativa. Medidas profiláticas podem ser executadas tanto por unidades sanitárias como por unidades hospitalares e em face dos modernos tratamentos quimioterápicos, grande parte da medicina curativa passou a ser atribuição também das unidades sanitárias"* (p. 376).

As instâncias solucionadoras apresentadas por ALVIM e PAIM aparecem nos discursos retóricos-ideológicos do retor PINOTTI, quando de sua posse como Ministro de Estado dos Negócios da Saúde em 1958, ao fazer referências ao *"Combate às Endemias Rurais"*:

> *"A bouba, a doença de chagas, a leishmaniose e o bócio, com as campanhas nacionais em desenvolvimento, deixarão de constituir os graves problemas de Saúde Pública, que têm sido até agora. Da mesma forma, desde que se mantenha sem esmorecimentos o ritmo atual de trabalho, com os recursos da Ciência Moderna, e o planejamento técnico-administrativo, ora em execução, o tracoma poderá ser controlado, deixando de constituir-se, também, em desafiador problema de Saúde Pública"*****.

Na continuidade dos discursos retórico-ideológicos, vê-se agora, em ALVIM e PAIM, não mais as instâncias solucionadas pela ideologia governamental de *"modernos tratamentos quimioterápicos"*, como se manifestara o retor PINOTTI em relação à situação de graves *"problemas de Saúde Pública como a Bouba, a Leishmaniose e a Doença de Chagas"* (p.27); a *educação sanitária"* como uma *"arma* indispensável":

**** PINOTTI, Mário. Discurso de Posse, p. 27, já nestes estudos, analisados, 1958.

> *"A Educação Sanitária, arma indispensável na divulgação das medidas profiláticas necessárias à recuperação e `a conservação da saúde, tem sua aplicação tanto no trabalho de enfermagem desenvolvido nas unidades sanitárias como nos hospitais"* (p. 376); *e* como uma das *"principais funções da enfermeira e ela precisa estar bem consciente disto em todas as fases do seu trabalho e da sua vida"* (p. 388).

As instâncias solucionadoras pela ideologia dominante governamental, presentes no discurso retórico-idelógico de ALVIM e PAIM, estavam presentes como instância solucionadora da Organização Mundial de Saúde, instituição internacional, a qual pactuou-se o Brasil, como nos dizeres de PAIM*****.

> *"Na 9ª Assembléia Mundial de Saúde, ressaltou-se que "o papel da enfermeira variava de acordo com a fase de desenvolvimento dos serviços de saúde do país, com os recursos existentes no que refere a outros profissionais de saúde e com o nível educacional e profissional de cada país". Ainda segundo a OMS as atividades de saúde essenciais aos países como o nosso, são: o saneamento, o Controle de D.T a coleta de dados de bioestatística, a higiene materna e da criança, a educação sanitária, a assistência médica e a enfermagem de Saúde Pública"* (p. 386).

Esses pactos Internacionais configurados pelo Brasil, à época dos anos 40 e 50, formataram, além de discursos com instâncias solucionadas pela ideologia dominante governamental, o papel da enfermeira estaria em dependência do *"desenvolvimento dos serviços de Saúde do país"....* ou ainda: *"as atividades essenciais para o país seriam"...* adotados pela enfermagem de Saúde Pública, (adolescente), no Brasil, segmento de outro discurso retórico - idelógico de ALVIM.

***** Este texto refere-se ao trabalho publicado na REBEn de 1958. O Preparo da Estudante de Enfermagem para o Estágio de Saúde Pública.

> *"O Serviço Especial de Saúde Pública, ou SESP, foi criado em virtude de um convênio comercial firmado em 1942 entre os governos do Brasil e dos Estados Unidos da América. A este último seria facilitada a aquisição da borracha da região amazônica e de alguns minérios da região do Vale do Rio Doce, recebendo o Brasil ajuda técnica e financeira para desenvolver, naquelas áreas, serviços básicos de saneamento e de saúde".*

O discurso de ALVIM e PAIM, caracteriza-se, portanto, como também dominadas retórico-ideologicamente pelas instâncias internacionais.

4.2 DISCURSOS DO PERÍODO FERNANDO HENRIQUE CARDOSO (FHC)

4.2.1 MINISTRO DA SAÚDE JOSÉ SERRA (DISCURSO DE POSSE: 31/03/1998 - ANEXO 7)*

Como instância solucionadora, entende-se que o retor Serra utiliza-se de uma metáfora quando diz: *"A saúde de um povo é um termômetro da sociedade"* (p.1), na medida em que o retor coloca o sentido de *"Termômetro"* como o que um povo pensa sobre o estado geral de sua própria saúde, assim o povo como responsável pelo *"pensar de sua saúde"*, não obstante admitir apresentar-se este pensar reflexos de *"extrema"* sensibilidade nos mais diferentes aspectos da vida em sociedade.

Por outro lado, relaciona os fatores *"díspares"* incidentes sobre as condições: não se sabe se sobre a *"saúde"* ou o *"pensar do povo sobre sua saúde"*, como *"nível de emprego, taxas de salários, a inflação, as formas de organização familiar, os acidentes de trânsito, os investimentos em saneamento, os hábitos de higiene familiar, fenômenos ambientais particularizando-os como políticas de saúde"* (p.1). Continuando assim o retor a configurar o *"pensar do povo sobre sua saúde"* como instância solucionadora da metáfora *"saúde de um povo como um termômetro da sociedade"*, uma vez que persiste em ocultar o ato retórico *"público"*, nas mencionadas políticas de saúde.

O Ministério da Saúde seria o *"vértice"* das denominadas políticas de saúde, a que pertenceriam esse conjunto de ações.

No parágrafo seguinte, o retor SERRA estabelece o ato retórico ideológico ao mencionar a responsabilidade que se aufere ao Ministério da Saúde, em função do que denomina de *"eventuais subidas do termômetro"* (p.1), aparecendo então a instância solucionadora com que ele organizou seu discurso, ao ocultar o sentido *"público"* das mencionadas políticas de saúde.

---

* discurso de Posse como Ministro de Estado da Saúde, Conferência Nacional de Saúde On Line.

Dando prosseguimento, o *"termômetro"* como ato retórico-ideológico, ao apropriá-lo como distribuidor de *"responsabilidades"* e *"culpas"* aos poderes públicos: Federal (principalmente) e

particularizadamente ao Ministério da Saúde, e como conseqüência nova instância solucionadora que chama de *"reflexão"*. Estabelece que ele (retor Serra) e o Presidente da República Fernando Henrique Cardoso (FHC), pertenceriam ao mesmo segmento de decisão – responsabilização, ao entenderem a instância *"reflexão sem nenhuma implicação negativa"* (p.1).

Credita ao *"vértice"* (Ministério da Saúde), a responsabilidade de *"pelos problemas surgidos"*: *"O Ministério da Saúde tem de fazer sua parte"* (p.1), caracterizado como um ato retórico-ideológico.

As instâncias solucionadoras apresentadas pelo retor Serra, como *"termômetro"*, o povo pensa sobre o *"estado geral de sua própria saúde"*, a *"reflexão"*, e a *"parte que o Ministro da Saúde tem de fazer"*, revelam-se como atos retóricos-ideológicos, utilizados pelo retor em seu discurso persuasivo de que ele e o Presidente da República deveriam ser co-responsabilizados, que caberia ao povo pensar no *"estado geral de sua própria saúde"*. Ao termômetro, como metáfora, caberiam as políticas de saúde; Ao vértice: Ministério da Saúde, caberia a reflexão.

Em parágrafos seguintes, o retor Serra apresenta-se como *"o espírito da ação e do trabalho"*, de *"esforços duplicados"* (p.1), e *"esclarecimentos necessários"*, capazes de mobilizarem a *"sociedade pela saúde"*. Os atos retóricos-ideológicos aparecem como instâncias solucionadoras, enquanto o retor Serra oculta a que saúde refere-se: *"O povo e sua própria Saúde?"* a saúde pública coletiva? A sociedade seria responsabilizada pelo *"estado geral de sua própria saúde"*, porquanto a ocultação do público? A diversidade dos fatores como atuaria no vértice *"tem de fazer sua parte?"* (p.1).

A instância solucionadora *"políticas sociais na área de saúde"*, apresentada pelo retor, como *"uma terceira etapa de conquista de cidadania"* (p.1), identifica-se no ato retórico-ideológico, conquanto elemento exemplificador (discurso do sociólogo inglês T. S. Marshall), da conquista da cidadania através de três séculos**.

Aristóteles advoga que o exemplo seria o elemento persuasivo mais eficiente. Contudo, apresentar a *"conquista da cidadania"* ao longo de três séculos ao que parece, seria a instância solucionadora que o retor Serra configuraria ao estabelecer a *"duplicação dos esforços e esclarecimentos a mobilização da sociedade pela saúde"* (p.2).

** Sociólogo T.S. Marshall, com sua teoria que a cidadania foi conseguida em três séculos assim no Século XVIII liberdades fundamentais, XIX com os direitos políticos e XX direitos sociais.

O discurso retórico-ideológico do retor Serra, ao que parece, apresenta-se influenciado pela ideologia dominante, ao consubstanciar-se nesse discurso de posse ao cargo de Ministro de Estado da Saúde em teórico de língua inglesa.

Na seqüência, o *"indivíduo contratado pela sociedade"* (p.2), com as *"garantias e recursos"* desse *"contrato"* seria então *"obrigação"* do Estado assistir a esses cidadãos.

Vê-se, portanto, apresentado no discurso retórico-ideológico uma rede de exigências para que o indivíduo seja assistido pelo Estado/governo. Diferentemente do que é dito nos parágrafos seguintes, quando o retor aclama como primeiro item do que chama de princípios e idéias contextualizados como linha de pensamentos do presidente Fernando Henrique Cardoso. Num total de 14 itens, o primeiro é considerado como correta orientação constitucional (Constituição de 1988), consagrando a universalização do atendimento à saúde, ou seja, a assistência a todos e integral:

> *"É correta a orientação constitucional que consagra a universalidade do atendimento à saúde. Atendimento a toda a população e atendimento que deve ser integral, unindo, a atenção preventiva e a curativa. É preciso garantir que todas as pessoas que não disponham de informação e de dinheiro tenham acesso a esse direito. Não podemos entrar no Século XXI sem cumpri-lo de forma decente" (p.2).*

O ato retórico adotado pelo retor como instância solucionadora da busca da cidadania, visualizada pelo teórico Inglês MARSHALL, em *"três séculos", apresentada pelo retor SERRA, configura a prática discursiva da classe dominante/hegemônica, pois além de conduzir os ouvintes a aquietarem-se, comôdamente, em função das conquistas de cidadania, indica* "três séculos" *para essa conquista. Destaca-se ainda a ocultação, no discurso retórico-ideológico de contextos brasileiros como a situação da mortalidade de adolescentes brasileiros, quando apontada pelo próprio* "vértice" (MINISTÉRIO DA SAÚDE), em 1998, seis mil adolescentes, na faixa etária de 10 a 24 anos, mortes, por assassinatos.

Outro destaque que se faz necessário na retórica-ideológica cuja instância solucionadora aponta para a concordância com o discurso ideológico da classe social dominante no governo FHC/Serra, aparece no item 11. Nele trata-se como *"absurda"* a situação das endemias e doença infecciosas no Brasil.

Como instância solucionadora apresenta a

> *"... insuficiente produção doméstica das vacinas adequadas. Decorre de um jogo de empurra – empurra entre as três esferas de governo – e quem arca com as conseqüências são as pessoas mais humildes. Decorre da falta de visão de médio a longo prazos em muitas administrações: quando uma doença se vai, e o mosquitinho desaparece, é preciso continuar investindo para que ele não volte e é óbvio que esse não chegue a ser um investimento politicamente atraente, embora seja essencial"* (p.4).

A opção do retor Serra, em privilegiar em seu discurso retórico-ideológico, de instâncias solucionadoras das classes sociais dominantes/hegemônicas ao designar como subsídios relevantes os discursos de MARSHALL, (três séculos para obter-se os direitos sociais), o de ALBERT HIRSCHMAN, que aponta segundo SERRA, o *"protesto"* numa perspectiva *"não subversiva"*, e ainda SHAKESPEARE, traduzido em verso que induzem ao ouvinte a creditar como verdadeira a afirmação do retor de que *"milagres não existem"* referindo-se aos que exigiriam e esperariam, de sua gestão, *"milagres"* frente ao Ministério da Saúde. Considera sua tradução *"improvisada"* do verso SHAKESPEAREANO: *"nossos desejos e os fatos vão em direções tão contrárias que todos os nossos estratagemas caem por terra; nossos pensamentos nos pertencem; nossas ambições nem um pouco"* (p.5).

A visualização da Saúde Pública Brasileira, que ao que parece, seria pouco provável, deve-se aos *"três séculos para se alcançar a cidadania"*, segundo apoia-se o retor, em MARSHALL, em HIRSCHMAN, *"protestar não seria ação subversiva"* (p.6), ou no clássico SHAKESPEREANO, *"nossas ambições não nos pertencem"*, realiza-se por BARATA, por ocasião do IV Congresso Brasileiro de Epidemiologia em agosto de 1998, quando em Conferência pergunta: *"Quais os desafios que a Epidemiologia Brasileira deve enfrentar no início do próximo século?"****.

*** Ibidem cap. 2. A Historiografia e os Métodos, 2.1. Revendo as Idéias.

Esse autor sinaliza que a situação do país por si só já é alarmante, considerando-se então que o governo tenha optado por políticas públicas compensatórias, investimentos reduzidos em ciências e tecnologias e ajustamentos na economia geradores de exclusão social. Acrescenta que a violência urbana cresce assustadoramente, as doenças infecciosas graves, emergindo, as tecnologias de controle não mais eficientes, a vida cotidiana favorecendo a ocorrência de problemas de saúde advindo, precocemente, os transtornos mentais, a dependência de drogas, fazem a composição de uma situação que a conferencista chama de *"alarmante"* para a Saúde Pública Brasileira.

Ao colocar-se convidado pelo Presidente da República como político, para o exercício do cargo, opta por um ato retórico-ideológico a definir-se, conceituando-se nos dizeres de MAX WEBER, para quem o indivíduo político seria aquele compromissado *"com os resultados de sua ação"* (p.6). A instância solucionadora do ato retórico-ideológico, ao que parece, relacionando-o a um intelectual apreciado pelo presidente Fernando Henrique Cardoso (MAX WEBER), além do que associá-lo a um político compromissado com a ação, o trabalho.

4.2.1.1 OBSERVANDO O MANUAL PARA A ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA NO BRASIL (ANEXO 8)

A proposta dessa Tese, convém repetir: A Saúde do Adolescente no Brasil – Um Estudo em Dois Tempos, limita-se a questões de saúde do adolescente, e procura acompanhar, entre outros estudiosos, ORLANDI (2000), para quem analisar discursos seria "uma proposta de reflexão sobre linguagem, sobre sujeito, sobre a história e a ideologia" (2000:11).

Observar-se desta lingüista alguns elementos que aprofundam os estudos quanto ao arcabouço construído sobre a Saúde Pública do Adolescente Brasileiro, na gestão do Ministro José Serra. Nesse documento, alicerce discursivo, pretende-se buscar conteúdos instrucionais mais específicos: as Políticas Públicas em Saúde do Adolescente no Brasil.

Na apresentação desse documento, o Ministro José Serra, (p.5) assevera que o Sistema Único de Saúde é uma construção a ser compartilhada pelos Governos Federal, Estadual e Municipal, e a participação da sociedade, através dos Conselhos de Saúde, condição para que os serviços apresentem-se eficientes e de boa qualidade.

Portanto, o ato retórico seria a "participação de todos"; a instância, (problema a ser resolvido), seria "acesso aos serviços de saúde eficientes e de boa qualidade"; conseqüentemente, o ideológico destaca-se: enquanto os "conselhos de saúde" e o "empenho de todos" (p.5), não vierem a ser efetivados, a prestação dos serviços eficientes e de boa qualidade não deverão ocorrer. Desta forma, o papel do Estado/governo mínimo neoliberal ficaria diluído na categoria "empenho de todos".

Dando seqüência e tendo como referência o SUS, responsável pelos "importantes avanços graças ao processo de descentralização" (p.5), delineia-se o ato retórico, a instância identificada "pela implantação do Piso de Atenção Básica – PAB". Esse piso garante a cada município um montante mínimo de serviços, calculados em função de sua população. "Tal sistemática permite a transferência regular e automática de recursos federais para a atenção básica, diretamente do Ministério da Saúde para os municípios, permitindo que o gestor municipal possa assumir as responsabilidades que lhe competem" (p.5).

O retor realça também a relação do Governo/Estado enquanto provedor direto de recursos ao município (produção e reprodução dos AIE). Pensa-se: se estou provendo-lhes recursos, devemos obediência, seria a mensagem oculta. E onde estaria a tarefa compartilhada? Os conselhos de saúde?

Parece que os vínculos: recursos Governo Federal/municípios/ responsabilidades dos prefeitos, mais uma vez acentua o Estado/Governo mínimo – ato retórico que resolveria a instância (modalidade de transferência de recursos possibilitando mais rapidez na resolução das ações de saúde). No momento em que esse dado município não possua a "tarefa compartilhada" e os "conselhos de saúde", e o "empenho de todos, o gestor municipal, (ato retórico), junto com o PAB, apresentam-se, no discurso do retor José Serra, como imbuídos de garantir o acesso dos cidadãos brasileiros a serviços de saúde eficientes e de boa qualidade. Estariam, portanto, diluídos de seus teóricos poderes: a "tarefa compartilhada", os "conselhos de saúde" e o "empenho de todos", logo o Estado/Governo mínimo neoliberal estaria cada vez mais mínimo, e o povo, os conselhos, compartilhamentos, os cidadãos brasileiros, todos estariam dependentes do gestor municipal.

Prosseguindo, José Serra identifica-se com alguns atos retóricos: "A prioridade dada à atenção básica, representa um grande esforço" (p.5). As instâncias seriam: "para que o sistema de saúde torne-se mais eficientes consolide vínculos entre os serviços e a população e contribua para a Universalização do acesso e a garantia da integralidade da assistência".

Quem daria a prioridade a atenção básica? O empenho de todos? O Ministério da Saúde, com ações executadas nos estados municípios (Estado/Governo)? Os conselhos de saúde? Os

cidadãos brasileiros? Seria uma tarefa compartilhada? O PAB?, O gestor municipal? E por que sendo uma prioridade representaria um grande esforço?

Finalizando a apresentação, o retor José Serra, através do ato retórico, "O Ministério da Saúde convida todas as pessoas comprometidas" (p.5) credita, dessa forma, não mais ao Estado/governo, a essas alturas quase inexistentes, a consolidação do Sistema Único de Saúde e tampouco a todos os cidadãos brasileiros, mas as "pessoas comprometidas", que, num sistema social, econômico e político neoliberal, como já fartamente a historiografia retrata a Saúde Pública Brasileira, nesta pesquisa, ou seja, que na especificidade do grupo etário deste trabalho, estão entregues à própria sorte (altos níveis de pobreza e miséria, endemias emergentes e mortalidade por violência (acidentes, suicídios, extermínios e outros assassinatos).

Pergunta-se, então: José Serra (Estado/governo) – encontrará para tão "hércula tarefa" "tantas pessoas comprometidas?" dentro de ações mínimas, de "grande sacrifício", contando com gestores municipais empobrecidos e conselhos de saúde enfraquecidos?

No atual Sistema de Saúde no Brasil, instituído a partir da constituição de outubro de 1988, a legislação formaliza ações de saúde. O texto do Manual para a Organização da Atenção Básica, (1999 M.S.), destaca, no item o sistema municipal de saúde (1999), as chamadas leis orgânicas da saúde, leis 8080/90 e 8142/90, o decreto nº. 99.438/90 e as normas, operacionais básicas NOBs, editadas em 1991, 1993 e 1996.

Na NOB/SUS/1996, reafirmam-se os princípios constitucionais ao reforçar o município como o Centro de Assistência à Saúde do indivíduo e da comunidade, advogando o princípio de que é a gestão mais próxima do cidadão, visto que organiza os serviços sob sua responsabilidade, bem como viabiliza a utilização de outros serviços de saúde fora de sua gestão.

Essa legislação, além de manter os princípios das anteriores, fortalece e emoldura diretrizes e princípios, que se vê como essenciais para mudanças no modelo de Atenção à Saúde no Brasil: uma centralização da atenção na qualidade de vida das pessoas, no seu meio ambiente, a relação da equipe de saúde (profissionais da área de saúde nível superior e médio – enfermeiros, nutricionistas, assistentes sociais, médicos, psicólogos, odontólogos, fisioterapeutas, auxiliares de enfermagem e técnicos de enfermagem), em especial seu relacionamento com o núcleo considerado básico, alvo de suas ações, a família.

Resguarda-se, assim, os princípios constitucionais da integralidade da assistência, a rede hierarquizada e regionalizada, a autonomia do município, a descentralização, a "a universalização, equidade, integralidade, intersetorialidade e a participação social" (p.11), componentes fundamentadores do sistema de saúde brasileiro.

No tema "Responsabilidades na Gestão da Atenção Básica" (1999)*, o manual destaca um quadro no qual são descritas as "responsabilidades", as "ações" e o instrumento de gestão para o município que é normatizado pela NOB/96**, na atenção básica.

Enumerando cerca de seis responsabilidades com as respectivas ações e o instrumento de gestão – planejamento, referência e contra referência de clientes; coordenação e operacionalização do sistema municipal de saúde; mecanismos de controle e avaliação; ações básicas de vigilância sanitária; Recursos Humanos; e, por último, o fortalecimento do controle social municipal apresenta-se as responsabilidades na atenção básica às pessoas (1999), aos municípios em gestão plena, conforme à normatização da NOB/, o tema organiza-se em dois quadros (1999): um normatiza a atenção básica dirigida a todas as pessoas da população, o outro, as ações de atenção básica a grupos "específicos da população".

O primeiro deles, dividido em responsabilidades, ações e objetivos, configura-se em cinco itens:

Desenvolvimento de ações educativas, ações localizadas para grupos de risco da população, investigação de casos de doenças de notificação compulsória, ações de controle da qualidade da água, atendimentos de pequenas urgências.

O segundo, apresenta-se com ações, impacto esperado, indicadores, e cálculo. São ao todo 16 ações. Desde incentivo ao aleitamento materno, até incentivo aos grupos de auto-ajuda, destacando-se, para as prioridades maiores de 60 anos, o grupo etário de 0 a 4 anos, e algumas ações para os maiores de 5 a 14 anos.

Quanto às questões sociais relativas à população brasileira o governo através de um representante no parlamento, em declaração na tribuna do Senado Federal, o Senador Lúcio Alcântara do Partido Social Democrata do Brasil – PSDB – Ceará, do partido do governo, registrado no jornal do Senado (2000), declara:

> *"Os conselhos municipais de saúde afirmou, são os únicos órgão controladores das atividades do SUS. Porém, acrescentou, nem sempre funcionam na prática".*

---

* Páginas 15 a 23.

** NOB/96 - normas Operacionais Básicas do ano de 1996. São normas editadas anualmente, quando necessário. Diz respeito às recomendações governamentais sobre as ações básicas de saúde no país.

Alcântara disse que esses conselhos devem procurar soluções mais democráticas em benefício da população, propondo políticas públicas, avaliando-as e controlando-as.

"A lei pode ser favorável ao cidadão, mas a sua aplicação ainda está longe de ser aplicada. A exclusão social, com a marginalização de imensas camadas da população faz com que a grande maioria dos brasileiros não tenha acesso sequer a condições dignas de vida", pensa o senador.

Observe-se que o Senador, em questão, pertence ao partido político do presidente FHC e do Ministro da Saúde, Sr. José Serra. Ao que parece, o discurso introdutório do Manual para a Organização da Atenção Básica, quanto ao setor de Saúde Pública do Adolescente, no Brasil, apresentado pelo retor Serra, tem sua instância solucionadora fundamentada mais na complexidade organizativa dos serviços que devam ser prestados à população de forma abrangente, e não na população adolescente como um segmento explicitado como merecedor de resolutividade com estratégias consistentes e coerentes à situação historiográfica da Saúde Pública do adolescente brasileiro, aqui revista.

4.2.2 DISCURSOS DOS SANITARISTAS (MÉDICOS) NA ÁERA DE SAÚDE PÚBLICA DO ADOLESCENTE

4.2.3.1 AIDS - (EPIDEMIA DE SIDA/AIDS EM PERNAMBUCO, BRASIL - ANEXO 9)

A análise retórica ideológica realizada neste texto apresenta-se com algumas peculiaridades, visto que os retores produziram em forma de Boletim Informativo, consolidando informações estatísticas provindas do próprio processo de notificação do Sistema Único de Saúde, SUS.

Outro aspecto relevante prende-se a que durante a etapa de observação do texto discursivo, entendeu-se tratar-se de tema SIDA/AIDS*, relacionado ao adolescente e jovem brasileiro, conquanto os retores apresentam um discurso deliberativo (útil, em função das acertivas distribuídas numericamente em tabelas e gráficos), bem como demonstrativo (indicando situações representativas de dificuldades, e de alguns avanços no controle da epidemia).

---

* SIDA - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida.

Considere-se, também, pelo tema está inserido na "agenda política de estratégias e ações" do Ministério da Saúde, conquanto sugere-se à discussão dos temas: "Gravidez na Adolescência, Infecções pelas DST/AIDS, violência e doença mental", ao que parece, compromisso assumido pela área de Saúde do Adolescente e do Jovem (ASAJ), no período do Ministro da Saúde, José Serra.

Outra conseqüência prende-se à questão regional. O Estado de Pernambuco situa-se geograficamente na região Nordeste do País, um estado presente em estudos epidemiológicos desencadeados no período juscelinistas, como já apresentados aqui nos textos de MORAES, (1959) ARAUJO (1997) e outros estudiosos, com populações e agravos diversos (como tuberculose do aparelho respiratório e gastroenterites, acidentes, e complicações na gravidez.

A ocorrência da epidemia vitimando cerca de 81,4% de jovens e adultos, entre 20 e 44 anos, foi considerada também como contexto relevante para a análise retórica ideológica.

Os retores FIGUEIRÔA et al, diferentemente de PANTOJA, MORAES e SANTANA, não utilizaram, em seus discursos deliberativo e demonstrativo, a indicação de relevância no direcionamento das questões sócio-econômicas culturais. Também, no convite que os retores citados anteriormente direcionaram à sociedade, para juntarem-se aos Órgãos Sanitários nos esforços para organizarem os serviços maternos e infantis (PANTOJA e MORAES) e nas ações de enfermagem, fora das instituições, na assistência aos adolescentes de rua.

Embora trate-se a SIDA/AIDS de uma epidemia com altas taxas de mortalidade (33,3% em 2001 – PE), vitimando em sua maioria a população jovem, 81,4% na faixa etária de 20 a 44 anos, a instância solucionadora, com a presença de ideologia governamental, os retores FIGUEIRÔA et al, ao que parece, a ela não aderiram.

Ao apresentarem a historiografia da epidemia SIDA/AIDS (ver anexo), no Estado de Pernambuco, Nordeste do Brasil, os retores apontaram para o descrito na tabela 1, e nela o ano de 1983, com um caso notificado. A evolução da taxa de detecção das pessoas do sexo masculino vão dos períodos de 1983 com 0,03 casos, para já em 1986 0,53 notificados por 100.000 habitantes. Chegando ao ano de 2000 com 10,06 de indivíduos detectados.

Os retores apresentam uma historiografia diferenciada para o sexo feminino. Neste gênero, a epidemia, conforme registros apresentados, ainda, na tabela aparece uma taxa com 0,20 por 100 mil habitantes para 1987.

Em um discurso deliberativo**, aconselham os ouvintes/leitores a procurarem naquela tabela, a evidência que demonstra o "número de casos entre as mulheres". Verifica-se, que em 1987, para cada treze homens infectados, tinha-se uma mulher infectada. E que essa demonstração, "nos últimos anos", como designa os retores, estaria em dois homens infectados para cada mulher.

Segue-se então a instância solucionadora apresentada pelos retores FIGUEIRÔA et al, com a presença da ideologia governamental:

> *"O comportamento masculino contribui em muito para tal situação, sobretudo na região nordeste, uma vez que o preconceito dos homens e o baixo empoderamento das mulheres dificulta o uso da camisinha mesmo em relacionamentos estáveis. Estes fatores levaram a um novo direcionamento das campanhas contra a AIDS enfocando uma maior participação dos homens nas medidas de prevenção" (p.2).*

Na medida em que os retores apresentam o "comportamento masculino no nordeste", o "preconceito dos homens", "o empoderamento das mulheres", como os responsáveis na região Nordeste do país, principalmente, e a conseqüente dificuldade no uso da camisinha, como instância solucionadora, com a presença da ideologia governamental, o novo direcionamento nas campanhas de prevenção, motiva uma maior participação masculina.

Nos dois períodos governamentais de CARDOSO, tanto nos planejamentos de programas no 1º mandato, MÃOS A OBRA; como no 2º mandato AVANÇA BRASIL, o programa de saúde da mulher e os serviços assistenciais a pacientes com SIDA/AIDS são considerados bons serviços.

Os programas para o segmento "assistência à saúde do adolescente", ainda ao que parece, impregnado pelos pareceres filosóficos-epidemiológicos de DONNAS (1992), evidenciados nos anos 80 e 90, bem como pelos pareceres das "oficinas educativas", de SERRA e CANNON (1999), no conjunto de iniciativas do Ministério de SERRA, Ministro da Saúde (1998-2002), como da área técnica de saúde do adolescente e jovem, coloca ainda, a retórica-ideológica governamental a assistência à saúde do adolescente como um enfrentamento de múltiplas ações, atividades e setores.

** São os principais gêneros do discurso estudado por ARISTÓTELES, o Deliberativo - aconselha-se ou desaconselha-se, o judiciário - causa e defende, e o demonstrativo - elogia ou censura.

Observe-se:

> *"Quanto às doenças sexualmente transmissíveis e a SIDA/AIDS, deverá desenvolver projetos específicos para as mulheres e demais segmentos populacionais, como: ações educativas, distribuição de preservativos, garantia a gratuidade no acesso aos testes para identificação do vírus HIV(SIDA/AIDS). A esses acrescidos campanhas de divulgação, nos meios de informação, de temas como AIDS, drogas, prostituição entre outros".*

Retomando a questão do preconceito, notadamente no homem nordestino, bem como a submissão da mulher, como instâncias solucionadoras à presença da ideologia governamental, vê-se que, na "Política Nacional de Redução da mortalidade por Acidentes e Violências"***, configura as mulheres brasileiras como vitimadas por violências físicas e sexuais, por ocuparem as mulheres um lugar de submissão.

Outra instância solucionadora, vê-se na identificação da redução da proporção de óbitos, nos últimos anos, como é enunciado;

> *"... graças a uma política eficaz de distribuição de medicamentos, antiretrovirais aos portadores de HIV"* (p.2).

Essa proporção na sobrevida dos portadores de HIV, que os retores e o governo remetem à medicação retroviral distribuída gratuitamente, pode-se acompanhar, ainda na tabela 1, do texto.

A seguir, uma nova instância solucionadora no novo quadro que os retores regionalizam em Pernambuco, Nordeste do Brasil, ao apresentarem o "perfil epidemiológico em relação ao tipo de exposição" (p.2).

*** POLÍTICA NACIONAL DE REDUÇÃO DA MORTALIDADE POR ACIDENTES E VIOLÊNCIAS, portaria nº 737 MS?GM, 16 de maio de 2001. Que em 1998, estabelece o comitê técnico científico com funções de assessorar o comitê de Prevenção de Acidentes e Violências na Infância e Adolescência - José Serra e Ministro da Saúde interino Sr. Barjas Negri, definem esse contexto situacional legislativo, em conjunto com o Conselho Nacional de Saúde Resolução nº 309 de 8 de março de 2001.

Pernambuco apresenta mudanças notadamente no "grande aumento da proporção de casos em heterossexuais". Os gráficos demonstram a evolução nas mudanças desse perfil no "grande aumento da proporção de casos em heterossexuais" (p.2). No primeiro período de 1983 a 1986, a transmissão do HIV predominante era entre os homens que faziam sexo com homens (HSH), e os homens bissexuais (BSX), perfazendo 89,7 dos casos. No período de 1987 a 1991, a maioria de infectados e doentes, é ainda homossexuais e bissexuais, surgindo, no entanto, os casos de AIDS, em heterossexuais, 15%, dos casos de exposição.

No período seguinte (1997-2001), vê-se então esse crescimento consubstanciado em 43,3% dos casos. Apresentam ainda os homossexuais com 33% dos expostos.

Nessa categoria de exposição, a instância solucionadora apresenta-se, no enunciado dos retores, graficamente demonstrado, a evolução do aumento da exposição homossexual para a heterossexual no período de 1983 a 2001.

Em decorrência dessa demonstração, como instância solucionadora, infere-se a presença de segmentos ideológicos ao verificar-se que no 1º período de 1983 a 1986, através do indivíduo identificado como bissexual, (BSX) já contaria com 41,4% dos expostos. No período de 1987 a 1991, os expostos bissexuais (BSX), apresentar-se-iam, com 25%.

No período de 1983 a 1991, com a infecção na ordem também e predominantemente sexual (Dsts), não se desconhece a evidência de que os indivíduos de hábitos heterossexuais estariam mais expostos. A ideologia governamental, enuncia como "comportamento masculino sobretudo na região nordeste" e a "submissão da mulher" como instâncias solucionadoras no aumento dos heterossexuais expostos à infecção entre eles as mulheres e as crianças.

Admitem, assim, os retores, que a "heterossexualização da epidemia" apresenta estatísticas nacionais, quando enunciam:

> *"A tendência de heterossexualização da epidemia também vem acontecendo no restante do Brasil, e uma das conseqüências mais evidentes é o crescimento da AIDS em mulheres e crianças pela transmissão materno-infantil".* (ver gráfico 06) (p.3).

A instância solucionadora é evidenciada pelos retores na medida em que as notificações representativas dos indicadores desses dados estatísticos apresentam-se desde o período de 1987 – 1991 onde aparecem a Transmissão Materno-Infantil com 1%; no período 1992-1996 com 2,1%; e no período 1997-2001 com 2,4%. A curva progressiva na Heteressexualidade, também, já

evidencia-se no período de 1987-91, onde apresenta-se com 38%, em 1992-96 com 32,3%; e 1997-2001 com 20,2%.

Os retores FIGUEIRÔA et al, nas suas recomendações quanto aos instrumentos laboratoriais (sorologia) e farmacêutico (AZT), tentam a redução da transmissão do vírus infectante para o bebê. Assim enunciam:

> *"Hoje é recomendado que durante o pré-natal o médico solicite a sorologia para o HIV, pois, uma vez diagnosticado precocemente, viabiliza-se o uso do AZT a partir do terceiro mês de gestação e reduz-se as chances de transmissão do HIV para o bebê de 30% para 3 a 7%" (p.3).*

O discurso demonstrativo dos retores, ao configurar-se nos elementos por eles elencados: "assistência Pré-natal", a "solicitação médica", a "sorologia", o "uso de AZT", e a redução das "chances de transmissão do HIV para o bebê de 30% para 3 a 7%, ao que parece, oculta, torna difuso, a perspectiva anteriormente apresentada pelos retores nos gráficos de 01 a 04, aqui já referidos, onde evidencia-se, na retórica situacional, que os casos acumulados de AIDS, por transmissão M.I., estavam presentes no 2º período da epidemia em PE, de 1987 a 1991, onde aparece com 1%. Afora, a presença dos infectados bissexuais (BSX) já no 1º período (1983-1986), com 41,4% da população de casos. Assim, para os estudiosos dos períodos, incluso a classe dominante/governo, as mulheres em idade fértil estariam também expostas.

Ainda, a população masculina, principal segmento atingido por essa mortalidade. Na população jovem do país, em 1997, para cada mulher entre 20 e 29 anos, foram a óbito 15 homens com a mesma idade, vitimados por arma de fogo; e os adolescentes e jovens do país, duplamente vitimados.

A retórica situacional, ainda segue nesse mesmo estudo governamental, apresentada pela historiografia em capítulos anteriores, onde as vitimações dos jovens continuam como: a atividade sexual precoce sem proteção, levando adolescentes e jovens a contraírem, com freqüência, doenças sexualmente transmissíveis (DSTS/SIDA/AIDS); o aborto, a gravidez não esperada, aumentando os índices de morte materna. Evidencia-se o aumento da exploração sexual por omissão da escola, da sociedade e das unidades de saúde, despreparadas frente à sexualidade humana.

Assim, os retores FIGUEIRÔA et al, e o Estado governo/classe dominante, apresentam a situação do adolescente e jovem brasileiro, pernambucano, infectados pela SIDA/AIDS, ou

vitimados pela violência (causas externas) com instâncias solucionadoras presentes na ideologia governamental.

4.2.3 DISCURSOS DAS ENFERMEIRAS DE SAÚDE PÚBLICA NA ÁREA DO ADOLESCENTE

4.2.3.1 BASES PARA UMA RE-SIGNIFICAÇÃO DO TRABALHO DE ENFERMAGEM JUNTO AO DOLESCENTE (ANEXO 10)

Neste texto, a retora RAMOS apresenta um discurso retórico-ideológico com alguns argumentos refutáveis, que aqui serão observados e analisados criticamente.

Primeiramente alinha-se à instância retórica ideológica governamental, na medida em que usa de parcerias com o Ministério da Saúde.

Em seguida, apresenta os *"direitos humanos"* como retórica ideológica (instância solucionadora) ao vê-lo "como uma resposta, uma defesa do homem contra si mesmo"...

Prosseguindo, há a defesa das idéias das sociedades burguesas/dominantes/hegemônicas/neoliberais/conservadoras ao designar o ato retórico ideológico da igualdade como instância solucionadora desde que apresente-se como "possibilidade" da "diferença, da tolerância, da justiça e da solidariedade e é fundante de todos os direitos que se possa afirmar ou reivindicar, sejam civis, econômicos, políticos, culturais ou religiosos".

Na página 13, ao inferir como "predominante no interior das práticas" a defesa do argumento: a política de atenção global ao adolescente, traz a idéia difusa de classe social dominante/hegemônica. Argumento válido, mas refutável, conquanto as "políticas de atenção global limitar-se-ia ao grupo adolescente, como se na faixa etária a "apreensão e transformação" identificadas pela autora, como "necessárias", seriam as mudanças para uma "política de atenção global capazes de mudanças de todo o contexto fenomenológico ou, ao que parece, a classe social burguesa hegemônica, no poder, atuando solidária e suficientemente apenas ao grupo adolescente.

Outro ato retórico ideológico prende-se ao argumento de que as práticas de saúde seriam predominantemente subordinadas à saúde no âmbito biológico, sendo essa característica incapacitante ou impedidora de práticas de saúde solidária. Ocorre que se torna refutável, na

medida em que os conhecimentos em saúde são fundamentados na biologia que complementa, soma, adiciona-se o arcabouço de conhecimento. É portanto biológico, mas o contexto sócio/político/econômico/cultural é que se revela como pressuposto fundamental como categoria instrumental (de ação) "apreensão e transformação" passando das inferências para os instrumentos básicos fundamentadores das ações. É pois instância solucionadora as ciências da saúde serem sociais e biológicas.

Em um outro parágrafo, o último da página 13, a retora, insistindo na defesa dos seus argumentos, o fenômeno saúde unido ao processo social como "interdependente, interacionados/construindo e reconstruindo"... deixando como argumento refutável na medida que a elaboração do seu argumento é difuso e não estabelece responsabilidades, quando afirma "processos produzidos no âmbito das sociedades". Que sociedades? Capitalistas hegemônicas/burguesas/neoliberais?

Chama a retora de "concreto da vida"... (p.13), construção/reconstrução e apropriação ou não de seus bens e valores materiais e culturais" e que a definição desses "processos produzidos no âmbito das sociedades" interagindo com os processos "somáticos, genéticos e físico-ambiemtais, responsabilizados pela retora, como em condição de definirem os "diversos modos de vida adolescente". Mais um argumento refutável, na medida em que a retora estabelece que essas estratégias de ação (atos retóricos ideológicos e instâncias solucionadoras ideológicas) seriam conceituais e estruturais no modo de vida do adolescente, deixando difuso a indicação de que a instância solucionadora dos atos retóricos ideológicos, residiam no "modos" sócio-políticos, econômicos, hegemônicos/dominantes da classe social burguesa e do sistema político neoliberal/conservador, adotado pela sociedade liberal/conservadora/hegemônica dominante nesse período histórico estudado.

No primeiro parágrafo da página 14, o discurso retórico-ideológico, com instância solucionadora, é identificado na defesa argumentativa dos atos retóricos produzidos:

"A adolescência, compreendida para além da sua demarcação temporal, importa a idéia do adolescente como protagonista na construção do seu processo de vida pessoal e coletivo o que lhe confere um potencial de emancipação, autonomia e responsabilidade social". A retórica ideológica criada pela retora identificava-se no argumento válido, porém refutável. Em uma sociedade burguesa hegemônica dominante neoliberal/conservadora, capitalista, mercantilista, mesmo incorporando-se o adolescente como partícipe/construtor do processo pessoal e coletivo do seu segmento demográfico, o *"potencial da emancipação"*, autonomia e responsabilidade social, apresenta-se configurado na impossibilidade de sua construção em sociedades que assistem à morte de 167/por100.000 hab. de jovens vítimas de homicídio, e outros fenômenos vitimadores dos

adolescente, ...discutindo essa vitimação, quando muito, em academias e meios de comunicação (alguns).

O ato retórico ideológico que também apresenta-se, diz:

> *"Além disso, o adolescente é cidadão que têm, além do direitos básicos, aqueles próprios à sua particular existência: o que remete à especial consideração a sua diversidade, unicidade e direitos à proteção contra as diversas formas de violência, exploração e riscos a que está exposto e também à informação, à escolha, ao prazer, à auto-descoberta, à expressão e, principalmente à esperança e à expectativa de futuro"* (p.14).

A descrição pormenorizada do ato retórico ideológico com instância solucionadora da ideologia governamental, constituído da "existência" do adolescente (o), "destaca-se eufemicamente", pois o (a) adolescente morto (a) ou vitimado (prostituído, com sem/ou baixa escolaridade, escravizado, violentado em seu próprio ambiente familiar), não terá como comunicar-se ou ser alvo de "unicidade e direitos à proteção", argumentada pela retora, são assim cadáveres, que o Estado/governo "coleciona" ao longo desses oito anos, silenciados e uníssonos apenas em suas desgraças.

A classe social burguesa, hegemônica/dominante nos estados/nações nas Américas, tem nos estudos empreendidos por GANDY, no modelo flexível, adotado por MARX e ENGELS, nos estudos das diversas revoluções burguesas no mundo ocidental, a apontarem que nos países que vieram a formar-se, colonizados pelos europeus, produziram-se riquezas que enviavam a Europa, conseqüentes a vitimações, durante um século:

> *"Os tesouros capturados fora da Europa mediante indisfarçável saque, escravidão e assassinato, eram embarcados para a metrópole e então convertidos em capital"* (p.57).

MARX traz, pois, a compreensão de como a classe social hegemônica/burguesa implantou Estados/nações, pouco ou quase nunca, preocupados com as "cidadanias" ou as particularidades das "existências" e "direitos", não apenas do adolescente e jovens, que, como se sabe, formam o maior agrupamento demográfico da chamada "faixa etária produtiva", como de qualquer ser humano, e que, se "improdutivo", ficará impossibilitado de seus direitos à "existência". E ainda,

esse estudioso dos grandes descobrimentos e das colonizações dos burgueses/aliados às monarquias européias, afirma:

> *"Tornaram nações bárbaras e semi-bárbaras dependentes das civilizadas, e nações camponesas dependentes de nações burguesa, ... extirparam também à força toda a indústria nos países sob sua dependência"* (p.58).

Embora GANDY recomende que se esteja atento, por entender que a situação do mundo, à época dos descobrimentos não se repetem, a história das forças produtivas européias dos séculos XVI, XVII e XVIII, não seriam mais vivenciadas; e salienta que os estudos de MARX referiam-se apenas aos conflitos entre as forças produtivas e as relações feudais, e ainda que, esses estudos, careciam de mais pesquisa.

Não obstante, ao que parece, nos atuais estudos aqui propostos de identificação de atos retóricos ideológicos com instâncias solucionadas pela ideologia governamental, presentes nos discursos dos intelectuais brasileiros da saúde pública do adolescente com abordagem materialista histórica (Marxista, Gransciana e Althusseriana) em anos próximos ao início do século XXI, apresentam-se fenômenos e essências onde a classe social burguesa, em parceria, (como outrora), com a manufatura artesanal e a industria mecanizada), e hoje, com o Capital Globalizado especulativo, fomentando a dependência econômica e o empobrecimento de comunidades inteiras, é o chamado mundo globalizado, onde ao que parece, o que é globalizado são as carências e pobreza, entre os que já apresentam-se carenciados. Diferentemente dos países onde a "globalização" simboliza as tecnologia e os rápidos avanços em suas melhorias de vida.

4.2.3.2 O ADOLESCENTE NO ESPAÇO PÚBLICO DA RUA (ANEXO 11)

Nos primeiros parágrafos, a retora SANTANA apresenta os princípios conceituais aos meninos e meninas de rua ou na rua. Os meninos na rua seriam os que estão esporadicamente desenvolvendo atividades nas ruas, os meninos de rua, seriam aqueles sem vínculos ou em

processo de perdas dos laços familiares, fazendo das ruas os núcleos sócio-antropológico, que, na maioria dos seres humanos, são construídos com a família compulsória.

No terceiro parágrafo, uma instância solucionadora ideológica com presença da ideologia governamental quando diz ser *"preciso desmistificar"* (p.53), o debate em torno do de e do na (rua), estando as crianças e adolescentes na rua ou de rua por circunstância não presentes nas suas vontades. Entende-se ser uma instância solucionadora ideológica, vez que a retora no princípio de seu discurso apresenta-os (meninos e meninas na e de rua) como produzidos por *"uma história de desrespeito aos indivíduos que compõem a sociedade, em especial a criança e o adolescente"*, (p.53).

Para, em seguida, assegurar que o viver de e nas ruas... *"é a instância limite que ainda lhe possibilita manter o processo vital, embora em níveis indignos e muitas vezes levando-as à morte"* (p.53).

Circunstanciada à situação retórica enunciada pela retora anteriormente, ela enuncia, assim, sua instância solucionadora:

> *"Inicialmente, é preciso desmistificar a polêmica que se criou em torno do termo meninos de rua. Crianças e adolescentes encontram-se na rua por circunstâncias alheias ao seu controle e desejo. Assim, mantêm com a rua uma relação de sobrevivência. São levados a inserir-se nos movimentos próprios da rua porque viver é estar em movimento e esta é a instância limite que ainda lhe possibilita manter o processo vital, embora em níveis indignos e muitas vezes levando-as à morte".*

E ainda, apresenta-os (as) como *"levada a inserir-se"* no eufêmico: *"movimento próprio da rua porque viver é estar em movimento..."*

O enunciado retórico-ideológico (instância solucionadora com presença de ideologia governamental), presente em *"São levadas a inserir-se..."* faz-nos refletir: levadas por quem? Do Estado/governo? Voltamos a refletir, respaldada no texto constitucional, 1988, no artigo 193, que responsabiliza o Estado pelo cuidado à saúde e a ordem social de seus concidadãos. Igualmente, a Lei nº. 8069, de 13 de julho de 1990, regulamentadora do Estatuto da Criança e do Adolescente, no Livro I, Parte Geral, Título II, Capítulo 1 – Do Direito à Vida e à Saúde da Criança e do Adolescente:

> *"A criança e o adolescente têm direito à proteção à vida e à saúde, mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam o*

nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência".

Assim o Estado/governo/nação, reconhecem como fatores determinantes da situação de saúde os fenômenos econômicos, políticos, antropológicos, educacionais, sociológicos e esportivos. Leia-se em CARVALHO e SANTOS, no artigo 3, dos comentários à Lei Orgânica da Saúde: *"A Saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais", (1992:370).*

Portanto, as crianças e os adolescentes de rua e na rua estariam sendo *"levados"*, pela negligência do Estado/governo/nação (sociedade), às ruas.

Ressalta-se, ainda, o que diz o artigo 2, desse mesmo texto legal, quando o Estado chama a si o dever de garantir a saúde, formular e executar políticas econômicas e sociais promovendo a redução do risco e agravos à saúde, assegurando o acesso universal e igualitário a todas as atividades e ações que a população deve ser alvo em níveis de promoção, proteção e recuperação da saúde.

No artigo 227 da Constituição de 1988, acompanhando o texto de CARVALHO e SANTOS isto é assegurado:

> *"É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança e ao adolescente com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidades, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão"* (p.370).

Compõe a retora então os níveis de necessidade de saúde dessas crianças. Ao que parece, a instância solucionadora com a presença de ideologia governamental/classe dominante, visível no discurso da retora SANTANA, é a de que pouco investimento foi-lhe feito:

> *"Na aproximação com os adolescentes em seu cotidiano de rua, descobre-se no seu vocabulário a existência de termos bastante peculiares, os quais, no conjunto, representam um código de preservação do grupo. Quando se tratam de assuntos considerados*

impróprios pela sociedade em geral – como consumo de substâncias psicoativas, sexo, violência, roubo, recorre-se a vocábulos apenas compreendidos internamente, para não comprometer a segurança e a integridade do grupo. Por mais que o profissional se considere entrosado ou desfrutando da confiança nota-se uma certa desconfiança em abrir o significado dessas palavras secretas... Se o processo de adolescente, normalmente, traz dificuldades para qualquer adolescente em graus variados, certamente para aqueles que não dispõem das condições materiais e afetivos mínimas de sobrevivência, essa etapa pode se apresentar, normalmente, desestruturadora" (p.54).

Apresenta, ainda, no mesmo parágrafo, em segmento discursivo demonstrativo (o elogio e a censura) solicitando que, em conjunto com a audiência nos entendimentos, utilize-se do imaginário e dos exemplos Aristotélicos, a melhor forma de persuadir. Enuncia então a retora:

"Imaginemos uma adolescente de rua em sua menarca, ou tendo que vender seu corpo para sobreviver, sem noção de doenças sexualmente transmissíveis, ou o adolescente usuário de substâncias psicoativas ou ainda aquele que é expulso de casa pelo padrasto, companheiro da mãe. Todas essas questões repercutem na saúde e requerem atenção especial e sobre as quais pouco se tem investido" (p.54).

A instância solucionadora, apresentada a seguir, com a presença da ideologia governamental, entende que, ocupando a enfermagem espaços profissionais além dos limites das instituições, estariam contribuindo para o rompimento na estrutura da exclusão social. A ideologia governamental está presente nessa instância, vez que os aparelhos ideológicos de Estados (AIE) produzem e reproduzem sua ideologia dentro das instituições onde são formados os profissionais tradicionais. A *"ocupação pela enfermagem"*, de ações *"extramuros"*, bem como a *"reflexão crítica sobre o papel da enfermagem"*, que daria suporte para rupturas na exclusão social e adotariam a enfermagem de condições de percepção das *"necessidades de transformação das sociedades e da própria prática profissional"*. São instâncias ideológicas desenvolvidas pelos centros formadores institucionais, no Brasil, desde que aqui chegaram as enfermeiras dos Estados Unidos, a convite do Departamento de Saúde Pública em 1923, e por vezes, anteriores a esse período. Diz a retora SANTANA*.

"Entendemos que a ocupação, pela enfermagem, dos espaços além dos limites das instituições, com ações estratégicas, planejadas e compartilhadas, configura-se como grande contribuição para a ruptura do processo de exclusão social. Restringir sua ação ao espaço circunscrito pela instituição pode significar desconsiderar quem está fora dela. É colocar-se acriticamente, como instrumento de manutenção de uma ordem estabelecida que marginaliza os indivíduos. Esta é uma proposta estratégica que reforça e amplia a atuação da enfermagem enquanto profissão, uma vez que lhe permite intervir nos diversos níveis de prevenção consolidando sua prática social. Contribui, também, para a reflexão crítica sobre o papel da enfermagem frente às necessidades de transformação das sociedades e da própria prática profissional" (p.54-55).

O estado burguês, leia-se elites governantes influentes e presentes em suas instâncias ideológicas em vários modelos desenvolvimentistas, instrumentalizados pelos aparelhos ideológicos (AIE) e muitas vezes por aparelhos coercitivos do Estado (repressivos), com a amplitude de influências no domínio privado, diria ALTHUSSER, para ele, por exemplo, Gramsci, como marxista, já tinha percebido que a diferença entre o público e o privado *"é uma distinção interior ao direito burguês..."* (p.45-46) indo sua influência onde o burguês for. Diz ainda: *"O domínio do Estado escapa-lhe porque está para além do Direito"*: (p.45-46) o Estado, que é o Estado da classe dominante, não é nem público nem privado... o que importa é o seu funcionamento.

---

* Ibidem páginas 54 e 55. Quem se motivar à leitura da Legislação, deve acompanhar os textos legislativos publicados pelo Ministério da Saúde, desde os anos 20, onde exorta-se em diferentes termos legislativos quanto ao ensino e exercício da enfermagem no país, bem como acompanhe-se as resoluções dos Congressos Brasileiros de Enfermagem, tanto no ensino como no exercício profissional, ao exortar-se as ações intervencionistas de convivência, de planejamento voltadas ao envolvimento comunitário. Ver em especial as recomendações dos textos: *"A propósito do Congresso Brasileiro de Obstetrízes"* de Maria àurea da Cruz, REBEn, p. 261. A estrutura organizativa dos serviços de enfermagem no Serviço Especial de Saúde Pública - SESP, no texto de ALVIN, Emengarda de Faria, Quinze Anos de Enfermagem no Serviço Especial de Saúde Pública, REBEn 1959, p. 145-159, junho. E ainda as recomendações do XI Congresso Brasileiro de Enfermagem, REBEn, p. 334, 3ª. Embora saiba-se que os anos iniciais da enfermagem no Brasil, à discussão fundamentadora na maioria das vezes, fossem a identidade profissional, a educação em serviço e a formação universitária.

Instituições privadas podem perfeitamente *"funcionar"* como aparelhos ideológicos de Estado. Entende-se, portanto, que, nas práticas discursivas (instâncias solucionadoras) apresentadas pela retora, existe a presença de ideologia governamental. O papel da escola como aparelho ideológico de Estado dominante e *"silencioso"*, como apresenta ALTHUSSER (p.64), em função de substituição ao aparelho ideológico religioso, outrora dominante em alguns países, mas ao que parece, dominante ainda no Brasil.

Embora essa vertente de pesquisa possa vir a utilizar-se em outros trabalhos, aqui não será possível desenvolvê-la, em função de sua magnitude e complexidade: O silêncio e a complexidade do aparelho ideológico da Escola, faz-se ainda em completa parceria com a diversidade de aparelhos ideológicos, como já foi comentado: o religioso, o familiar e outros. A criança, então, sob influências, segue seu caminho. Diz ALTHUSSER:

> *"Algures, por volta dos dezesseis anos, uma enorme massa de crianças cai na produção: são os operários ou os pequenos camponeses. A outra parte da juventude escolarizável continua: e seja como for faz um troço do caminho para cair sem chegar ao fim e preencher os postos dos quadros médios e pequenos, empregados, pequenos e médios funcionários, pequeno – burgueses de toda a espécie. Uma última parte consegue ceder aos crimes, quer para cair no semi-desemprego intelectual, quer para fornecer, além dos intelectuais do trabalhador coletivo, os agentes da exploração (capitalistas managers), os agentes da repressão (militares, polícias, políticos, administradores) e os profissionais da ideologia (paches de toda a espécie, a maioria dos quais são laicos, convencidos)" (p.64).*

Assim, ALTHUSSER acentua o papel dessas pessoas assim formadas, recheadas da ideologia que lhes forneceram desde a pré-escola, em uma sociedade de classes: *"o papel de explorado"*. Devidamente *"consciente profissionalmente, moral, cívico, nacional, e politicamente desenvolvido, em resumo um perfeito agente da exploração"* (p. 64-66).

Preparado para *"mandar e falar"* aos operários, instruído em como lidar com as relações humanas: *"de agente da repressão"*, o mandar e ser obedecido. Sabendo inclusive os meandros da retórica sofisticação (que no entender aqui, seria a demagogia que fala Althusser).

Mais adiante, em suas discussões, Althusser avança na estruturação, que aqui nesta tese também é esclarecedora, ao apreciar-se algumas instâncias solucionadora da ideologia

governamental proposta por SANTANA. Esse estudioso, ao estruturar seus estudos sobre ideologia e a materialidade dessa representação dotada de atos de práticas inseridas no processo das experiências nas instâncias das diversidades dos aparelhos ideológicos, com seus rituais, formando assim o sujeito dessas práticas, alude, então, suas duas teses:

> *"1. Só existe prática através e sob uma ideologia;*
> *2. Só existe ideologia através do sujeito e para sujeitos"* (p. 64-66).

Ou seja, as idéias do sujeito existem em seus atos, como práticas.

E se esses sujeitos que compõem a enfermagem, impregnados das representações ideológicas, que foram se formando em um sistema econômico/social capitalista, como o Brasil, é possível que, *"saindo das instituições com ações estratégicas, planejadas e compartilhadas"* (p.54), (instâncias solucionadoras) apresentem, em suas práticas, alguma contribuição no processo de *"exclusão social"* dos meninos e meninas *"na"* e *"de"* ruas, conquanto a instância solucionadora aprofunda-se em sua ideologia governamental, no segmento que a retora enuncia de: *"contribuição na ruptura do processo de exclusão social"* (p.54). Semelhantes agentes, assim formados, dificilmente contribuiriam com rupturas na exclusão social.

No segmento da instância solucionadora, a retora reporta-se a: *"contribui, também, para reflexão crítica sobre o papel da enfermagem frente às necessidades e da própria prática profissional"* (p.54).

Trata-se da crença da retora de que as enfermeiras, atuando *"fora das instituições"*, seja capazes da produção de *"rupturas"* com os sistemas ideológicos, *"transformando"* as sociedades e sua prática profissional por serem elas mesmas sujeito ideológico, estariam caracterizadas, como lembra ALTHUSSER como sujeito ideológico elementar:

> *"Os lingüistas e os que, para diversos fins, utilizam a lingüística, deparam-se com dificuldades que provêm de facto de desconhecerem o jogo dos efeitos ideológicos em todos os discursos inclusive nos próprios discursos científicos"* (p. 95-96).

Nos parágrafos que se seguem, SANTANA apresenta instâncias solucionadoras não só com a presença da ideologia governamental, como também, identificadas, com as instâncias solucionadoras do discurso de PANTOJA e MORAES, (sanitaristas médicos) em 1957, quando enunciavam as necessidades de se organizarem os serviços de saúde oferecidos à maternidade e a

infância no período juscelinista. Insistiam na importância do conhecimento do *"Lócus geográfico"* e as influências que os *"capitais culturais"* têm sobre essas populações.

Diz SANTANA:

> *"Desse modo, a configuração das condições social, econômica e política de determinada área – território de abrangência incluindo seus recursos para a implantação e implementação de ações de saúde, impõe-se como atividade precípua para atingir as necessidades dos adolescentes, sujeitos particulares. Outrossim, considerando o dimensionamento do contingente dos adolescentes em situação de exclusão em retração a idade, sexo, ocupação e os mapeamentos dos locais de permanência dos mesmos, tornam mais exeqüíveis às ações propostas" (p.55).*

A configuração das instâncias solucionadoras com a presença de ideologia governamental, apresentadas a seguir pela retora SANTANA, forma-se desde os discursos de DONNAS* (p.21); sobem, quando este categoriza o perfil dos acometimentos de adolescentes de alto risco: *"distúrbios afetivos e de conduta, distúrbios de aprendizagem, violência social e ecológica, gravidez, DST – AIDS (SIDA), abuso de drogas, acidentes, e suicídios", até os discursos da atual equipe técnica do adolescente (ASAJ), anos 1999.*

Ao aconselhar (discurso deliberativo) a utilizar-se a dialética no trabalho da enfermagem com os adolescentes, SANTANA evidencia sua compreensão de que o adolescente é sujeito e não apenas um *"receptáculo de cuidados"* ao desencadear-se o processo saúde – doença:

> *"Utilizar o referencial da dialética no trabalho de enfermagem com adolescentes é compreender que este não é o receptor de cuidado, mas o sujeito capaz de contribuir em todo o processo saúde-doença; que precisa desenvolver a consciência de direitos para lutar por eles, que tem de ser*

---

* DONNAS, Solum, como elemento diretriz do marco Epidemiológico Conceitual, do anterior PROSAD, anos 80-90, do Século XX, adotado pelo Ministério da Saúde do Brasil, na concepção das diretrizes da Assistência à Saúde do Adolescente, p.21.

considerado dentro de sua realidade social, econômica, política, histórica e mística e de que a saúde – doença é a síntese dessas múltiplas determinações. É cuidar do adolescente para que se torne cidadão" (p.55).

Perceber o adolescente como *"sujeito"* e não receptáculo, é manter uma instância solucionadora da ideologia governamental observada no discurso do Ministério da Saúde, através dos trabalhos de SERRA e CANNOM:

"No Brasil, as diretrizes das políticas de saúde integral voltada para a adolescência – pessoas na faixa etária de 10 – 19 anos, preconizam, assim, a ênfase nas ações educativas de cunho multiprofissional e intersetorial, com participação efetiva dos adolescentes na elaboração, implementação e avaliação dessas políticas" (p.276).

Com um discurso/prática transformadora SANTANA alia-se a outros estudiosos (intelectuais orgânicos) como PAIM, J.S., 1995, BORDIEU, 1989, RESENDE, L. M., 1986, ALMEIDA, M. C. P., E ROCHA, J. S. Y., 1986, com instâncias solucionadoras em favor do adolescente de rua:

"... transformar a condição de saúde doença em que se encontram os meninos de rua é uma urgência que se impõe para toda a sociedade e todos os profissionais da área, sem perder de vista a perspectiva estratégica de construção de uma sociedade solidária, na qual não existam meninos de rua" (p.55).

Ainda, na expressão: *"a urgência que se impõe para toda a sociedade..."* a ideologia governamental apresenta-se como no discurso retórico – ideológico de PANTOJA e MORAES, em 1957, que diante da alta mortalidade infantil, à época juscelinista, convoca também à sociedade (hegemônica/dominante) a atuação em favor desse segmento, dizendo:

"Quando um problema, pela sua complexidade ou magnitude, exige solução fora do alcance do indivíduo, impõe-se um esforço organizado da sociedade para enfrentá-lo" (p.347).

PARTE 4 - PROPOSTA PARA DISCUSSÃO E RECOMENDAÇÕES

CAPÍTULO 5 - PROPOSTA PARA DISCUSSÃO

5.1 CONCLUSÃO

A retórica situacional no discurso analisado do retor PINOTTI, Higiene Infantil, dá-se no plano dos conceitos. Assim nomeia a *"matrícula"* bem como a *"faixa etária"*, não relevantes para se conceituar em Saúde Pública a categoria infância, na relação escola-educação; e sim a instrução escolar.

Quanto aos adolescentes, na faixa etária de 15 aos 20 anos, o governo não teria para eles, um tratamento especial. A solução caberia a uma visão diferenciada, frente a cada faixa etária dos problemas médicos-sociais.

Tanto é que em seus diversos discursos, a retórica-ideológica não apresenta de forma dialética o segmento populacional adolescente no Brasil, embora, à época, nos estudos de MORAES (1959), apud ARAÚJO (1997), constata-se cinco principais causas de morte entre os adolescentes e jovens de 10 a 29 anos (Gripes e pneumonias, acidentes, complicações na gravidez, tuberculose do aparelho respiratório), esta última, a primeira delas nas cinco principais cidades do país: Terezina, Natal, Recife, Rio de Janeiro e São Paulo.

Nosso argumento se prende às próprias palavras do retor que, ao enunciar como *"preocupação dos dirigentes"*, colocando-a a merecer *"atenção especial"*, inclusa como *"magna questão"* na *"proteção à maternidade e a infância"*, ainda no seu discurso de posse, o retor delimita suas preocupações à maternidade e a infância, excluindo, assim, o segmento adolescente e jovem, não os considerando de *"atenção especial"* ou como *"magna questão"*, e aos quais, portanto, os dirigentes não deveriam atender, não obstante a preocupação com os adolescentes nos estudos acima referidos.

Essa evidência da mortalidade infantil, tendo causas a pobreza regional do Norte e Nordeste do País, estão presentes, também, no discurso de PANTOJA e MORAES médicos/sanitaristas: *"Serviços de Proteção Materno-Infantil"*. Nele, ambos convocam a sociedade a envolver-se nas soluções dos problemas de Saúde Pública da Infância Brasileira.

Não obstante, a envergadura da instância solucionadora dos retores PANTOJA, MORAES e PINOTTI, na magnitude de convocação do governo, dos indivíduos e da sociedade civil, a

acudirem a complexidade de agravos a que estavam submetidas as mães e crianças brasileiras, a historiografia, através da retórica situacional, apontava que a mortalidade infantil apresentava-se com altos percentuais.

A retórica situacional, como instância solucionadora e com a presença da ideologia governamental, evidenciou-se nos textos de ALVIM e PAIM enfermeiras de Saúde Pública. As retoras, então, desenvolveram atos retóricos conceituais com instâncias voltadas para a enfermagem de Saúde Pública.

No primeiro discurso examinado, ALVIM acompanha não só a ideologia governamental para os conceitos de Saúde Pública, onde a instância solucionadora aponta para que a saúde de todos os indivíduos é fundamental para a *"paz"* e a *"segurança"*, mas que a atuação do Estado/governo apresente-se na promoção e proteção da saúde, além do que os benefícios oriundos dos conhecimentos das diversas ciências humanas possam ser auferidos por todos. Esses princípios estariam também formulados em diversas discussões e Relatórios Técnicos produzidos pelos comitês de peritos em cuidados de Enfermagem da Organização Mundial de Saúde (OMS). A retórica situacional, avaliada nos discursos das enfermeiras da Saúde Pública, evidenciam a presença, além de instâncias solucionadoras com a presença de ideologia governamental, instâncias retóricas de discursos hegemônicos dominante de órgãos internacionais com os quais o Brasil mantinha relações de observância consensuais.

Outra instância solucionadora com a presença da ideologia governamental, evidencia as ciências médicas como hegemonia dominante, ao auferir-lhes *"as medidas preventivas"* que seriam produzidas e colocadas à disposição do homem, como as tecnologias medicamentosas (ciências farmacológicas) e descobertas nas áreas do conhecimento psicológico, das ciências físicas e de engenharia, todas na retórica situacional de ALVIM, impulsionadas pelas Ciências Médicas.

A eficácia dessas medidas preventivas exigiam a participação de cada indivíduo e do público como responsável pela manutenção de sua própria saúde, e assim, estabelece como instância solucionadora com a presença da ideologia governamental, na medida em que a retórica situacional de PINOTTI, PANTOJA e MORAES, também exigiam a participação: *"um esforço organizado da sociedade"*, em favor dos problemas de saúde dos segmentos materno e infantil, mais especificamente.

Contudo, os discursos avaliados no período juscelinista, tanto dos sanitaristas (médicos), como das enfermeiras de Saúde Pública e do próprio Ministro PINOTTI, não evidenciaram a aplicação de algum recurso.

A preocupação maior, com a retórica situacional, restringe mortalidade intantil, na verdade, aos *"recursos econômicos"* investidos na promoção da saúde dos infantes, para que estes pudessem sobreviver e atingir a idade de adolescentes e jovens.

Assim, nos discursos examinados das enfermeiras de Saúde Pública, à época juscelinista, a presença de instâncias solucionadoras com ideologia governamental conquanto o Estado/governo através dos Aparelhos Ideológicos de Estado (AIE) ensino e Legislação (decretos e leis), fundamentando-se na ideologia da classe dominante, definiu-se a enfermagem de Saúde Pública apta a atuar dentro da estrutura sanitária do país, educando o público (entende-se aí o incluso adolescentes e jovens, embora o discurso não os tenha enunciado, especificamente como ato retórico), com relação à sua saúde, desde os hospitalizados até aos que freqüentavam o ambulatório, bem como *"treinar e supervisionar o pessoal auxiliar de enfermagem"*.

Em busca da retórica situacional no período presidencial do Sr. Fernando Henrique Cardoso (F.H.C) e da gestão ministerial do Sr. José Serra (1998-2001) dos discursos enunciados pelo conjunto de intelectuais orgânicos e tradicionais (ministro da Saúde, José Serra, Sanitaristas e Enfermeiras de Saúde Pública), tem-se, no movimento sanitário, a identificação dos primórdios da Reforma Sanitária fixadas no país nos anos 70 do Século XX. Nos dizeres de AROUCA, esta reforma transcendeu o mundo dos sanitaristas, quando:

> *"Superando espaço da denúncia do autoritarismo o movimento sanitarista começou a trabalhar novos conceitos na área da saúde, criou linhas editoriais como a Revista Saúde em Debate, do Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (Cebes); influenciou profundamente a produção científica da Saúde Pública e, finalmente, gerou uma proposta de Reforma Sanitária Brasileira que, resultou no Sistema Único de Saúde, o maior projeto de Universalização de Direitos, de Descentralização e de Democratização do Estado Brasileiro" (2002).*

O período de gerência do Ministério da Saúde do Sr. JOSÉ SERRA, é observado através da retórica situacional que enuncia no manual para a Organização da Atenção Básica no Brasil. Nele, o retor SERRA (1999:10-11) estabelece como instância solucionadora que os serviços de saúde apresentassem condição de *"eficiência"* e *"boa qualidade"*, desde que o *"empenho de todos"* e a *"participação de todos"* fossem efetivados, conquanto o Ministério da Saúde (governo) convida todas as *"pessoas comprometidas"*, apresentando-se o estado mínimo (neo liberal), agora quase

inexistente, com os *"municípios"*, *"conselhos de saúde"*, empenho de todos e as *"pessoas comprometidas"*.

A historiografia, através da retórica situacional, apresenta o Estado mínimo neo liberal brasileiro (Saúde Pública, e a Sócio-economia) especificamente do segmento adolescente e jovens brasileiros, com altos níveis de pobreza e miséria, endemias emergentes, alta mortalidade por causas externas (violências, acidentes, suicídios, extermínios e outras formas de violências).

Diante de tudo isso, encontrará o estado/governo tantas *"pessoas comprometidas"*, dentro do Estado mínimo, pessoas capazes de *"grande sacrifício"*, contando com gestores municipais empobrecidos e conselhos de saúde enfraquecidos? A saúde do adolescente e jovem brasileiros, estaria, assim, na dependência dessas instâncias solucionadoras, não obstantes amparadas na legislação (Constituição de 1988, textos governamentais como esse manual, as leis orgânicas 8080/90 e 8142/90, o decreto 99.438/90 e as normas operacionais básicas NOBs, de 1991, 1993, 1996).

Todavia, o que se depreende do discurso retórico-ideológico do retor em anáiise, é que é suficiente. Nessa legislação, atendimento aos *"serviços eficientes"* e de *"boa qualidade"*. A retórica situacional apresenta uma historiografia do Presidente da República (F.H.C), como intelectual orgânico, em algumas áreas do conhecimento, e tradicional, em outras. Os seus atos retóricos vão ainda em favor de intelectuais estrangeiros.

Assim Barata, em sua conferência, prefere perguntar quais os desafios que a epidemiologia brasileira deveria enfrentar no início do Século XX. Traz ao debate as opções do governo hegemônico/dominante de FHC, por políticas públicas compensatórias, investindo reduzidamente em ciências e tecnologias, ajustando a economia aos custos da exclusão social, e assim fortalecendo violências urbanas, doenças infecciosas de saúde cada vez mais precoces, os transtornos mentais e a dependência de drogas afetando dramaticamente os segmentos populacionais dos adolescentes e jovens brasileiros, haja vista, no Estado de Pernambuco – Brasil os retores FIGUEIRÔA et al médicos/sanitaristas, apresentarem um estudo onde cerca de 81,4% de infectados na epidemia SIDA/AIDS, serem adolescentes e jovens adultos entre 20 e 44 anos, apontando o crescente número de mulheres infectadas, comparando-se ao ano de 1987: tinha-se para cada 13 homens uma mulher infectada, chega-se nos últimos anos em 2 homens infectados para cada mulher.

Evidencie-se ainda o discurso retórico situacional e ideológico governamental em função da configuração da área técnica de saúde do adolescente e jovem, com projetos direcionados a doenças sexualmente transmissíveis, a SIDA/AIDS. Entre as mulheres e demais segmentos da população implementam-se ações educativas, distribuição de preservativos e gratuidade nos testes

para identificação do vírus HIV, além de campanhas informativas no combate a AIDS, drogas e prostituição.

Concernente aos discursos das enfermeiras de Saúde Pública, neste período, em torno dos *"adolescentes no Espaço Público da Rua"*, a retora SANTANA, ao procurar desmistificar os termos meninos @ *"de"* rua e *"na"* rua coloca-os como *"levados"* a *"inserir-se no movimento próprio de rua"*, eufemicamente *"movimento próprio da rua porque viver é estar em movimento"*.

Dialeticamente, quem levaria as adolescentes às ruas? A ideologia governamental, na medida em que o Estado/governo, nos termos legislativos da Constituição de 1988, art. 193, a lei 8069 de 1990, declara:

> *"A criança e o adolescente têm direito à proteção à vida e à saúde. Mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência"*.

Portanto, as crianças e adolescentes "de rua" e "na rua" estariam sendo "levadas" pela negligência do Estado/governo/nação/sociedade, às ruas, em circunstâncias que as levam ao adoecimento e morte. RAMOS, quando formula "bases para uma re-significação do trabalho da enfermagem" junto ao adolescente brasileiro, configura o como "protagonista na construção de seu processo de vida pessoal e coletivo" com "potencial de emancipação, autonomia e responsabilidade social".

Apresenta, então, um argumento válido, porém refutável em função da retórica situacional. Na sociedade brasileira diagnostica-se que o adolescente e jovem, com mortalidade de 167/ por 100 mil habitantes vitimados, por vários fenômenos, consignados como mortes por causas externas.

A descrição pormenorizada do ato retórico-ideológico com a presença de instância solucionadora da ideologia governamental, apresenta-se, ainda por vezes, ao que parece, de forma eufêmica. Pois o adolescente morto ou vitimado (prostituído, com ou sem baixa escolaridade, escravizado, violentado, inclusive em seu próprio ambiente familiar), não terá como comunicar-se ou ser alvo de "unicidades e direitos à proteção", enunciado pela retora RAMOS. São sim, cadáveres que o Estado/governo/nação/sociedade colecionam ao longo desses oito anos de governo FHC/Serra, silenciados e uníssonos apenas em suas desgraças.

5.2 RECOMENDAÇÕES

As recomendações que ora elencamos, conseqüentes dos estudos levados a efeito considerando a legislação em vigor, desde a Introdução até à análise e interpretação dos discursos, necessariamente cumpre-nos recomendar que:

a) Os estudos da Análise Retórica Situacional devam incluir-se entre os conhecimentos formalizados a nível do ensino médio. Assim, a maior contigente possível de estudantes dar-se-ia a oportunidade de aprendizagem analítica e crítica da fala humana, quando discursiva;
b) Para as Ciências da Saúde Pública e Coletiva, sejam favorecidos projetos de estudos áreas jurídicas e politicas direcionados aos adolescentes e jovens brasileiros;
c) na Saúde Coletiva, os estudos desenvolvidos sobre os adolescente e jovens apresente-se com predominância sobre os segmentos localizados em regiões empobrecidas, cujas famílias estejam submetidas a agravos sociais, econômicos e de saúde;
d) utilizando-se da Retórica Situacional, as diversas ciências do conhecimento intensifiquem estudos sobre os adolescentes e jovens brasileiros;
e) os intelectuais orgânicos e tradicionais das áreas do conhecimento de Enfermagem de Saúde Pública Sanitaristas (médicos) e Ministros de Estado da Saúde, estejam atentos e promovendo aos adolescentes e jovens, de qualquer época histórica, os direitos que a legislação prevê e as políticas públicas prometem executar;
f) enfim promovam, com maior ênfase, políticas públicas para as mães e a geração de crianças – antes mesmo do nascimento – para que essas crianças possam sobreviver e atingir a idade de adolescentes, jovens, adultos e, conseqüente maturidade, com movimentos participativos e emancipatórios.

BIBLIOGRAFIA

ABRAÃO, Fátima Maria da Silva. 52º CBen – Congresso Brasileiro de Enfermagem, 1º Circular, 21 a 26 de Outubro de 2000. Centro de Convenções de Pernambuco, Olinda – PE, Março de 2000, p.1 e p.12.

ABRANCHES, Sérgio. Em Foco A Inteligência da Agricultura, Revista VEJA, ed. Abril, pág. 32, 21 de maio de 2003.

ALBUQUERQUE, Gelson Luiz de. Mensagem da Associação de Enfermagem – Secção Santa Catarina – ABEN – SC. In: Livro Programa, 51º Congresso Brasileiro de Enfermagem 10º Congresso Panamericano de Enfermagem. 2 a 7 de Outubro de 1999, Florianópolis, p. 285.

ALCÂNTARA, Eurípedes. "Esse Negócio de Matar é uma Barbaridade, mas Acho Que Tem Que Ser". Abril, edição 1828, ano 36, nº 45, 12 de novembro de 2003, p. 98-102.

ALCÂNTARA, Lúcio. População deve Participar da Formulação de Políticas Públicas, JORNAL DO SENADO, ano VI, n.º 1, 109, Brasília, quarta feira, 7 de Junho de 2000.

ALENCAR, Nancyli S. Virgolino. Classes para Gestantes. Revista Brasileira de Enfermagem, ano XI, Março 1958, n.º1, p. 6-26

ALENCASTRO, Luiz Felipe de. Ponto de Vista, O Imperialismo Americano, Revista VEJA, ed. Abril, 21 de maio de 2003, p. 20.

ALENCASTRO, Luiz Felipe de. Ponto de Vista, A Gramática do Poder. Revista VEJA, ed. Abril, edição 1785, ano 36, nº 2, 15 de janeiro de 2003, p. 18.

ALMEIDA, Cecília Puntel de. A Divisão do Trabalho de Enfermagem. In: O Saber da Enfermagem e sua dimensão Prática, Cortez, 1986, p. 69-85.

ALMEIDA Filho, Maomar. Construindo o Paradigma da Complexidade, RADIS – TEMA, FIOCRUZ, MINISTÉRIO DA SAÚDE, Conferência no IV Congresso Brasileiro de Epidemologia, Rio de Janeiro, 1998, p. 30.!

ALMEIDA, Verônica. CIDADES, Doenças Sociais, Estado é o 3º em Mortes, JORNAL DO COMÉRCIO, Recife, 7 de julho de 2002, Domingo, 6.

ALTHUSSEUR, l. (1974): Ideologia e Aparelhos Ideológicos de Estado: Presença Martins Fontes, p. 120.

ALTHUSSER, Louis. "Aparelhos Ideológicos de Estado" In: ___, Slavoj (Org.) – Um Mapa da Ideologia, Rio de Janeiro, Contraponto, 1996, p.105 – 142.

ALTHUSSER, Louis. O Estado, In: ___, Ideologia e Aparelhos Ideológicos do Estado. 3ª Ed. Lisboa, Proença, 1980, p.31 – 39.

ALTHUSSER, Louis. O Estado, Infraestrutura e Superestrutura. In: ___, Ideologia e Aparelhos Ideológicos do Estado, 3.ª Ed. Lisboa, Proença, 1980, p.25 – 29.

ALTHUSSER, Louis. Os Aparelhos Ideológicos de Estado, In: ___ Ideologia e Aparelhos Ideológicos do Estado, 3ª Ed. Lisboa, Martins Fontes, p.43 – 46, 48 – 49, 41 – 52p.

ALTHUSSER, Louis. Sobre a Reprodução das Relações de Produção, In: ___, Ideologia e Aparelhos Ideológicos do Estado, Presença, Martins Fontes, Lisboa, 3ª Ed., p.64. 66, [ ].

ALTHUSSER, Louis. A Ideologia é uma "representação" da Relação Imaginária dos Indivíduos com as suas condições de Existência, p.87, 77 – 91p.

ALTHUSSER, Louis. A Ideologia Interpela os Indivíduos como sujeitos, p. 95-96, notas de rodapé.

ALVES, Delvair de Brito. Desconstruindo e Reconstruindo um pouco do muito que os autores Disseram sobre Cuidar, Cuidando, Cuidador. In: __, Anais, 50º - Congresso Brasileiro de Enfermagem, Salvador, Bahia, p.199 – 448.

ALVIM, Ermengarda de Faria. Considerações sobre o Trabalho Educativo num Sistema Médico – Sanitário Coordenado. Revista do Serviço Especial de Saúde Pública. Tomo II – Junho 1955, n.º 2, p. 620-630.

ALVIM, Ermengarda de Faria, e RAMOS, Elsa. O que é a Enfermagem de Saúde Pública. Revista Brasileira de Enfermagem, ano XI, dez. 1958, n.º 4, p. 375-384.

ALVIM, Ermengarda de Faria. Quinze anos de Enfermagem no Serviço Especial de Saúde Pública. In: Revista Brasileira de Enfermagem, ano XI, n.º 2, p. 145 – 159, 149p. – Junho, 1959.

ALVIM, Ermengarda de Faria. A Integração dos Aspectos Sociais Preventivos e Curativos para a Formação de um Conceito de Saúde Pública. REVISTA BRASILEIRA DE ENFERMAGEM, p123 – 137, [ ]

AMÂNCIO, Aloysio e QUADRA, Antonio Augusto F. Educação Médica Relação Médico Paciente (Política de Saúde. O Polo Dominado). Texto fotocopiado, [ ].

ANAIS, (Associação Brasileira de Enfermagem, Secção Bahia), 50º - Congresso Brasileiro de Enfermagem, 20 a 25 de Setembro de 1998, Centro de Convenções. Cuidar – Acção Terapia da Enfermagem, Salvador, Bahia, ABEN – Secção, 1999, p.448.

ANDERSON, Perry. A Crise da Crise do Marxismo, Introdução a Um Debate Contemporâneo, 3 ed., Primeiros Vôos, São Paulo, Brasiliense, 1983, p. 123.

ANDRADE, Manuel Correia. O Centenário de J.K. Jornal do Comércio, Opinião, Recife, 29 de Setembro de 2002, domingo, p.11.

ARAÚJO, Hulda Vale de. A Visão Retórico Enfermista da Saúde, Quanto à morbidade e mortalidade por Diarreias em menores de 05 anos, texto manuscrito.

ARAÚJO, Hulda Vale de. Notas Preliminares: O Olhar da Associação de Enfermagem no Cooperativismo com Consequência para o Futuro das Relações Trabalhistas. Texto Manuscrito, produzido para fins da participação no II Encontro Pernambucano de Enfermeiros em Psiquiatria e I Encontro Pernambucano de Psicólogos em saúde Mental. Recife, PE, Abril de 2000.

ARAÚJO, Hulda Vale de. Há medicina, In: __A dimensão Retórica Ideológica na Saúde Pública (materno-Infantil) no período jucelinista, Dissertação de mestrado, apresentada à Universidade Federal da Paraíba UFPB, Janeiro 1997, p. 137 a 142.

ARAÚJO, Hulda Vale de. (1995). A Epidemologia construída no Discurso: Uma forma de trabalhar a saúde no Brasil. Recife: Milagres, 46 p. Universidade Federal Rural de Pernambuco.

ARAÚJO, Gilda, Maria Luís. Parte 2 – Análise de texto/Discursos Interculturais, In: ____, O Discurso Indígena, Subsídios para a Comunicação Intercultural. Recife, Universitária, da Universidade Federal de Pernambuco, UFPE, 1997, p.69 – 87, 180p.

ARISTÓTELES (1956). Arte Retórica e Arte Poética. Trad. António Pinto de Carvalho. Rio de Janeiro: Ediouro.

ARISTÓTELES (1956). Livro Primeiro. Cap. I, IV (Utilidade de Retórica). A Retórica não Pertence a um género particular e definido mas assemelha-se à Dialética. Utilidade da Retórica. Seu fim não é persuadir, mas ensinar o possível. In: __, A Arte Retórica e A Arte Poética. Ediouro, Trad António Pinto de Carvalho, 1956, p. 36 – 37.

ARISTÓTELES (1956). Livro II. Cap. I (Definição da Retórica). A Verossímil, do sinal e de suas diferenças; do exemplo. I (Que é Retórica) In: _____ A Arte Retórica e A Arte Poética. Ediouro, Trad António Pinto de Carvalho, 1956, p.38 e p.38 – 45.

AROSEMENA, Carlos Alberto Lopes. Et. ALÜI. A Rede, In: _____ Abuso e Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes Vamos falar sobre isso, Recife – PE, Escola Dom Bosco de Artes e Ofícios, 1999.

AROUCA, Sérgio. Democratização e Saúde, I Simpósio sobre Política Nacional da Saúde, tema livre, 2ª Edição, Brasília, 1979, p.228, 225 – 235p.

AROUCA, Sérgio. Doutor Democracia, JORNAL O PASQUIM, Entrevistão, entrevistado por: ZIRALDO, ZÉLIO LUIS PIMENTEL, ÉSUS CHEDIAK, ZEZÉ SACK, TATIANA MOLINA, n.º 28, 35º Semana de Agosto 2002.

ARRAES, Miguel (1982). O Jogo do Poder no Brasil, 2ª Ed. São Paulo: Alfa-Omega.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM. Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem do Conselho Internacional de Enfermeiros: Versão Alpha, Série Didática: Enfermagem no SUS, Brasília, 1997, p. 80.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM. Programa, 49.º Congresso Brasileiro de Enfermagem, Apresentação, Belo Horizonte, Minas Centro – MG, ABEn, Minas Gerais 50 Anos, 7 a 12 de Dezembro de 1997, p. 153 (Livro Programa).

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM. Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem do Conselho Internacional de Enfermeiras: Versão Alpha, Série Didática: Enfermagem no SUS, Brasília, 1997, p.80.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM. Cuidando do Adolescente e Jovem Brasileiro. Projecto Adolescente – Brasil. Ante-Projecto, Brasília, Julho de 1999, p.10 folhas xerocadas.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM. Apresentação, In: ___, A Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem em Saúde Colectiva: CIPESC/Org. Tânia Couto Machado Chianca, Maria José Moraes Antunes, Brasília, Associação Brasileira de Enfermagem, 1999, p.3 e p.356.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM - PROJETO ACOLHER, Introdução, área técnica de Atenção ao Adolescente e Jovem, ASAJ, Um Encontro da Enfermagem com o Adolescente, p.7, folhas xerocadas, [ ].

BAHIA, Clara. Do Homem-Carangueijo ao Homem-Gabiru, JORNAL DIÁRIO DE PERNAMBUCO, Artigos, Recife, Sexta-feira, 9 de novembro de 2001, A3.

BARATA, Rita Barradas, Conferência no IV Congresso Brasileiro de Epidemologia, realizado de 1 a 5 de agosto de 1998, no Rio Centro com o título A Epidemologia do Século XXI e as perspectivas para o Brasil.

BARATA, Rita Barradas. Saúde Responsabilidade do Estado Contemporâneo. Discurso de abertura dos V Congresso Brasileiro de Saúde Colectiva e V Congresso Paulista de Saúde Pública. Publicado no Boletim da Associação Brasileira Pós-Graduação em saúde Colectiva, ano XV.

BARRETT, Michele. Pós-Maxismo. In: ____ Ideologia Política e Hegemonia: De Gramsci a Laclau e Monffe, Um Mapa da Ideologia. Org. Slavoj, ZIZEK, Tradução de Vera Ribeiro, Rio de Janeiro Contra Ponto, 1996, p. 235 – 264.

BENEVIDES, Maria Victória de Mesquita (1979): O Governo Kubitscheck – Desenvolvimento Económico e Estabilidade Política – 1956-1961. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 3ª ed. P.294.

BERMUDEZ, Jorge, RADIS ENTREVISTA. Conferência vai ser divisor de águas entre o que foi feito e o que se há de fazer, RADIS COMUNICAÇÃO EM SAÚDE, Rio de Janeiro, p. 10-11.

BIER, Amaury G. PAULANI, Leda M. e MESSENBERG, Roberto P. O Desenvolvimento em Xeque Estado e Pachão de Financiamento no Brasil do Cruzado. Centro Brasileiro de Análise e Planejamento, Novos Estudos, nº 19, dez. de 1987, p. 153-171.

BIONDI, Aloysio. Promessas e Factos. In: ___, O Brasil Privatizado, Um Balanço do Desmonte do Estado, 1ª ed. Fundação Perseu Abramo, São Paulo, 1999. p.6 e p.48.

BIONDI, Aloysio. O Brasil Privatizado II, O Assalto das Privatizações Continua, Perseu Amano, 1ª ed. São Paulo, 2000, p. 5-64.

BOBBIO, Norberto. A Interpretação Maxiana, In: _____ II A Sociedade Civil, Estado, Governo, Sociedade, 4ª ed. Trad. Marco Aurélio Nogueira. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1987, p. 37-41.

BOFF, Clodovis. Sobre Ideologia, In: _____ Comunicação e Ideologia, org., Clarêncio Neotti, São Paulo, Loyola, 1980, p. 29-32.

BOJUNGA, Cláudio, J.K. O artista do Impossível, Rio de Janeiro, Objectiva, 2001, 778 p.

BOLETIM DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLECTIVA, (ABRASCO). V Congresso Brasileiro de Saúde Colectiva, V Congresso Paulista de Saúde Pública, Saúde, Responsabilidade do Estado Contemporâneo, Ano XV, jul/set. de 1997, p.20.

_____ Abrasco participa Buss, Paulo Marchiori. "Promoção de Saúde no Brasil Hoje", Ano XVII n.º 72, jan/fev/mar de 1999, p.7.

BOLETIM DO CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE – CEBES, Editorial O SUS Sob Ameaça, Ano XVIII – Abr/1995.

BOSCOV, Isabela. Entrevista a Nigel Chapman. Bom e Popular, Revista Veja, abril, edição 1831, ano 36 - nº 48, 3 de dezembro de 2003, p. 13-17.

BRAGA, Ernani. "Enfermagem no Contexto da Saúde e do Desenvolvimento do País". In: _____ XXXV Congresso Brasileiro de Enfermagem, São Paulo, anais, 24 a 30 de setembro de 1983, p. 98-104.

BRANDÃO, H.H.N. (1993). Introdução à Análise do Discurso. Campinas: Unicamp, p.p. 19-77.

BRASIL, CONSTITUIÇÃO DO BRASIL, 1988, CEPE, Ruife, 1989, Edição sem adenos, Título I, dos Princípios Fundamentais, p.11, 13, 18, 19, 20, 56, 57, 58, 101, 106, 107.

BRASIL, MINISTÉRIO DA JUSTIÇA, BRASIL EM AÇÃO, COMUNIDADE SOLIDÁRIA, PREFEITO SOLIDÁRIO. Projeto SIPIA, Brasília, 1997, p. 11.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, Secretaria de Políticas de Saúde, Brasília, D.F., 2001, 26p., (série C, Projectos, Programas e Relatórios, n.º50).

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, PROGRAMA DE SAÚDE DO ADOLESCENTE, PROSAD, Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde, Divisão Nacional de Saúde Materno Infantil, Brasília, Novembro de 1989, Bases Programáticas, p.1 – 24.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Cadernos Juventude, Saúde e Desenvolvimento, Secretaria de Políticas de Saúde, áreas de saúde do adolescente e do jovem, volume I, Brasília, Agosto de 1999.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, LACERDA, Eugénia et all. O SUS e o Controle Social: Guia de Referência para Conselheiros Municipais, Brasília, 1998, p.78, 83p.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências, Brasília, D.F., 2001, 64p.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ – (FIOCRUZ). Escola Nacional de Saúde Pública, Programa RADIS, Tema, IV Congresso de Epidemologia, Rio de Janeiro, 1 a 5 de Agosto de 1998, Epírio 98, p.31.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Políticas de Saúde, Brasília, Ministério da Saúde, 2001, 26 p., Série C, Projectos, Programas e Relatórios, n.°50.

BRASIL, NORMAS DE ATENÇÃO. À Saúde Integral do Adolescente, Volume III, Secretaria de Assistência à Saúde – SAS, Departamento de Assistência e Promoção à Saúde, DAPS, Coordenação Materno – Infantil – COMIN, Serviço de Assistência à Saúde do Adolescente – SASAD, Brasília, Ministério da Saúde, 1993, 40p.

BRASIL, PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. Agenda do Governo Biénio 2001 – 2001, Brasília, D.F., 2001, p.7, 15 e 32 – 35, 48-50.

BRITON, Alan (1981): Situação na Teoria da Retórica. Fall, (Tradução Eliezer de Queiroz Souto) V. 14 (4), p. 234-246.

BUSS, Paulo Marchiori. Responsabilidade Partilhada. O Papel das Instâncias do SUS na Organização da Assistência Perinatal: Tema, RADIS, Assistência Perinatal e Neonatal no Brasil. Um Desafio para os Serviços de Saúde. Fórum Nacional de Assistência Perinatal, Brasília, 1998. FIOCRUZ, ENESP, Rio de Janeiro, 1999, n.º 17, Fevereiro, p.2 – 4.

CAMARANO, Ana Amélia e Beltrão, Kaizô Jwakani, Dinâmica Demográfica por nível de Renda, REVISTA BRASILEIRA DE ESTUDOS POPULACIONAIS, Campinas 12 (1/2), 1995, p.1 – 111.

CAMPANHOLE, Adriano e CAMPANHOLE, Hilton Lobo (1984). Constituição dos Estados Unidos do Brasil, Promulgada a 18 de Setembro de 1946, In: CONSTITUIÇÕES DO BRASIL, São Paulo: Atlas, 7ª ed., 690.

CAMPOS, Lauro, Lauro Critica Imposição de Superavit Fiscal, JORNAL DO SENADO, Brasília, segunda-feira, 13 de Maio de 2002, p.8.

CARDOSO, Miriam Limoeiro. A Ideologia do Desenvolvimento sob a Presidência de Juscelino Kubitschek. Ideologia do Desenvolvimento Brasil: J.K.J.Q. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2ª Ed., vol. 14, p. 93-171, 287p.

CARDOSO, Miriam Limoeiro. – Entrevista a Marcos Augusto Gonçalves, Proposta de J.K. (Juscelino Kubitschek) tinha a marca da Inclusão. JORNAL DA FOLHA DE SÃO PAULO, 18 Brasil, domingo 12 de Janeiro de 1997.

CARTILHA, Abuso e Exploração Sexual da Criança e Adolescentes, Vamos Falar Sobre Isso, s.d., CASD., Pernambuco, Brasil.

CARVALHO, Guido Ivan e SANTOS, Lenir, (1992). Conclusões In: ____, Sistema Único de Saúde, Comentário à Lei Orgânica de Saúde (Leis 8.080/90 e 8.142/90). P.45 – 46 e p.363.

CARVALHO, Castro Paulo de. Novas e Velhas Perspectivas de Saúde Pública, REVISTA ARQUIVOS DE HIGIENE E SAÚDE PÚBLICA, volume XXV, Março 1960, n.º83, p.201 – 207.

CASTRO, Josué. O Desequilíbrio Económico Nacional e o Problema das Secas, In: ____ Alimentação e Nutrição no Nordeste, Recife, C.J.C., CEAS, CENTRU, ETAPAS, FASE, SACTES, 1983, Discurso, pronunciado na Câmara Federal em 11 de Julho de 1956, p.19 – 22, p.20.

CASTRO, Josué. A Explosão Demográfica e a Fome no Mundo, In: -_____ Fome, Um Tema Proibido, Últimos Escritos de Josué de Castro, org. Anna Maria, de Castro, 2 ed., Vozes, Petrópolis, 1984, p. 28-50.

CASTRO, Josué. Parte II: Desenvolvimento e Subdesenvolvimento, I A Ciência a Serviço do Desenvolvimento Econômico, In: _____ Fome, Um Tema Proibido Últimos Escritos de Josué de Castro, org. Anna Maria de Castro, 2 ed. Petrópolis, Vozes, 1984, p. 69-74.

CATHCART, Robert S. Post (1981). Communication Rhetorical Analysis and Evolution, 2ª Ed. Indianópolis: Bodds-Merril Education Publishing (Tradução de Elieser Queiroz de Souto).

CATHCART, Robert S. (1981). Evolução da Análise Retórica, 2ª Ed. O autor apresenta a retórica como uma teoria normativa da resposta adequada a certos tipos de situação. Estabelece também no Capítulo 2 dedicados a métodos da Crítica Retórica. Onde discute fundamentos e metodologia crítica.

CHAUÍ, Marilena (1984). Cultura e Democracia, o Discurso Competente e outras Falas Modernas, p. 3 – 37.

CHAVES, Paulo Azevêdo, Luiz XIV e J.K, JORNAL DO COMÉRCIO, OPINIÃO, Recife, 10 de outubro de 2002, Quinta-feira, pág. 13. Brasil.

CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 53ºCBEn. A Concretude Social e Política da Enfermagem, 9 a 14 de outubro de 2001, Curitiba, Paraná, folder Informativo, p. 20.

CONSELHO NACIONAL DOS BISPOS DO BRASIL – CNBBB, Pastoral do Menor, AMENCAR, 10 anos de Estatuto da Criança e do Adolescente, Cidadania, (Presente ECA, 10 anos. Valeu). Caxias do Sul, 2001, p. 32.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM E ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM (1985). A força de trabalho em enfermagem – volume I. O Exercício da Enfermagem nas Instituições de Saúde do Brasil – 1982/1983. Rio de Janeiro, 236p.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM E ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM, Prefácio, In: _____ O Exercício da Enfermagem nas Instituições de Saúde do Brasil, 1982/1983. Força de Trabalho em Enfermagem. Rio de Janeiro, 1985, p.XI.

CORDEIRO, Hésio. I Simpósio sobre Política Nacional de Saúde, debatedor na Conferência do Sr. Roberto Santos com o tema: A Saúde no Contexto do Desenvolvimento Social e Económico, Brasília, 1979, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, p.39, 19-60p.

CRUZ, Maria Áurea da. A propósito do Congresso Brasileiro de Obstetrizes. Revista Brasileira de Enfermagem, ano XI, set. 1958, p.260-268.

CUPERTINO, Fauto. "Pouca Saúde e Muita Saúva, Os Males do Brasil, São!" In: ____, População e Saúde Pública no Brasil. (Povo pobre é povo doente). Rio de Janeiro Civilização Brasileira, 1976, p.4 – 25 e p.3.

DADOS, RADIS, REUNIÃO, ANÁLISE E DIFUSÃO DE INFORMAÇÃO SOBRE SAÚDE, FIOCRUZ, nº 19, Junho, 1996, Perfil dos Médicos, CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, Rio de Janeiro, p. 3-30.

DADOS, RADIS, REUNIÃO, ANÁLISE E DIFUSÃO DE INFORMAÇÃO SOBRE SAÚDE. Assistência Médico-Sanitária, Os Serviços de Saúde, segundo o IBGE, Fundação Osvaldo Cruz, FIOCRUZ, nº 20, Novembro de 1996, Rio de Janeiro, p. 96.

D'ÁVILA, Cosimo. Conceito de Ideologia, In: _____ Comunicação e Ideologia, org. Clarêncio Neotti, São Paulo, Loyola, 1980, p. 24-28.

DANIEL, Celso. "A Criação de Canais Institucionais e as Diversas Experiências de Participação Popular na Gestão, têm correspondido a um maior controle social do governo local?"

DEMO, Pedro (1981). Política Social nas Décadas de 60 e 70. Fortaleza: Edições UFC. 237p.

DONAS, Solum. Marco Epidemiológico Conceptual da Saúde Integral do Adolescente, composição do texto Maria Del Mar Récio, ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DE SAÚDE E ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1992, p.21 texto fotocopiado.

EAGLETON, Terry, Ideologia – São Paulo, 1997, Boi Tempo/UNESP, Cap. 2, p.3 e p.41 – 64 e p.65 – 88.

EGRY, Emiko Yoshikawa. Saúde Colectiva, Construindo um Novo Método em Enfermagem, Ícone, São Paulo, p.66.

ERICKSON, Kenneth Paul, Parte IV: Conclusão, Cap. IX, O Movimento Operário e O Processo Político no Brasil. In: ____ Sindicalismo no Processo Político no Brasil. São Paulo, Brasiliense, 1979, p.226 – 240.

ERICKSON, Kenneth Paul. Formação do Estado Corporativista no Brasil. In: _____, Sindicalismo no processo político no Brasil. Tradu. Cecília R. Lopes. Brasiliense, São Paulo. p.30 a 49. p – 240.

ESTATUTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE. Conselho Estadual de Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente, Estado de Pernambuco, CONANDA, CEDCA, PE, 1999.

FAGUNDES, Aníbal, PINOTTI, José Aristodemo, CECATTI, José Guilherme. Atendimento Pré-natal. Assistência Obstétrica Primária: Quais as Necessidades no Brasil? JORNAL BRASILEIRO DE MEDICINA, JBM, março, 1987, vol. 52. Nº 3, p. 38-54.

FAORO, Raymundo, Cap. 1, Origem do Estado Português, In: _____. Os Donos do Poder, Formação do Patronato Político Brasileiro, Vol. 1, 7 ed., Rio de Janeiro, 1987, p. 3-29.

FEBVRE, Lucien. Por uma História Dirigida. In: Combates pela História. 2ª Ed., Trad. Leonor Martinho Simões e Gisela Muniz. Lisboa: Presença, p. 61 – 66, 262 p.

FERNANDES, Florestan, Introdução, In: _____ Marx Engel org. Florestan Fernandes, Histórias, São Paulo, Ática, 1984, p. 9-17.

FERNANDES, Florestsan. Teoria e Processo Histórico da Revolução Social (K. Marx), In: _____ Marx Engels org. Florestan Fernandes, História, São Palo, Ática, 1984, p. 44-47.

FERNANDES, Florestan. A Libertação da Classe Oprimida, In: _____ Marx Engels org. Florestan Fernandes, História, São Paulo, Ática, 1984, p. 38-40.

FIGUEIROA, François J. e GODOY, Goretti, AIDS, In: _____ BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO, SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO, ano 1, n.º 1, Directoria de Epidemiologia e Vigilância Sanitária, (DIEVIS), SES, PE, folhas 4.

FLEURY, Sonia. Artigos: Equidade e Reforma Sanitária, Brasil. Revista do Centro Brasileiro de Estudos da Saúde, Saúde em Debate, edição 94: A Saúde Depende de Seu Voto, nº43, Londrina, junho/94, p.44-52.

FLORIVAL. Reforma Protestante e Reforma Católica, In: _____ História Geral, São Paulo, Moderna, 1996, p.166 – 176.

FONSECA, Rosa Maria Godoy Serpa; BERTOLOZZI, Maria Rita, SILVA, Isília Aparecida. A Saúde Pública e Saúde Colectiva. In: ____, O Uso da Epidemiologia Social na Enfermagem de Saúde Colectiva. Série Didáctica: Enfermagem no SUS. Associação Brasileira de Enfermagem. Brasília, 1997, p.31 – 34.

FORJAZ, Marina de Vergueiro. Discussões Técnicas na 9ª Assembleia de Saúde (Assembleia Mundial, OMS), Org. Miss Pearl MC Iver, publicado na Internacional Nursing Reviewerv, artigo publicado na RESVISTA BRASILEIRA DE ENFERMAGEM, e publicado em Ribeirão Preto, S. Paulo, 7/5/1957, p. 161 - 165. [s/d].

FORTES, Paulo António de Carvalho, e MARTINS, Cleide de Lavieri. A Ética, a Humanização e a Saúde da Família, In: ____, REVISTA BRASILEIRA DE ENFERMAGEM, SAÚDE DA FAMÍLIA, Brasília, V. 53, n. especial, P.1-173, Dez. 2000, p. 25-30.

FÓRUM NACIONAL DE PARTICIPAÇÃO POPULAR NAS ADMINISTRAÇÕES MUNICIPAIS. Nº 2, 1996. Instituto Cajamar, Instituto Pólis. FASE IBASE, SUDENE. Org. Renata VILLAS BOAS. São Paulo, Recife, 1996, p. 19-26.

FOUCAULT, Michel. O Nascimento da Medicina Social. Cap. V, In: _____ Micro Física do Poder, Org. Introdução e Revisão Técnica de Roberto Machado, 4 ed., Rio de Janeiro, Graal, 1984, p. 79-98.

FRIDLANDER, Maria Romana. A Formação do Enfermeiro nas Próximas Décadas. Revista Âmbito Hospitalar, Enfermagem, 91/95, p.57 – 61, p.10, 1999.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INSTÂNCIA, UNICEF. Crianças em Perigo; Elimando o Trabalho Infantil que envolve situações de risco, e exploração. Brasília, D.F., 1997, p. 15-73.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNICA. Situação Mundial da Infância, 1998, Destaque 10, Comemorando Os Avanços na área da Saúde Infantil no Brasil, In:____ A Nutrição em Foco, Brasília (DF), UNICEF, p. 42-43.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA INFÂNCIA. UNICEF. A Emergência da Questão da Criança e do Adolescente na Agenda Pública. In: _____ A Infância Brasileira nos Anos 90. Brasília, UNICEF, 1998, p. 152 – 156.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA INFÂNCIA. UNICEF. Gasto Social e Investimento na Infância e Adolescência Brasília – DF, 1998, p.41 – 170

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA INFÂNCIA. UNICEF. A Infância Brasileira nos Anos 90, Brasília – DF, 1998, p.170.

FURTADO, Celso e SILVA, Georges Pellerin (1950). A Economia Brasileira na Metade do século XX, Recife, SUDENE (S.D.) 9P. mimepog. 29m. (Brasil SUDENE, Curso Desenvolvimento Econômico, (parte III).

FURTADO, Celso. Reflexões Sobre a Pré-Revolução Brasileira, documento Preparatório da Conferência do Nordeste, IV Reunião de Estudos Sobre a Responsabilidade Social da Igreja, 22-29 julho de 1962, p. 1-16.

GALVÃO, A.L. Ayroza. Faculdade de Higiene e Saúde Pública: Sua Evolução e seu Papel no Desenvolvimento da Saúde Pública no Brasil. ARQUIVOS DA FACULDADE DE HIGIENE DE SÃO PAULO – USP.

GANDY, D. Ross. Capitalismo In: _____ Marx e a História da Sociedade Primitiva ao Futuro Comunista, Berlim: Dutz Verlag, 1964 – 1968, p.46 a 86.

GERMANO, Raimundo Medeiros (1983). Educação e Ideologias da Enfermagem no Brasil. São Paulo: Cortez, 118 p.

GODOY, Isaura Lopes e SOUZA, Luiza Frazão. Estágio de Enfermagem em Saúde Pública. In: Revista Brasileira de Enfermagem, ano XIII, Junho, 1960, n.º 2, p. 190 – 200.

GOMES, Filho, José Farias. Introdução, In: _____ Crianças e Adolescentes no Semi-árido Brasileiro, 2003, Recife, UNICEF, p.9.

GOMES, Filho, José Farias. As condições de Vida das Crianças e Adolescentes no Semi-árido Brasileiro, 2003, Recife, UNICEF, p.11-22.

GORENDER, Jacob. A Burguesia e Capital Estrangeiro. A Burguesia Brasileira. 8ª Ed., São Paulo, Brasiliense, 1990, p.70 – 116.

GORENDER, Jacob. A Burguesia como Classe Dominante Principal. 8ª Ed., São Paulo, brasiliense, 1990, p. 101 – 116.

GOVERNO DE PERNAMBUCO. III Conferência Regional dos Direitos da Criança e do Adolescente, Síntese, 27 de Setembro a 27 de Outubro de 1999, p. 22.

GRAEFF, Eduardo e Faria, Vilmar. PSDB, Partido da Social Democracia Brasileira, Governo Progressista Para o Século XXI, CONFERÊNICA DE FLORENÇA, Fernando Henrique Cardos, Preparando o Brasil Para o Século XXI, Brasília, 1999, p. 65.

GRAMSCI, António. Concepção Dialética da História, 1978, Rio de Janeiro, Civilização Brasileira, p.11 – 30.

GRAMSCI, Maquiavel. A Política e o Estado Moderno – Rio de Janeiro, 1978, Civilização Brasileira, 1978, p.3 – 63, p. 95 – 96.

GRAMSCI. Intelectuais e o Desenvolvimento da Cultura – 2ª Ed. Rio de Janeiro, Civilização Brasileira, 1978, p. 3 – 23.

GRINBERG, José. Causas e Efeitos da Protecção Dissociada a Infância. Novo Índice de Bioestatística. JORNAL DE PEDIATRIA, 1958, vol. 23, Fascículos 4, 8, 7 p.354, p.359.

HALLIDAY, Tereza Lúcia, e MARQUES, Helena de Barros (1990). Campanhas de Construção Social. Recife: Flabel (Colecção). p. 67.

HALLIDAY, Tereza Lúcia, (1996). Nota sobre a Análise Retórica como Instrumento da Pesquisa Crítica do discurso. Discursos Legitimizantes: A Construção Retórica da Realidade em Quatro Atos de Comunicação Pública. Recife, Imprensa Universitária, Universidade Federal Rural de Pernambuco, p. 101-102, 104p.

HALLIDAY, Tereza Lúcia, (1988). Atos Retóricos, Mensagens, Estratégias de Políticos e Igrejas, São Paulo Summens, (p.130).

HALLIDAY, Tereza Lúcia. Retórica e Política a questão da respondibilidade. In MATOS, Heloísa (Org.)(1994), mídia, eleições e democracia. São Paulo: Scritta, p. 91 – 108.

INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA, coord. ESTER, Bron. Projeto AXÉ, et all, In: _____ BRASIL SÉCULO XXI. Os Caminhos da Sustentabilidade cinco anos depois da Rio-92, Fórum Brasileiro de ONGs e Movimentos Sociais para o Meio Ambiente e o Desenvolvimento, Rio de Janeiro, FASE, 1997, p.359-369.

INNOCENTINI, Mário. O Conceito de Hegemonia em Granusci, Tecnos São Paulo, 1979, 156 p., p.121 – 134.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Crianças e Adolescentes: Indicadores Sociais Departamento de Estatística e Indicadores Sociais, vol. 3, Rio de Janeiro, IBGE, 1989, p.76.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Introdução, In: ____ Crianças e Adolescentes, Rio de Janeiro, 1992, vol. 4 Indicadores Sociais, p. 9.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Indicadores Sociais, Crianças e Adolescentes: vol. 2, Rio de Janeiro, IBGE, 1989, p. 7 – 74.

IX JORNADA BRASILEIRA DE PUERICULTURA E PEDIATRIA. Jornal de Pediatria, Rio de Janeiro, vol. 25, Fasc. 8, 1960, p. 406 – 409.

JACOBI, Pedro. Descentralização Municipal e Participação dos Cidadãos: Apontamentos para o Debate, In:_____ Cadernos da Nona IX Conferência Nacionalde Saúde, Municipalização é o caminho, descentralizando e democratizando o conhecimento. Brasília, 9 a 14 de agosto de 1992, p.113-120.

JAGUARIBE, Hélio. Parte I, Pressupostos Teórico. In: Introdução ao Desenvolvimento Social. São Paulo: Círculo do Livro, 1988, p 13-27, 220 p.

JANNI, Octávio. Neobismarckismo, p. 61, 62, 63.

JATENE, Adib. Coordenador da mesa de debates: Financiamento do Sector Saúde e a Reforma do Estado, ex ministro do Estado da Saúde, REVISTA RADIS – TEMA – DADOS, FIOCRUZ,

JOFFILY, Bernardo. Isto é Brasil 500 anos, Atlas Histórico, p.

JORNAL DA FEDERAÇÃO NACIONAL DOS ENFERMEIROS. A Enfermagem do Novo Milênio, outubro de 1999, Edição Especial, 51° CBEN, Brasil, p. 3.

JORNAL DIÁRIO DE PERNAMBUCO. País tem 378 mil crianças no Trabalho Doméstico, Brasil, A6, Brasília, sexta-feira, 9 de Junho de 2000, Correio Brasiliense, 26 de Março de 2000.

JORNAL DIÁRIO DE PERNAMBUCO. Vida Urbana, Programa, Comissão quer mapear tráfico de Humanos, Recife, Sábado, 16 de agosto de 2003, B_{13}.

JORNAL DIÁRIO DE PERNAMBUCO. Infância no Lixo, Vida Urbana, TEIXEIRA, Marcionila, da equipe do Diário, Estudantes de dia, Catadores à noite, C_4, Recife, Domingo, 21 de setembro de 2003.

JORNAL DIÁRIO DE PERNAMBUCO. O Brasil nunca foi o mesmo depois de J.K. SANTIAGO, Vandek, da equipe do Diário, VIVER, editor CARRERO, Rodrigo, Quarta-feira, 5 de dezembro 2001, pág. D_1 e D_2.

JORNAL DO COMMÉRCIO. J.K. é lembrado pelo seu Centenário em Brasília, Recife, 12 de Setembro de 2002, quinta-feira, Homenagem, Política, p.7.

JORNAL DO COMMÉRCIO. Nova Pesquisa vai traçar perfil de vítimas, cidades, Recife, 4 de Maio de 2002, sábado, Secretaria Contesta dados do mapa. LIMA, Gustavo, Secretario de Defesa Social (SDS), do Estado de Pernambuco, p.2.

JORNAL DO COMMÉRCIO. Violência Crime Contra os Jovens, cresce 77% em dez anos, Brasil, Recife, 4 de Maio de 2002, Sábado, folha 6, Reportagem de Brasília, D.F.

JORNAL DO COMMÉRCIO. A SUDENE, J.K. e FHC, ARRAES, Miguel, Opinião, Recife, 20 de maio de 2001, Domingo.

JORNAL DO COMMÉRCIO. Opinião, repórter JC, Morte na Juventude, Recife, 4 de maio de 2002, Sábado, p.10, ano LXXXIII nº124.

JORNAL DO COMMÉRCIO. Brasil, violência, menor é torturado em delegacia. Promotoria da Infância e Adolescência de PICOS, no Piauí, denuncia que agressor utilizou cigarro aceso e fez 95 perfurações no corpo do adolescente de 14 anos, Brasil, ano LXXXIII nº121, p.6, Recife, 1 de maio de 2002, quarta-feira.

JORNAL DO CONASEMS – Publicação do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde, Saúde Identifica 5,8 mil novos casos de AIDS, no País, ano III – nº 37 – Nvembro/Dezembro de 1997, p. 13.

JORNAL DO CONASEMS – Publicação do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde, Médicos: Um bem Público, Conferência proferida por Maria Helena Machado no Seminário Internacional, ano III - nº 37 – novembro/Dezembro de 1997, p. 10-11.

JORNAL DO CONASEMS – Publicação do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde, Profissão Médica, ano III, - nº - Novembro/Dezembro de 1997, p. 10.

JORNAL DO SENADO. População deve Participar da formulação de políticas públicas diz Lúcio ALCÂNTARA, Órgão de divulgação das Actividades do Senado Federal, Ano VI – n.º 1.109 – Brasília, quarta-feira, 7 de Junho de 2000.

JORNAL DO SENADO. Órgão de Divulgação das Actividades do Senado. Heloísa Helena, Acha que o Brasil Será Socialista no Futuro. Ano V, n.º 983, Brasília, terça-feira, 16 de Novembro de 1999, p.6.

JORNAL DO SENADO. Para Heloísa Helena é necessário discutir nova estrutura tributária. O órgão de divulgação das actividades do Senado Federal – ano VI – n.º 1.040, chega ao Brasil. História do Brasil, ano 1 n.º 2, Brasília, Abril de 2000.

JORNAL DO SENADO. República e Parlamento: 100 Anos de História. BARBOSA, António. Histórias do Brasil, ano 1 n.º 1, Brasília, Março de 2000, p. 4.

JORNAL DO SENADO. Reduzir Maioridade Penal é um equívoco, afirma Emília, Senadora crê que saída para impedir criminalidade Juvenil consiste em oferecer aos adolescentes acesso à educação e ao mercado de trabalho. Ano VIII, nº 1.518, Brasília, Sexta-feira, 14 de junho de 2002, p. 5.

JORNAL DO SENADO. Pena Socioeducativa deve ser estendida ao Jovem Criminoso, ano VIII, nº 1.522, Brasília, Quinta-feira, 20 de junho de 2002, p. 6.

JORNAL DO SENADO. Instalada Frente de Defesa da Criança e do Adolescente, Brasília, 9 de abril de 2003, p. 8.

JUNES, João e PRIMO, Edneia. Características da mortalidade em adolescentes Brasileiros das Capitais das Unidas Federadas, REVISTA SAÚDE PÚBLICA, São Paulo, 17: 263 – 78, 1983.

KOIFMAN, Sérgio. Ibidem, n.º ( ) p.2, 1998.
Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Programa RADIS. Tema, Estratégias de Intervenção, Epidemiológica: Afinal, que Diabo é Isto? In: ____ Epidemiologia: Estratégias de Intervenção em Serviços de Saúde, RADIS, Tema n.º 16, Outubro de 1998, p.03 e p.31.

KONDER, Leandro, Walter Benjamim. O Marxismo da Melancolia, Rio de Janeiro, Campus, 1988, p.112.

KOSTMAN, Ariel. Doença Grave Incentivada na Internet. REVISTA VEJA, Saúde, ed. Abril, nº 1840, ano 37 nº 6, 11 de fevereiro de 2004, p. 90-92.

KUBITSCHECK, Juscelino (1990). Experiências de Humildade. Meu Caminho para Brasília. Rio de Janeiro: Bloch, 355 p., vol 1.

LACLAU, Ernesto (1979). Política e Ideologia na Teoria Marxista, Capitalismo, Facismo Populismo. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 204p.

LAFER, Celso. O Planejamento no Brasil – Observações sobre o Plano de Metas (1956 – 1961). Folhas Mimeografadas.

LAURELL, Asa Cristina. A Respeito da Determinação, In: _____. A Saúde - Doença como Processo Social, In: _____ NUNES, E. D. (Org.) Medicina, Social: Aspectos Históricos e Teóricos - Texto 3, São Paulo: Global, 1983, p. 154-157.

LEITE, Rogério Proença (1995). Primeira Parte: Referenciais Teórico e Metodológico. In: A Dupla Face do Nacionalismo, Ideologia, Discurso e Dominação em Kubitshek e Médici. Recife, Universitária UFPE. p. 29-63, 175p.

LEITE, Rogério Proença. Segunda Parte: Ideologia Nacionalismo e Discurso. In: A Dupla Face do Nacionalismo, Ideologia, Discursos e Dominação em Kubitschek e Médici. Recife, Universitária UFPE, p. 65-116, 175p.

LENIN, MARX ENGELS (1980). Terceira Parte: A Mulher, a Criança, a Família no Regime Capitalista. Sobre a Mulher, São Paulo, Global, Colecção Bases, 2ª Ed. p. 63-98, 139 p.

LESBAUPIN, Ivo. Apresentação – O Desmonte de um País. In: ___ O Desmonte da Nação. (Org.), Balanço do Governo F.H.C. Vozes, 1999, p.7 e p.199.
Comunicado ao Povo do Recife, 11 de Abril de 2000. Partido dos Trabalhadores – PT; Partido Comunista do Brasil – PC do B; Partido Comunista Brasileiro – PCB. Texto mimeografado, p1 – 2 (1999)

LIBÂNEO, José Carlos. Pedagogia Progressista, In: ____ Democratização de Escola Pública: a pedagogia crítico – social dos conteúdos. São Paulo, Loyola, 5ª Ed., 1987, p. 32-44, 1-82p.

LIMA, Dejoel de B. Fernandes. J.I.C., HALLIDAY, T. L. (1993). Experiências de Legitimação Organizacional pela Acção Simbólica. Recife, 33 p., (Colecção Fiscal).

LOWY, Michael (1985). Ideologia e Ciência Social: Elementos para uma Análise Marxista. São Paulo: Cortez, 112 p.

LUCAKS, Georg e SCHAFF, Adam, (1978). Sobre o Conceito de Consciência de Classe. 3ª ed. Trad. Patrícia Boanova e M. Amaral, Porto, Escorpião, 81 p.

LUKACS, Geog – "Marxismo e Questões de Método na ciência Social" – In_____ LUCAKS – Sociologia – Org – José Paulo Neto, São Paulo, Ática, 1981, p.59 – 108.

LUZ, M.T. (1979). As Instituições Médicas no Brasil: Instituição e Estratégia de Hegemonia. Rio de Janeiro: Graal, 295 p.

MACCIOCCHI, Maria Antonietta. A Favor de GRAMSCI, 2ª ed. Trad. Angelina Peralva, Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1980, p. 301.

MARTHE, Marcelo. Especial, A tirania Adolescente. REVISTA VEJA, editora abril, edição 1841, ano 37, nº 7, 18 de fevereiro de 2004, p. 71-77.

MARX, Karl, Bruno Baver. A Questão Judaica (Die Judenfrage), Braunschweig 1843, In: _____ A Questão Judaica, Moraes, Rio de Janeiro (?), [1980], p. 13-52.

MARX, Karl, Introdução de FRIEDRICH ENGELS, à edição Alemã de 1891, In: _____ Trabalho Assalariado e Capital, Coleção Bases 27, Economia, Global, São Paulo, 1980, p. 7-14.

MARX, Karl. TEXTO FILOSÓFICOS. São Paulo: Martins Fontes, Lisboa: Estampa, 221p.

MARX, K. e ENGELS, F. (sd) – Ideologia Alemã, Lisboa, Ed. Presença – vol I – Martins Fontes.

MARX, K. e ENGELS, F. Contribuição à critica da economia política (prefácio) in. Ed. Presença, vol. I Martins Fontes – MARX, K. – Os Pensadores, Abril de 1978, São Paulo.

MARX, K. e ENGELS, F. "El caráter fetichista de la mercadoria" in MARX, K., 1974, El Capital – Buenos Aires, Cartago, Livro I, cap. I, secção IV – p. 86 – 96.

MARX, K. e ENGELS, F. "Introdução à Crítica da Economia" In: _____, MARX – Os Pensadores op. Cit, p.103 – 132.

MASCARENHAS, Rodolfo dos Santos. Preparação do Pessoal de Enfermagem ARQUIVOS DE HIGIENE E SAÚDE PÚBLICA, vol. XXV, Março n.º 83, p. 193-199.

MEDICINA, CONSELHO FEDERAL DE. II Encontro Nacional dos Conselhos de Medicina do Ano 2000, Ministro José Serra defende Interiorização da Medicina, Ano XV nºs 122-123, out./nov. 2000.

MELLO, Carlos Gentile de. A Saúde no Contexto do Desenvolvimento Social e Económico, Simpósio sobre Política Nacional de Saúde, debatedor na Conferência do Sr. Roberto Santos, Brasília 1979, p. 46, 19 – 60 p.

MERQUIOR, José Guilherme. Retórica Ex Cathedra, Resposta a José Arthur Giannotti NOVOS ESTUDOS, Centro Brasileiro de Análise e Planejamento, CEBRAP, nº 19, dez. de 1987, p. 7-11.

MINISTÉRIO DA CULTURA MEMORIAL J.K., Folder. Aqui Habita Para Sempre a Memória VIVA do Presidente Juselino Kubitschek, Brasília, D.F.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, ENFERMAGEM, LEIS, DECRETOS E PORTARIAS. 2ª Ed. Serviço Especial de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 1959, 323 p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE - MS, FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, Programa de Agentes Comunitários de Saúde, 2ª ed., Brasília, 1994, p.12.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, FUNDAÇÃO OSVALDO CRUZ, FIOCRUZ. Programa RADIS, tema, Euclides Ayres de Castilho, AIDS, A Situação Epidemiológica EPIRIO 98, IV Congresso Brasileiro de Epidemiologia, o Estudo das Doenças e o seu Comportamento sobre a população, RADIS, nº 16, outubro/98, p.14.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, Fundação Nacional de Saúde. Programa RADIS, tema: Difusão Espacial da AIDS, Houve Demora em se Enxergar AIDS como uma Pandemia, nº 16, outubro/98, O Estudo das Doenças e o seu Comportamento Sobre a População Epírio 98, IV Congresso Brasileiro de Epidemiologia, p. 15.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, Fundação Nacional de Saúde. Relatório de Gestão 1995-1998, Brasília, 1999, p. 99.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, LEGISLAÇÃO FEDERAL DO SECTOR SAÚDE. Vol. 1, 3ª Ed., Brasília, 1978, 448p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, LEGISLAÇÃO FEDERAL DO SECTOR SAÚDE. Título 11, Promoção da Saúde, cap. 1 Maternidade, Infância e Adolescência, Art.º 72, p. 431, 437.

MINISTÉRIO DA SAÚDE – Fundação Osvaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública – Programa RADIS, Tema, Conferência: A Polémica Função do Estado nas Sociedades Modernas, N.º 15, Outubro de 1997, p.1 – 31 e p.4.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. O Sistema Municipal de Saúde. In: ____ Manual para a Organização da Atenção Básica. Brasília, 2ª Ed. 1999, p.10 e p.11, p.40.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Informe Saúde, ano VI, n.º 149. Primeira Semana de Fevereiro de 2002, Saúde, do Adolescente e do Jovem, Juventude Saudável: Uma Conquista Social.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Programa de Saúde da Mulher, Crianças e Adolescentes – Bases Programáticas. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde, Divisão Nacional de Saúde Materno – Infantil. Brasília, 1989. p.5 – 24.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Estatuto da Criança e do adolescente: Governo do Brasil. Título II dos Direitos Fundamentais, Cap. I – Do Direito à Vida e à Saúde. p. 15 – 17. Projecto Minha Gente – Brasília p. 110.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA, PROGRAMA RADIS. Especialidades Médicas no Brasil, DADOS, nº 17, dezembro de 1995, p. 2-30, Rio de Janeiro, Brasil.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, RADIS. Comunicação em Saúde, FIOCRUZ, Escola Nacional de Saúde Pública, ENSP, 12ª Conferência Nacional de Saúde, Seis Décadas de História, NORONHA, Ana Beatriz de, nº 10, junho de 2003, p.11-13.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. Centro Nacional de Epidemiologia – CENEP, Informe Epidemiológico do SUS, A Descentralização das Ações e Serviços de Saúde, Ano 2, número Especial, julho/93, Brasília, F.N.S., p. 3-28.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Serviço de Assistência À Saúde do Adolescente – SASAD. Normas de Atenção à Saúde Integral do Adolescente. Vol. III, Brasília, 1993, p.37.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Metas para o Decénio, 1990 – 2000. Folhas xerocadas. Metas para a Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco. 1998, Recife.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Síntese da Situação, Reprodutiva da Mulher no Brasil. Folhas xerocadas, 1985 a 1990, Brasília, folhas 08.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, FUNDAÇÃO OSVALDO CRUZ, ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA, PROGRAMA RADIS. Tema IV Congresso Brasileiro de Epidemiologia, Rio de Janeiro, 1 a 5 de Agosto de 1998. EPÍRIO 98, p.31.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA, PROGRAMA RADIS, EPÍRIO 98. IV Congresso Brasileiro de Epidemiologia, TELLES, Paulo Roberto, Difusão Espacial da AIDS. Houve Demora em se enxergar a AIDS, como uma Pandemia, n.º 16, Outubro de 1998, p.15 – 31.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA, PROGRAMA RADIS, EPÍRIO 98. IV Congresso Brasileiro de Epidemiologia, CASTILHO, Euclides Agres. AIDS. A Situação Epidemiológica, n.º 16, Outubro de 1998, p.14, p.31.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Considerações sobre a Mortalidade Infantil em áreas trabalhadas pelo SESP, no período 1951-1953. Revista do Serviço Especial de Saúde Pública. Tomo II, Dez. 1954, n.º 1, p. 225-235.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Contribuição ao conhecimento das condições de Saúde da População Brasileira. Revista do Serviço Especial de Saúde Pública. Ministério da Saúde do Rio de Janeiro, Tomo IX, Julho, 1957, n.º 1, p. 05-103.

MORAES, Antonio Ermírio de. Tema: Enfermagem no Contexto da Saúde e do Desenvolvimento do País, In: _____ XXXV Congresso Brasileiro de Enfermagem, São Paulo, Anais, 24 a 30 de setembro de 1983, p.91-97.

MORAES, Hélbio Fernandes. SUCAM sua origem, sua História, 1º Vol., 2ª Ed. Brasília, 1990, 484 p. p. 296.

MORAES, Nelson Luiz de Araújo. Avaliação de um Programa de Profilaxia Geral – Estudo de Dezoito Cidades do Interior da Amazónia. Tese de Concurso à Livre – docência na Cadeira de Epidemiologia e Profilaxia Gerais e Especiais, da Faculdade de Higiene e Saúde Pública, da Universidade de São Paulo. Revista do Serviço Especial de Saúde Pública. Tomo VII, Dez., 1954, n.º 1, p.95 – 224.

NAKAMAE, Djair Daniel (1987). Novos Conhecimentos. In: Ideologia e Utopia. 4ª Ed. Rio de Janeiro, 1986, 330 p., p. 286-330.

NAKAMAE, Djair Daniel (1987). Novos Caminhos de Enfermagem: Por Mudanças no Ensino e na Prática da Profissão. São Paulo: Cortez, 120 p.

NASCIMENTO, Alváro, Apresentação. In: _____ Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública – RADIS, Tema, epidemiologia da Esperança. O Estudo das Doenças e o seu Comportamento sobre a População. Nº 16 Outubro de 1998, Rio de Janeiro, p.2 e p.31 realizado de 1 a 5 de Agosto no Riocentro. Promovido pela Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Colectiva (ABRASCO), apoiado pelo Conselho Nacional Pesquisa (CNPq), FINEP e Ministério da Saúde, cujo temário foi: "Epidemiologia em Perspectivas: Novos Tempos, Pessoas e Lugares, em 1998.

NASCIMENTO, Alváro. Apresentação. In: _____, Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública – RADIS, Tema, epidemiologia da Esperança. O Estudo das Doenças e o seu Comportamento sobre a População. Nº 16 Outubro de 1998, Rio de Janeiro, p.2 e p.31 realizado de 1 a 5 de Agosto no Riocentro. Promovido pela Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Colectiva (ABRASCO), apoiado pelo Conselho Nacional Pesquisa (CNPq), FINEP e Ministério da Saúde, cujo temário foi: "Epidemiologia em Perspectivas: Novos Tempos, Pessoas e Lugares, em 1998.

NEPOMUCENO, Joaquim et all. Apresentação, In: ____, Comunicação e Modernidade, Um Estudo Discursivo, (org.) Joaquim Nepomeuceno, Mónica Rector, Eduardo Leiva, Belém, UFPA, CLA, ML, 2000, p. V – XII, 191p.

NEPOMUCENO, Joaquim, NEIVA, Eduardo e SCOTT, Randall K. Comunicação e Serviços Públicos, p.105 – 126.

NETO DE OLIVEIRA, Joaquim Nepomuceno. A Ideologia Inscrita no Poema "Buscando a Cristo" de Gregório de Matos Guerra – Uma Leitura, Belém, 2000, Universidade Federal do Pará, 77 p.

NIGHTINGALE, Florence. Consolos Absurdos Oferecidos em Benefício do Doente. In: ____ notas sobre enfermagem: o que é e o que não é. Trad. Amália Correia de Carvalho, São Paulo, Cortez, Ribeirão Preto, ABEN (EPEN), 1989, p.111 – 113, 174 p.

NORONHA, Ana Beatriz de. 12ª Conferência Nacional de Saúde, comunicação e Informação em Saúde, completam o temário da conferência, RADIS COMUNICAÇÃO EM SAÚDE, nº 13. Setembro de 2003, Rio de Janeiro, p.32.

NORONHA, Ana Beatriz de. 12ª Conferência Nacional de Saúde, Fiocruz discute propostas para a Conferência RADIS COMUNICAÇÃO EM SAÚDE, nº 14. Outubro 2003, Rio de Janeiro, p.16-17.

OLIVEIRA, Lília e MONTES, Jane. Redução de Danos – Uma Experiência em Comunidade, In: ____ Textos Orierntados Para Assistência à Saúde entre Usuários de Drogas, UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA.

OLIVEIRA, Francisco de. A Longa Espera de Giovanni Drogo. Novos Estudos. Centro Brasileiro de Análise e Planejamento - CEBRAP, nº 19. Novos Estudos, dez. de 1987, p. 3-5.,

OLIVEIRA, Jane de Araújo et all. Ensino Médico e o Papel das Atividades Extra-curriculares. REVISTA DO CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE, SAÚDE EM DEBATE, junho/89, 25, p. 35-40.

ORLANDI, Eni P. Prefácio. In: ____ Análise de Discurso, 2ª ed. Campinas, São Paulo, Pontes, 2000, p.11 e p.100.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Fundo das Nações Unidas para Infância – OMS/UNIFE. Cuidados Primários de Saúde. Relatório Internacional sobre Cuidados de Saúde. Alma – Ata, Setembro de 1978, p. 2 – 64 (1979).

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA OMS/UNICEF. Cuidados Primários de Saúde. Alma – Ata, Setembro de 1978, p.2

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE/ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. O Marco Conceptual da Saúde Integral do Adolescente e de seu Cuidado. Programa de Saúde Materno Infantil – Ministério da Saúde do Brasil. Trad. OPS/OMS no Brasil. Washington D.C., 1992, p.18.

OSAKABE, Haquira (1979). Argumentação e Discurso Político, São Paulo, Kairós. 200 p.

PAIM, Elsa Ramos. O Preparo da Estudante de Enfermagem para o Estágio de Saúde Pública. Revista Brasileira de Enfermagem. Ano XI, Dez., 1958, n.º 4, p. 385-395.

PANTOJA, A, Woodrow Pimentel e MORAES, Nelson Luiz de Araújo. Fundamentos Para a Organização de Serviços de Protecção Materno Infantil, In: ____ REVISTA BRASILEIRA DE ENFERMAGEM, Órgão Oficial da Associação Brasileira de Enfermagem, Ano X, n.º 4, Dezembro de 1957, p. 347 – 353.

PENIDO, Henrique Maia. Aspectos do Panorama Sanitário Brasileiro. Revista do Serviço Especial de Saúde Pública. Tomo VII, Junho 1995, n.º 2, p. 345 – 382.

PERELMAN, Chaim e TYTECA, Olbrechts. Traité de I. Corgumentation. La Nouvelle Rhétorique 2ª ed. Colletion de Sociologia Genérale de Philosophia e Instituit de Sociologie – Université Libre de Bruxelles. 1970, Belgique, p.249 – 655.

PINOTTI, Mário. Discurso de Posse no Ministério de Estado dos Negócios da Saúde, Julho de 1958. Folhas Fotocopiadas, Biblioteca do Senado Federal, 56 p.

PINOTTI, Mário. O Problema da Mortalidade Infantil, p. 39 – 41.

PINOTTI, Mário. Tuberculose, p. 45-47;

PINOTTI, Mário. Discurso de Posse, ao cargo de Ministro dos Negócios da Saúde, Julho de 1958, Folhas Fotocopiadas, p.23, a Erradicação da Malária.

PINOTTI, Mário. Índices de Mortalidade e Natalidade, In: ____, Vida e Morte do Brasileiro, (Saúde e Doença do Brasil), Rio de Janeiro, Civilização Brasileira, p. 26 – 27, 1959.

_____ Higiene da Infância, cap.5, quadro 9, p. 47-48.

_____ Saneamento Básico, cap. 6, quadro n.º 10, p.51.

_____ Tuberculose, cap. 19, quadro n.º 17, p.102.

_____ A Esperança de Vida ao Nascer, cap. 2, quadro n.º 8, A Esperança de Vida (Vida Média ao Nascer) em Algumas Capitais Brasileiras, p. 30.

PINTO, Marluce. JORNAL DO SENADO, Brasília, D.F., Quinta-feira, 16 de março de 2002.

PIRES, Denise. Saber e Trabalho de Saúde no Brasil com a Colonização até a Institucionalização da Medicina – Medicina Monástica – Os Jesuítas no Brasil. In: ____, Hegemonia Médica na Saúde e a Enfermagem. Brasil 1500 a 1930. São Paulo, Cortes, 1989. p.31 – 59, p.41.

PLEBE, Armando (1978). Breve História da Retórica Antiga. Trad. Gilda Naécia Maciel de Barros, São Paulo, EPV, 1978.

POULANTZAS, N. Classes Sociais e Luta de Classes. In: Sociologia (org.) SILVEIRA, Paulo. Trad. Heloisa Rodrigues Fernandes. São Paulo: Ática, 1984, p. 95-121.

PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, AVANÇA BRASIL. Políticas de Protecção e Garantia dos Direitos da Criança e do Adolescente, p.186, Brasília, 2000.

RADIS, COMUNICAÇÃO EM SAÚDE, nº 14. Outubro de 2003, FIOCRUZ, Em defesa do SUS, O SUS é do Brasil, Rio de Janeiro, p.4.

RADIS, Comunicação em Saúde. 12ª Conferência Nacional de Saúde, o Início de uma Nova Política de Saúde, nº 17. Janeiro 2004, p. 11.

RADIS, Comunicação em Saúde. Atenção à Saúde, Alma-Ata, Conquistas e Fracassos, nº 17. Janeiro de 2004, p. 14-15.

RAMOS, Flávia Regina Souza. Bases para uma Re-significação do Trabalho da Enfermagem Junto ao Adolescente, In: ____ Adolescer, Compreender, Actuar, Acolher; Projecto Acolher/Associação Brasileira de Enfermagem, Brasília, ABEN, 2001, p. 11 – 18, 304 p.

RANDS, Maurício. Por que os Culpados de Sempre, JORNAL ADUFEPE, ano XXIII, n.º 01 Abril 2002, p.5, Publicação Oficial da Associação dos Docentes da UFPE, secção Sindical da Andes – SN.

REDE ANDI, Pesquisa AUÇUBA. A Criança e o Adolescente na Mídia de Pernambuco, Julho a Dezembro de 2000, Auçuba, Comunicação e Educação, Apresentação, ano 1, número 2, Comunicadores pelos Direitos da Criança e do Adolescente, Recife, 2000.

REDE ANDI. Comportamento da mídia, p. 11 – 12.

REDE ANDI. Fontes Consultadas, p. 13 – 14.

REDE ANDI. Busca de Solução, um desafio para a mídia, p.15 – 17.

REDE ANDI. Debate, Trabalho Infantil, Ana Flávia Ferraz (Outubro), mediadora, Nilza Agrelli (Programa de Erradicação do Trabalho Infantil (PETI), Fábio Atanásio de Morais (UNICEF, Recife) Abdalazis de Moura (Serviço de Tecnologia Alternativa (SERTA), p. 39- 51.

REICH, Wilhelm. Liberação e Refreamento do Controle da Natalidade e da Homossexualidade, in. a Revolução Sexual, 8ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 316 p. 231 – 248.

REICH, Wilhelm, (1988). A Família Compulsória como Instrumento de Educação. In: ____, A Revolução Sexual. 8ª Ed. Rio de Janeiro. Guanabara, p.104 – 112.

RELATÓRIO DA SITUAÇÃO DA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA BRASILEIRAS, parte 1: Marco Conceitual, In: _____: Diversidade e Eqüidade pela Garantia dos Direitos de cada Criança e Adolescente, UNICEF/BRASIL, 2003, p. 9-49.

RELATÓRIO DA SITUAÇÃO DA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA BRASILEIRAS, parte 2: Dados sobre a Infância e a Adolescência: Diversidade e Eqüidade no Brasil, UNICEF/IBGE, 2003, p. 51-133.

RELATÓRIO DA SITUAÇÃO DA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA BRASILEIRAS, parte: 3: Proposta de Linhas Estratégicas para Alcançar a Eqüidade, Valorizando à Diversidade, UNICEF/IBGE, 2003, p. 135-139.

RELATÓRIO FINAL DA 8ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, Texto Mimeografado, p. 15.

RELATÓRIO DA SITUAÇÃO DA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA BRASILEIRAS, DIVERSIDADE E EQUIDADE. Pela Garantia dos Direitos de cada Criança e Adolescente, Somos Todos Iguais e Diferentes. UNICEF, Situação Mundial da Infância, 2003, p.20-22.

RESENDE, António Paulo. O Governo Juscelino no Kubitscheck, S. Paulo, Brasiliense, 1981, p.21.

REVISTA BRASILEIRA DE ESTUDOS DE POPULAÇÃO. Ponto de Vista, pronunciamento de Elza Berquó. Na solenidade de posse da Presidência da Comissão Nacional de População e Desenvolvimento, v. 12 nºs 1-2 jan/dez, 1995, p. 205-207.

REVISTA VEJA, INFÂNCIA, SOCIEDADE ANTES DA HORA. A ONU estima que 300.000 Crianças estejam lutando em conflitos em quinze países, ed. Abril, nº 1839, ano 37 nº 5, 4 de fevereiro de 2004, p. 56-57.

REVISTA BRASILEIRA DE ENFERMAGEM. XI Congresso Brasileiro de Enfermagem, 12 a 19 de Outubro de 1958, Recife, Pernambuco, Sessão de Instalação, Discurso da Presidente Maria Rosa, S. Pinheiro, p. 328 – 331.

REVISTA BRASILEIRA DE ENFERMAGEM. Relatório da Presidente: Outubro de 1957 – Outubro de 1958, pp. 5. Presidente da ABEN, Maria Rosa S. Pinheiro, Apresentado em Assembleia Geral da ABEN em 13-10-1958, pp. 5 – 15. [ ].

REVISTA BRASILEIRA DE ENFERMAGEM. Programa do X Congresso Brasileiro de Enfermagem, Pano X, Dezembro 1957 – n.º 4, p. 307 - 311.

REVISTA BRASILEIRA DE ENFERMAGEM. Relatório de 1959, da Presidente Marinha de Andrade Rezende, [ ].

REVISTA BRASILEIRA DE ENFERMAGEM. Sessão de Instalação Discurso da Presidente, Maria Rosa Sousa Pinheiro, Ano X, Dezembro de 1957, n.º 4, p.312 a 319.

REVISTA BRASILEIRA DE ENFERMAGEM. Relatório da Presidente, Outubro de 1956 – Outubro de 1957, ano X, Dezembro de 1957, n.º 4, p.320 – 329.

REVISTA BRASILEIRA DE ENFERMAGEM. Discurso da Presidente ao XII Congresso Brasileiro de Enfermagem, S. Paulo, Marina de Andrade Resende, p. 179 – 181 [ ].

REVISTA BRASILEIRA DE ENFERMAGEM. Relatório da Presidente, Novembro de 1958 a Julho de 1959, p. 183 – 193 (?) [ ]

REVISTA BRASILEIRA DE ENFERMAGEM, APÊNDICE. Publicação da Organização Mundial de Saúde OMS, Relatório Técnico da 1ª Sessão do Comité de Peritos em Cuidados de Enfermagem, n.º 34, 1950, p.19.

REVISTA BRASILEIRA DE ENFERMAGEM. Relatório Técnico do Comité de Peritos da Maternidade, n.º 51 – 1952, (1º Relatório).

REVISTA BRASILEIRA DE ENFERMAGEM. 1º Relatório Técnico do Comité de Peritos para a Formação de Parteiras, n.º 93 – 1955, OMS, Legislação Sanitária, vol. 5, n.º 3, 1954, pp. 265 – 267.

REVISTA BRASILEIRA DE ENFERMAGEM. Editorial, O Projecto de Lei do Ensino e o Pessoal Existente na Enfermagem, p. 3 – 5, [ ].

REVISTA BRASILEIRA DE ENFERMAGEM, ALCÂNTARA, Abete, de. Serviço, Enfermagem: Pessoal e Suas Categorias Funcionais, Artigo Apresentado na VI Jornada de Administração Hospitalar, Ribeirão Preto, São Paulo, em 14 a 17 de Agosto de 1957, na REBEN, p. 81 – 92 .

REVISTA DO CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DA SAÚDE, SAÚDE EM DEBATE. Documento Programa de Saúde do Candidato à Presidência da República pela Frente Brasil Popular - Luís Inácio Lula da Silva, O Brasil está doente: O Governo Lula é o Remédio, eleição 94: A Saúde Depende do seu Voto, nº43 - junho/94, Londrina, 1994, p.10-28.

REVISTA DO CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DA SAÚDE, SAÚDE EM DEBATE. Documento, Programa de Saúde do Candidato da coligação PSDB/PFL Fernando Henrique Cardoso, eleição 94: A Saúde Depende do seu Voto, nº43, junho/94, Londrina, 1994, p.29-32.

REVISTA ESPECIAL DE SAÚDE PÚBLICA, MINSITÉRIO DA SAÚDE, BRASIL. Rio de Janeiro, tomo VII, Dezembro 1954, n.º 1, p. 225 – 235.

REZENDE, Marina de Andrade. Discurso da Presidente da ABEN, abertura do XII Congresso Brasileiro de Enfermagem, S. Paulo, 1959, REVISTA BRASILEIRA DE ENFERMAGEM, Ano XI, Junho de 1959 – n.º 2, p.179 – 192.

REZENDE, Marina de Andrade. Discurso da Presidente. Revista Brasileira de Enfermagem, ano XIII, Março 1960, n.º 1, p. 46 – 49.

REZENDE, Marina de Andrade. Sessão de Instalação: Discurso da Presidente. Revista Brasileira de Enfermagem, ano XIII, Setembro 1960, n.º 3, p. 286-308.

REZENDE, Marina de Andrade. 21ª Semana da Enfermagem. Revista Brasileira de Enfermagem, ano XIII, Junho 1960, n.º 2, p. 165 – 175.

RIBEIRO, Circe de Melo. Tema: Economia e Saúde na Política Nacional de Desenvolvimento: Enfoque de uma Enfermeira, In: ___ XXXV Congresso Brasileiro de Enfermagem, São Paulo, anais, 24 a 30 de setembro de 1983, p.83-89.

RIBEIRO, Renato Jaime. Intermezzo variado, In: _____ A Sociedade Contra o Social, Companhia das Letras, São Paulo, 2000, p.45 a 64.

RIBEIRO, Renato Janine, Iraema ou a Fundação do Brasil, In: _____ A Sociedade Contra o Social, Companhia das Letras, S. Paulo, 2000, p. 45 a 46.

RIBEIRO, Renato Janine. Da Política da Corrupção, In: _____ A Sociedade Contra o Social, S. Paulo, Companhia das Letras, 2000, p. 162 a 190, p. 179.

RODRIGUES, Celso. Os Gestos de Juscelino, JORNAL DO COMÉRCIO, OPINIÃO, Recife, Sábado 16 de março de 2002, p. 13, Brasil.

RODRIGUES, Ricardo. A dimensão retórica do plano cruzado. In: HALLIDAY, T. (org.) Atos Retóricos: mensagens estratégicas de políticas e igrejas, São Paulo: Summus, 1988. cap. 1, p. 11-26, 99 p.

RUZANY, Maria Helena. ASMUS, Carmena, Ildes F. MEIRELLES, Zilah Vieira. BARKER, Suyanna Linhales. Situações de Violência no Cotidiano da Vida do Adolescente na Zona Norte do Município do Rio de Janeiro, REVISTA CADERNOS SAÚDE COLETIVA, Volume 5, número 2, julho a dezembro de 1997, Universidade Federal do Rio de Janeiro, p. 131-138.

SAMPAIO, Maria Cristina Hennes, (1994). A Análise das Condições de Produção de um Discurso. UFPB/João Pessoa (Texto mimeografado).

SAMPAIO, Maria Cristina Hennes. O Conceito de Ideologia: Breve Síntese da Evolução (de Marx. Althusser Ricoeur), UFPB / João Pessoa (Texto mimeografado).

SANTANA, Judith Serra da Silva. O Adolescente no Espaço Público da Rua, In: ____, MINISTÉRIO DA SAÚDE ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM, Adolescer, Compreender, Actuar, Acolher, Projecto Acolher, Brasília, D.F., 2001, p. 53 – 58.

SANTIAGO, Vandeck, Viver. O Brasil, Nunca foi o mesmo, depois de J.K. Sai biografia do ex-presidente Juscelino, resultado de dez anos de pesquisa do Jornalista ClaudioBojunga, JORNAL DIÁRIO DE PERNMBUCO, editor Rodrigo Carrero, Recife, Quarta-feira, 5/12/2001, D2.

SANTOS, Nelson Rodrigues. Artigos: O Sistema Único de Saúde: Realizando a Utopia sem perder a utopia. Revista do Centro Brasileiro de Estudos da Saúde em Debate, eleição 94: A Saúde Depende de seu voto, nº43, Londrina, junho/94, p.64-69.

SANTOS, Isabel dos e VIEIRA, César Augusto de Barros. Análise Crítica da Prática Actual de Enfermagem no País. Folhas xerocadas (1979).

SANTOS, Lindete Amorim. O Perfil do Enfermeiro – Questão de Direito e de Facto. Apresentado no III – Encontro Regional dos Enfermeiros do Nordeste. Aracajú, Abril de 1985, p. 19, folhas mimeografadas.

SAVIANI, Demerval (1983). As Teorias da Educação e o Problema da Marginalidade, Escola e Democracia. São Paulo: Cortez Editora.

SCHAFF, Adam. Os Factos Históricos e sua selecção. Cap. I. In: História e Verdade. São Paulo: Martins Fontes, 1978, p. 203-226, 316p.

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO. Boletim EPIDEMIOLÓGICO, número de casos confirmados de Doenças e Agravos, por semana Epidemiológica, Pernambuco 2001, Fonte: SESPE, DIEVIS/SINAN, FUNASA/DIVEP/COREPE, ano I, n.º 1, Diretoria de Epidemiologia e Vigilância Sanitária, 22 de Janeiro de 2002.

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO. Certificação da Gestão das Acções de Epidemiologia e Controle de Doenças.

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO. Editorial, Zuleide Dantas Vanderley, Diretora de Epidemiologia e Vigilância Sanitária, Pernambuco, SES.

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO. Número de Casos Confirmados de Doenças e Agravos por Semana Epidemiológica Pernambuco 2001 (continuação).

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO. Número de Casos confirmados de Doenças e Agravos por Semana Epidemiológica, Pernambuco 2001.

SENADO FEDERAL, SUBSECRETARIA DE EDIÇÕES TÉCNICAS. JK O Estadista do Desenvolvimento, Brasília, 1991, 370 p.

SERRA, José. A Alca e o Mercosul e a Abertura Externa Brasileira, Senado Federal, Brasília, 1997, p. 20.

SERRA, José. Conferência Nacional de Saúde, on-line, Tribuna livre, Discurso de Posse do Ministro da Saúde José Serra, no Ministério da Saúde, em 31 de Março de 1998, folhas 7.

SERRA, José. Saúde a vinculação necessária, artigo publicado pela folha de São Paulo, 09/07/2000.

SERRA, José. A Porta do Debate Está Aberta, Apresentação, REVISTA BRASILEIRA DE SAÚDE DA FAMÍLIA, O Brasil abre as portas para a Saúde Entrar, ano I, número 02, Junho / Julho de 2000, uma publicação do Ministério da Saúde, p. 3.

SERRA, José e JORGE, Eduardo. Saúde, a vinculação necessária, JORNAL FOLHA DE SÃO PAULO, 09/07/2000. Artigo publicado pelo jornal folha de São Paulo.

SERRA, José. A Porta do Debate está aberta, Revista Brasileira de Saúde da Família, Ano 1, n.º 02, Junho-Julho de 2000, Ministério da Saúde Brasil, O Brasil abre as portas para a saúde Entrar. p.3.

SERRA, Ana Suclária de Lemos e CANNOM, Luimar R. Coser. Pelo andar se faz um caminho. Uma proposta metodológica de Educação em Saúde Para Adolescentes, In: Cadernos Juventude, Saúde e Desenvolvimento, Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, área de Saúde do Adolescente e do Jovem, Volume I, Brasília, Agosto de 1999, p. 276-288.

SILVA, Gracete Borges. O Fetichismo da Enfermagem Profissional. Análise Crítica. 2ª Ed. São Paulo, Cortez, 1989, p. 95 – 131 e p. 143.

SILVA, Francisco de Assis da. "Libertatis Conscientia": A Retórica do Vaticano em face da Teologia da Libertação. In: HALLIDAY, T. (org.) Atos Retóricos: Mensagens Estratégias de Políticos e Igrejas. São Paulo: Summus, 1988, cap. 7, p. 101-119.

SIMPSON, Clélia. Pontos a serem Observados na Retrospectiva Histórica da Saúde Pública. Mestrado em Enfermagem de Saúde Pública, Curso de Mestrado na Universidade Federal da Paraíba, Anotações de sala de aula – manuscritos, 04 folhas.

SOUSA, Maria Fátima de. A Enfermagem Reconstruindo sua Prática: mais que uma conquista no PSF, In: ____, Revista Brasileira de Enfermagem, Saúde da Família, Brasília, V. 53, n. especial, p. 1-173, dez. 2000. p. 25 – 30.

SOUTO, Eliezer Queiroz de, (1991). Correntes Filosóficas, Recife: UFRPE. Texto mimeografado.

SOUTO, Eliezer Queiroz de, et. All. O Povo que faz no discurso que diz. Recife, Milagres. MFRPE, p.31.

STACCONE, Giuseppe. Ensaio GRAMSCI Intelectuais e Política. In: Jornal do Commércio, Cultural, GRAMSCI, 100 anos uma releitura, Recife, sexta-feira, 5 de Abril de 1991, p. 6-7.

STARLING, Heloisa Maria Murgel. Parte I, O Cenário de Um Confronto, In: ____ Os Senhores das Gerais, Os Novos Inconfidentes e O Golpe de 1964, Vozes, Petrópolis, 1986, p. 19-38.

STARLING, Heloisa Maria Murgel. Capítulo III, O IPES em Minas Gerais, In: ____, Petrópolis, Vozes, 1986. P.41-75.

STARLING, Heloisa Maria Murgel. Capítulo I, Aquelas Mulheres de Minas, In: ____ Os Senhores das Gerais, Os Novos Inconfidentes e O Golpe de 1964, Petrópolis, , Vozes, 1985, p. 151-192.

STOTZ, Eduardo Navarro. Baixos Salários Para a Saúde – Os Males do Brasil, In: ____, A Saúde em Estado de choque, cap. IV, 3ª Ed. Org. Maria Cecília de Sousa, Minayo, Fase, Espaço e Tempo, Rio de Janeiro, 1986, p. 73 – 92.

SUMULA RADIS – Reunião, Análise e Difusão de Informação Sobre Saúde, Fundação Osvaldo Cruz, MINISTÉRIO DA SAÚDE, BUSS, Paulo Marchiori, Avanços Impasses, Retrocessos, n.º 86, Fevereiro 2002, p. 1 – 7.

TEIXEIRA, Gisele. Saúde Pública, "Produzir Anti-Retrovirais ficou no Discurso", jornal GAZETA MERCANTIL, nacional, Terça-feira, 22 de julho de 2003, p. A-5.

TEIXEIRA, Gisele. Saúde Pública, Governo Anuncia Pacote para Controlar a AIDS, jornal GAZETA MERCANTIL, nacional, Terça-feira, 22 de julho de 2003, p. A-5.

TEIXEIRA, Marcionila. Infância no Lixo, Estudantes de Dia, Catadores à Noite, DIÁRIO DE PERNAMBUCO, Recife, Domingo, 21 de setembro de 2003, VIDA URBANA, C4.

THOMPSON, John B. O Conceito de Ideologia. Repensando a Ideologia: Uma Concepção Crítica. In: ____, Ideologia e Cultura Moderna. Teoria Social Crítica na Era dos Meios de Comunicação de Massa. Trad. Do Grupo de Estudos sobre Ideologia. Comunicação e Representações Sociais da pós-graduação do Instituto de Psicologia da PUCRS. 3ª ed. Petrópolis, Vozes, 1991, p. 376, p.355 – 426.

TOLEDO, Roberto Pompeu de. As Razões do Presidente, Instituto Teotónio Vilela, Vivemos uma Revolução sem Saber, Brasília, Palácio da Alvorada, 27 e 29 de Agosto de 1997, e Setembro, p. 22-23.

TOLEDO, Roberto Pompeu de. O Bom Americano e a Prostituta, ENSAIO REVISTA VEJA, ed. Abril, nº 1839 ano 37, nº 5, 4 de fevereiro de 2004, p. 114.

TOURAINE, Alain. ARAÚJO, Braz J.; CARDOSO, Fernando Henrique et all. Classes Médias e Políticas no Brasil. J. A. Guilhon Albuquerque. (Coord). Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1977, 174 p.

TRINDADE, Carlos Gustavo, e MACHADO, Kátia. Controle Social, Legitimidade e Liberdade para os conselhos RADIS. Comunicação em Saúde, nº13, Set/out. de 2003, p.30-31.

TRINGALI, Dante. A retórica nova, Introdução à Retórica, São Paulo: Cidades, 247 p.

UNICEF. Situação Mundial da Infância 2003, Resumo para a imprensa, p.1-6.

VALE, Eucléa Gomes. Mensagem da Associação Brasileira de Enfermagem – ABEn – Nacional. In: ___, Livro Programa, 51° Congresso Brasileiro de Enfermagem e 10° Congresso Panamericano de Enfermagem. 2 a 7 de Outubro de 1999, Florianópolis, p. 5, p.285.

VALE, Eucléa Gomes. Apresentação, In: ____, Projecto Acolher, Adolescer, Compreender, Actuar, Acolher, Brasília, D.F., 2001, p. 7.

VALLE, Sarah Maranhão. A Educação das Almas. In: ____, A Perpetuação da Conquista: A Destruição das Aldeias Indígenas em Pernambuco no Século XIX. Dissertação de mestrado apresentada ao Curso de Mestrado em História da Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 1992, p. 9 – 38, p.09, p.155, p.12.

VASCONCELOS, Eymard Mourão. O Taylorismo e a Construção da Medicina das Classes Populares, REVISTA DO CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE, SAÚDE EM DEBATE, junho/89, 25, p. 47-55.

VIACAVA, Francisco e BAHIA, Lígia Assistência Médico-Sanitária – Os Serviços de Saúde segundo o IBGE; dados, RADIS, Reunião, análise e Difusão de Informação sobre o Saúde. FIOCRUZ, n.° 20, Novembro de 1996, p.3 – 96). Ibidem, p. 7 (1996).

VISÃO MUNDIAL. Abuso e Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes, vamos falar sobre isso, REDE, Rede de combate ao Abuso e Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes no Estado de Pernambuco, Secretaria de Justiça, e Cidadania do Estado de Pernambuco, [ ].

XAVIER, Jesuan, RADIS Entrevista Eduardo Jorge: "Explosão de Participantes mostrou que precisamos repensar as conferências. RADIS COMUNICAÇÃO EM SAÚDE, FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, FIOCRUZ, n° 18, fevereiro de 2004, p. 33.

WAISELFISZ, Jacob. Pernambuco é Líder no Assassinato de Jovens. Editado no VIDA URBANA, do Jornal Diário de Pernambuco, sábado, 4 de Maio de 2002. Editora Taiza, Brito, et alli, p.6.

NOTAS

CINE BRASIL - Rubens Filho (apresentador). Uma Pulga na Balança, 1953, Paulo Autran, Lola Braz, Fábio Carpi, Gilda Nery, Jon Herbet, Maurício Barroso, Ítalo Bianchi e muitos outros. TV 11, Cultura (9/11/2003), São Paulo.

DOCUMENTÁRIO SOBRE O CACIQUE XICÃO, ASSASSINADO POR LATINFUNDIÁRIOS EM PERNAMBUCO - BRASIL TV UNIVERSITÁRIA - PE, (30/11/2003). Adolescentes e crianças participando de.

FILME BRASIL - Cineasta Walter Sales, Abril Despedaçado, Uma Pequena Mensagem do Brasil. A Saga de Castanha e Cajú Contra o Encouraçado Titanic. Ator adolescente Ravi Lacerda.

FILME - CARAMURU A INVENÇÃO DO BRASIL. Sessão do Sábado, Rede Globo de Televisão, 6 de dezembro de 2003, 16:00h.

FILME - CENTRAL DO BRASIL. Sessão do Sábado, Rede Globo de Televisão, 13 de dezembro de 2003.

JORNAL DO COMMÉRCIO. Uma grande parte das reflexões Gramscianas foram publicadas em pequenos artigos de jornais na Itália seu país de origem. Para Comemorar os 100 anos do nascimento de Antônio Gramsci (1891 – 1991). O Jornal do Comércio publica ensaios e a Biografia do pensador intelectual orgânico e militante. J.C. 100 Gramsci, uma releitura, J.C. Cultural, Recife, sexta-feira, 5 de Abril de 1991, p.1 – 12.

PROGRAMA BLITZ NA CIDADE, Sistema Brasileiro de Televisão, Recife. Setembro, outubro, novembro de 2003. Várias ocorrências policiais envolvendo adolescentes. Roubos, homicídios e outros delitos.

SABADAÇO - Gilberto conversa com SANDER na cadeia. Sabadaço alerta sobre o uso de droga - AO VIVO (29/11/2003) programa de TV SANDER é participante de uma famosa banda no Brasil.

Entrevista - diz que usou drogas aos 15 e 16 anos, através dos colegas de escola. Cocaína, LSD, Extase, amigos que incentivaram o uso de maconha e mistura tudo. Tinha os contatos, fornecedores, está há 28 dias sem drogas no Belém 11, penitenciária São Paulo, Brasil. TV Guararapes, canal 9. Entrevista ao atendimento ao usuário de drogas - 0300111718 - pediu para a comunidade denunciar o traficante de drogas.

TRECHOS DO DIÁRIO DE ZUZU, Alex Polari - documentário - Rio de Janeiro - Base Aérea do Galeão. LINHA DIRETA, TV Globo (27/11/2003). Zuleica de Souza Neto, acidente de carro mata estilista, perde o filho assassinado. Stuart Angel, 1960 - adotou novo nome. Quando os militares tomam o poder, acervo do arquivo público. Diário de Zuzú, depoimento, Mara Cabarello. 1976 morre num acidente fatal. Lucéia Murart amiga do cineasta Stuart, Sonia Moraes noiva, faziam parte em 1968. Stuart casa com Sônia, 2 meses após vem o AI5, Zuzú em uma festa com a presença de Juscelino, responsabilíza-o pela situação das torturas na ditadura e pelo mundo não está sabendo da situação. Tenta então divulgar por todos os meios as torturas.

UNESCO - Agência das Nações Unidas para Educação, Cultura e Ciência, em parceria com o Instituto Ayrton Senna e o Ministério da Justiça, chamado, Mapa da Violência 3.

WWW. Globo/linha direta. É perseguida aonde quer que vá pelos agentes do Serviço Secreto Brasileiro e em 1976 morre em acidente de carro, mesmo ano de Juscelino também em acidente de carro.

ANEXOS

ANEXO 1

DISCURSOS DO GOVERNO JUSCELINISTA - MINISTRO DA SAÚDE DOUTOR MÁRIO PINOTTI - DISCURSO DE POSSE (07/07/1958). O PROBLEMA DA MORTALIDADE INFANTIL.

ANEXO 2

O PROBLEMA DA TUBERCULOSE.

ANEXO 3

HIGIENE DA INFÂNCIA.

ANEXO 4

DISCURSOS DOS SANITARISTAS MÉDICOS: FUNDAMENTOS PARA A ORGANIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE PROTEÇÃO MATERNO INFANTIL.

ANEXO 5

DISCURSOS DE ENFERMEIRAS DE SAÚDE PÚBLICA - PERÍODO JUSCELINISTA.

A INTEGRAÇÃO DOS ASPECTOS SOCIAIS, PREVENTIVOS E CURATIVOS PARA A FORMAÇÃO DE UM CONCEITO DE SAÚDE PÚBLICA.

ANEXO 6

O QUE É ENFERMAGEM DE SAÚDE PÚBLICA?

ANEXO 7

DISCURSOS DO GOVERNO FERNANDO HENRIQUE CARDOSO - MINISTRO DA SAÚDE DOUTOR JOSÉ SERRA.

DISCURSO DE POSSE DO MINISTRO DA SAÚDE JOSÉ SERRA (31/03/1998).

ANEXO 8

MANUAL PARA ORGANIZAÇÃO DE ATENÇÃO BÁSICA, INTRODUÇÃO.

ANEXO 9

DISCURSO DE SANITARISTA MÉDICO, PERÍODO FERNANDO HENRIQUE CARDOSO.

AIDS - EPIDEMIA DE SIDA/AIDS EM PERNAMBUCO BRASIL (SÍNDROME DA IMUNODEFICIÊNCIA AGUDA - SIDA).

ANEXO 10

DISCURSOS DE ENFERMEIRAS DE SAÚDE PÚBLICA - PERÍODO FERNANDO HENRIQUE CARDOSO - MINISTRO DA SAÚDE DOUTOR JOSÉ SERRA.

BASES PARA UMA RE-SIGNIFICAÇÃO DO TRABALHO DE ENFERMAGEM JUNTO AO ADOLESCENTE.

ANEXO 11

ADOLESCENTE NO ESPAÇO PÚBLICO DA RUA.

que suas metas de Saúde Pública serão atingidas, afim de melhor alicerçar as do desenvolvimento econômico.

Agradecendo a todos quantos colaboraram com minha administração, desde os mais elevados na hierarquia administrativa até aos mais modestos, faço sinceros votos a V. Excia. Sr. Ministro Mário Pinotti pelo mais feliz êxito da administração que hoje V. Excia. inicia.

7 de Julho de 1958.

DISCURSO

DO

Ministro MÁRIO PINOTTI

FOI com grande emoção que recebi e aceitei o honroso convite do Presidente Juscelino Kubitschek de Oliveira para vir exercer, no seu govêrno, o cargo de Ministro de Estado dos Negócios da Saúde.

Na minha existência de sanitarista e de administrador, dedicada desde a mocidade aos nossos cruciais problemas de saúde pública, pela segunda vez recebo, do govêrno de meu país, a responsabilidade, para mim bastante dura, quase dramática, mas desvanecedora, de conduzir os trabalhos dêste Ministério. A primeira vez foi em 1954, no govêrno do Presidente Getúlio Vargas, cujo nome cada dia mais se enaltece, no respeito e na gratidão dos brasileiros.

Quatro anos passados, volto a receber do govêrno as mesmas tarefas.

É com grande satisfação, ao iniciar estas palavras, que agradeço ao eminente brasileiro, Dr. Adhe-

mar de Barros, a indicação de meu nome para, na qualidade de técnico e administrador, representar o Partido Social Progressista na reforma ministerial imposta pela conjuntura política do momento, agradecimento êsse extensivo à bancada parlamentar do Partido e ao seu líder, Deputado Benjamim Farah, pelo apoio com que também distinguiram meu nome. A presença do eminente Presidente do P.S.P. (acompanhado de sua digníssima espôsa Dona Leonor de Barros, infatigável benfeitora das classes populares) tem ao meu sentimento o valor de uma mensagem de nossa comum terra paulista, que o admira como o mais prestigioso homem público, pelo denôdo com que serve às causas do bem estar do nosso povo.

A interpenetração das áreas políticas nos recessos da administração pública veio criar um caso singular nas determinantes do meu acesso a êste cargo. Mas o impersonalismo dêste gigante da ação que é Adhemar de Barros, veio demonstrar o quanto pode o prestígio da isenção, a serviço das desambições e das causas públicas. Indicando-me, em nome do partido, para a Pasta da Saúde, quis deixar o Presidente da República à vontade para conciliar os possíveis conflitos daquelas áreas com o ânimo da mais alta nobreza política, a serviço das causas do Brasil e não dos açodamentos pragmáticos do imediatismo. alta nobreza política, a serviço das causas do Brasil e não dos açodamentos pragmáticos do imediatismo.

A ERRADICAÇÃO DA MALÁRIA

NA multiplicidade absorvente dos seus encargos e responsabilidades, para com o país em constante crescimento e expansão, o govêrno atual não se tem descuidado dos problemas de saúde. O Presidente Juscelino Kubitschek também neste particular tem cumprido sua palavra empenhada com o povo que o elegeu. Pensa, aliás, como Disraeli, que disse acreditar ser a defesa da saúde do povo o primeiro dever de um estadista.

Quando ainda candidato, ao traçar seu programa de saúde pública, declarou que consagraria aos problemas sanitários perseverante estudo, não pelo simples fato de ser médico, mas também pelo conhecimento direto do que se passa no país. Um mês depois de haver assumido o poder, numa demonstração de possuir os atributos de verdadeiro estadista — o claro entendimento e o querer forte — o Presidente Juscelino Kubitschek promovia autêntica reforma da administração sanitária do país, criando o Departamento Nacional de Endemias Rurais.

O novo órgão tinha a finalidade de centralizar e intensificar, com economia de tempo, de dinheiro, de energias humanas e maior rendimento de trabalho, os esforços dispersos de vários órgãos paralelos, no combate às diversas doenças endêmicas que flagelam nossas populações rurais.

Nos seus quase dois anos e meio de existência, graças à confiança dos poderes da República, tanto do Executivo como do Legislativo, os quais jamais recusaram os meios de realizar o que lhes parece exequível em benefício do país, graças também ao apoio das populações em geral, particularmente do Clero e das classes dirigentes e populares, nos seus quase dois anos e meio de existência, o Departamento Nacional de Endemias Rurais tem realizado em defesa da saúde do nosso homem rural, uma obra de que justamente está se orgulhando o sanitarismo brasileiro, tanto em seus aspectos técnicos, como em seus aspectos sociais. Não é uma obra individual, nem define ou caracteriza o valor de uma só personalidade, porque caracteriza e define uma ampla, leal e desinteressada cooperação de esforços em favor do nosso povo, acima de quaisquer interêsses pessoais ou partidários, cooperação essa desde o parlamentar ao vigário do mais remoto município, sem esquecer os que estão nas linhas de frente, meus companheiros de todos os dias, desde os médicos que chefiam e os técnicos que pesquisam, aos abnegados servidores, que se espalham pelos confins do Brasil, varando sertões.

Graças a êsse espírito de equipe que se foi criando e naturalmente em tôrno de uma ação do govêrno e aos constantes e decisivos estímulos que temos recebido do Presidente Juscelino Kubitschek, reafirmamos, agora, com segurança, que o govêrno atual encerrará seu mandato podendo proclamar aos

brasileiros que as novas gerações dêste país, não mais sofrerão, como flagelos, cinco devastadoras endemias rurais, cujos sofrimentos por tanto tempo tantas populações suportaram, resignada e desamparadamente, contando, para vencê-los, apenas com a ajuda dos céus.

Essas endemias são a bouba, a doença de Chagas, o bócio, a leishmaniose e o tracoma. Além disso, se não faltarem os recursos necessários de tôda ordem e não sobrevierem circunstâncias superiores, a malária estará erradicada em 10 Estados e 4 Territórios do Nordeste e da região amazônica, até o fim do atual govêrno. A doença que até bem pouco tempo prostrava e inutilizava para o trabalho anualmente oito milhões de brasileiros, doença por excelência despovoadora e pauperizadora, destruidora de energias humanas, poderá ser, dentro de dois anos e meio, solenemente entregue ao Diretor do Museu Histórico, meu particular amigo Gustavo Barroso, para documentar a ação de um govêrno, no campo da saúde pública, naqueles 10 Estados e 4 Territórios. Será assim cumprida a etapa inicial do plano de erradicação da malária em todo o país.

Para a realização do programa de erradicação da malária no Brasil, assinou-se, recentemente, entre os governos brasileiro e norte-americano, êste representado pela I.C.A., antigo Ponto IV, um convênio de cooperação material e outro com a Repartição Sanitária Pan-Americana, que colaborará na preparação

de técnicos no exterior e, eventualmente, no Brasil no fornecimento de drogas antimaláricas e na assistência técnica, quando solicitadas.

Com o advento do D.D.T., criou-se situação realmente favorável ao combate à malária. A aplicação domiciliar do D.D.T., periódica e em larga escala, visava inicialmente apenas ao contrôle dessa endemia. Em certas regiões, porém, verificou-se, após um qüinqüênio do uso do D.D.T., que se poderia conseguir não sòmente o contrôle, isto é, a redução da doença a níveis baixos — mas, sua completa eliminação como ocorreu nas zonas rurais do Distrito Federal e em outras áreas do país onde a malária pode ser tida como pràticamente erradicada.

Uma importante ocorrência biológica — o aparecimento de resistência ao D.D.T., por parte de certas espécies transmissoras — veio, porém, trazer um grande impulso à idéia da imediata erradicação da malária.

Teme-se, com efeito, que o aparecimento dessa resistência felizmente ainda não assinalada em nosso país, venha a tornar pràticamente inútil uma arma tão poderosa como é o D.D.T. Na realidade, essa ameaça pode ser afastada pelo ataque intensivo aos transmissores e às fontes de infecção, ao mesmo tempo que outros métodos profiláticos como o do "sal cloroquinado" constituirão, de qualquer modo, recursos de grande valor para os trabalhos de combate e erradicação da doença.

Não constitui excesso de otimismo esperar que em dois anos e meio se promova a erradicação da doença nos Estados e Territórios mencionados, considerando-se que os demais Estados já se encontram totalmente cobertos pelas dedetizações domiciliares, em plena fase de contrôle, com redução de noventa e sete por cento na sua incidência.

O COMBATE AS ENDEMIAS RURAIS

A BOUBA, a doença de Chagas, a leishmaniose e o bócio, com as campanhas nacionais em desenvolvimento, deixarão de constituir os graves problemas de saúde pública, que têm sido até agora. Da mesma forma, desde que se mantenha sem esmorecimentos o ritmo atual de trabalho, com os recursos da ciência moderna, e o planejamento técnico- administrativo, ora em execução, o tracoma poderá ser controlado, deixando de constituir-se, também, em desafiador problema de saúde pública.

O combate a essas doenças pode, atualmente, ser estruturado em bases efetivas e eficazes.

A luta contra a bouba, em ação descentralizada e dinâmica, pode ser firmada na aplicação de penicilina de ação retardada.

A doença de Chagas poderá ser eliminada pelo combate direto ao transmissor com inseticidas e pelo rebôco das tôscas habitações das zonas acometidas, por processo expedito e barato, à base de areia, barro e estrume de gado, processo desde muito conhecido do interior e, ao que parece, inspirado pelo passarinho "João de Barro" na construção de seu ninho tradicionalmente resistente às pedradas da garotada sertaneja...

Além disso, o estudo da quimioterapia da doença de Chagas será um dos pontos a serem desenvolvidos. Daremos incremento e todo apoio àqueles pesquisadores que se têm dedicado a trabalhos com o fito de encontrar um medicamento eficaz para o tripazoma da doença de Chagas.

A leishmaniose tem na dedetização e na eliminação de seus mais importantes reservatórios, cães e raposas, adequadas armas de combate.

O bócio é evitado seguramente pela iodação do sal de cozinha, a qual abranje no momento a 80% da produção salineira do país destinada ao consumo alimentar.

O tracoma encontra, nas sulfas e antibióticos, armas apropriadas às campanhas de massa.

Com a erradicação da malária naqueles Estados e Territórios e o contrôle da transmissão das outras cinco endemias, o govêrno atual terá assegurado a proteção a cêrca de trinta e cinco milhões de brasileiros,

em outras palavras, pràticamente mais da metade de nossa população e metade do nosso vasto território. Terá cumprido, portanto, uma de suas metas de Saúde Pública.

Meus senhores:

O Brasil é um enorme casarão, de sólidas paredes esburacadas e cheio de entulho, com algumas salas de visita bem cuidadas, quando vistas de relance, mas com aposentos internos ainda mais entulhados; de despensa vazia, sem água e sem esgôto. É tanto o entulho acumulado, que, muitas vêzes, custamos a distinguir, ou mesmo não conseguimos enxergar a boa pedra da sua construção. O que nos cumpre fazer, sem maiores delongas e com espírito de resolução, é imediatamente remover o entulho grosso do casarão, que são as nossas doenças de massa, e dotá-lo gradativamente das condições higiênicas mínimas pondo-lhe a água que não existe, o esgôto que falta, para dar aos seus moradores o que de mais elementar existe em higiene. Tratar de suprir-lhe, na medida do possível, e da melhor maneira, as prateleiras da despensa para que sua gente tenha alimentação suficiente, quantitativa e qualitativamente.

Mas, infelizmente, todos êsses cuidados não podem ser dados assim de pronto e simultâneamente ao casarão de boa pedra, inclusive e sobretudo pelos baixos salários, pela pobreza, quase miséria, de muitos de seus moradores.

Esta, minhas senhoras e meus senhores, embora pitoresca ou literária, como melhor queiram definila, a conceituação de nossas idéias e de nosso programa de trabalho, agora à frente dêste Ministério.

Ninguém precisa ser um douto em ciências econômicas ou um erudito em sociologia, para logo compreender, num simples relance de vista, que podemos medir os níveis sanitários de um povo por seus níveis econômicos. São linhas de níveis por assim dizer paralelas e não hesitarei em repetir o conceito, ainda outro dia afirmado perante o Presidente da República, cercado por nossa classe médica no Automóvel Clube, de que povos sadios são os povos economicamente organizados,com suas fontes de riqueza a serviço de seus próprios interêsses.

Está hoje no conhecimento geral que as vastas campanhas promotoras do bem estar social, como em última análise o são as campanhas sanitárias nos países nas condições do nosso, precisam ser correlacionadas com as providências visando à melhoria efetiva das condições econômicas das populações. Sem essas providências complementares, no plano inexorável da economia, por mais seguras e eficazes, as providências no campo da saúde serão sempre parcialmente bem sucedidas e de resultados inapelàvelmente transitórios. Se uma nação desejar viver sadiamente, urge que se enriqueça ou que crie, pelo menos, condições propícias ao desaparecimento da

Mortalidade Infantil

miséria, mãe comum e prolífica de numerosas doenças.

O nosso terrível e humilhante problema de mortalidade infantil, por exemplo. Todos quantos o estudam, e não são poucos em nosso país, apontam-lhe como causa predominante, a gastroenterite, dizimadora de nossa população infantil. Mas, a gastroenterite, considerada à luz fria de nossas realidades, não é a rigor causa, mas simplesmente efeito, conseqüência dolorosa da falta de saneamento e da miséria e ignorância dolorosas, em que vivem submersas massas enormes de nossas populações. Ainda há poucos dias, tinha diante dos olhos um resumo do relatório do Anuário Demográfico de 1957, recém-publicado pela Repartição Estatística da Organização das Nações Unidas. Estamos ali entre as três primeiras nações do mundo em mortalidade infantil, ao lado da Birmânia e da Índia, países aos quais a taxa de mortalidade atinge ainda 60 a 80% dos nascimentos, ao passo que em países de melhores condições econômicas, como a Suécia, Holanda e outros, essa taxa é inferior a 2%.

Essas evidências da estreita relação entre riqueza e saúde andam por tôda a parte tão claras como a luz do sol. Nem pretendo acentuá-las mais, porém, simplesmente lembrar a existência de uma corrente de técnicos que se bate muitas vêzes com extremado ardor, pela tese de que o *desenvolvimento econômico deve preceder ao trabalho de saúde numa região.*

Constituiu-se inicialmente [illegible] essa corrente, em exaltado movimento de reação às [illegible] idéias mais antigas, então dominantes entre nós, de [illegible] a *saúde pública é um problema de estrutura e* [illegible] *intermédio das atividades médico-sanitárias seria* [illegible] *possível transformar a fisionomia nacional* e seja [illegible] qual fôr a situação econômica de um país, pode-se e [illegible] -se fornecer ao seu povo, em matéria de assistência [illegible] médico-sanitária, tudo quanto está à disposição dos [illegible] mises mais adiantados.

Influenciados pela escola norte-americana, procuraram os partidários desta opinião copiar e introduzir entre nós as normas e padrões recomendados pelos sanitaristas americanos, elaborados para um país de condições econômicas muito diversas das do nosso Brasil.

Diante dos resultados pouco compensadores dêsse trabalho, insurgiram-se destacados técnicos, que apontando os erros de nossa política sanitária, transformaram-se em exaltados defensores da idéia de precedência do desenvolvimento econômico, passando a contar com todo apoio de alguns administradores.

Sendo a saúde pública um problema de superestrutura que sòmente nos seria possível atender quando atingissemos a um determinado nível econômico, deveríamos então permanecer de braços cruzados, esperando viesse essa condição favorável?

Mortalidade Infantil

Deveríamos esperar o crescimento da árvore das patacas? Evidentemente, não.

As relações entre a saúde e a economia não devem ser consideradas de modo simplista.

É indiscutivelmente verdade que a saúde é uma condição básica para que se assegure a produtividade.

Por outro lado, é também legítima a afirmação de que o desenvolvimento econômico-social influi no quadro regional das doenças, como fator de fundamental importância para o aparecimento ou desaparecimento de muitas delas.

Na realidade, o desenvolvimento econômico-social de uma região, trazendo como conseqüência a elevação de padrão de vida, pelo saneamento do meio, melhores condições de habitação, alimentação e asseio, tem grande influência sôbre a ocorrência de muitos males, tais como a tuberculose, as chamadas doenças intestinais, e, sobretudo, a mortalidade infantil, as quais, incontestàvelmente, sofrem a ação direta dêsses fatôres básicos de civilização.

É, por exemplo, muito conhecida de todos a observação já clássica em saúde pública, do chamado "Fenômeno Mills Reinke" significando que, após adequado abastecimento d'água, verifica-se a baixa dos coeficientes de mortalidade infantil nas coletividades beneficiadas.

É que, conforme o desenvolvimento econômico dos países, passam suas populações a dispor de re-

versus desenvolvimento econômico.

cursos e condições de vida, que conduzem a modificações de seu panorama médico-sanitário.

Diminuem a mortalidade infantil e a mortalidade devida a doenças transmissíveis, reduzindo-se a importância das doenças de massa, ao passo que, concomitantemente com a maior longevidade, cresce, de modo acentuado, a incidência das doenças degenerativas.

Nosso país, na imensa maioria de seu território, atravessa uma fase de desenvolvimento, em que a nosologia apresenta as características das regiões mais atrasadas.

Já se pode, porém, assinalar trechos em que nos situamos no caminho que leva aos aspectos típicos dos países mais desenvolvidos. São as cidades ou regiões mais adiantadas do país, onde vão sendo reduzidas ou eliminadas as condições de atraso social, e, por conseguinte, as doenças por êle influenciadas.

Ao passo que a vida média se cifra, no cálculo de Mortara, em 29 anos para todo o país, seu valor já supera nitidamente os 50 anos em certas cidades de maior progresso, como Rio e São Paulo.

Ainda longe dos valores que se avizinham dos 70 anos nos países mais adiantados, já enveredamos e, seu rumo nesses trechos do território nacional, confirmando uma lei geral de dependência entre o desenvolvimento econômico e as características demográficas e nosológicas das regiões.

A tuberculose, por exemplo, primeira causa de morte em importância no Rio de Janeiro, durante muito tempo, cedeu seu lugar, nos últimos anos, às doenças do coração, destacando-se, em terceiro pôsto, a mortalidade devida ao câncer. Em São Paulo verifica-se esta mesma ordem de importância, representando a mortalidade pelo câncer o triplo da de tuberculose.

Assim, entre a economia e a saúde, existe uma inter-relação de caráter reversível.

O que cumpre, acima das divagações doutrinárias, é considerar a saúde pública como uma expressão técnico-administrativa de super-estrutura na organização social. Aos que admitem o primado da saúde sôbre a economia fica a certeza de que sem a higidez não se asseguram o bem estar e a produção do individuo. A riqueza social só se estrutura, porém, efetivamente, no âmbito coletivo, quando é estabelecido e realizado um programa de desenvolvimento econômico.

O grau de desenvolvimento econômico determina a natureza das medidas sanitárias a serem executadas.

Assim, o que são necessidades e indicações para os países ou regiões subdesenvolvidos não deve ser confundido com o que exigem, por suas condições de vida, costumes, recursos e nosologia, os países ou regiões de mais forte economia.

TAREFAS SANITÁRIAS DE INTERÊSSE IMEDIATO

OS problemas médico-sanitários no Brasil, não são necessàriamente os mesmos em tôda a parte.

Aí está a cidade de São Paulo, com sua riqueza, com o bem estar de seu povo, reclamando agora providências mais contra as doenças degenerativas, sinais de vidas longevas do que contra as doenças de massa, ameaças ou certezas de vidas que se encurtam. Nela, os indices sanitários são os dos países ricos e adiantados. O Rio de Janeiro marcha nesse mesmo rumo, efetuando a viragem da negatividade do atraso para a positividade do progresso social. A vida das nações — ou das cidades, como a dos indivíduos — tem seus paradoxos, pois estamos vendo que por certas doenças diagnostica-se a saúde mais saudável de um povo — a sua vitalidade econômica. Dêsse modo, um sanitarista pode proclamar ser hoje, São Paulo, com a sua pujança industrial, a aurora de nossa emancipação econômica.

Em qualquer latitude, um traço comum, a base econômica, entrelaça-se aos outros fatôres para dar fórma e tonalidade aos problemas sanitários.

Com um norte seguro para as aspirações de felicidade, devemos visar a que alcancemos o indispensável progresso social.

Benfazejas, pois, as metas de um govêrno, como o do preclaro Presidente Juscelino Kubitschek, que ferem fundo o atraso da nossa economia, para que se alcance o bem estar de nossa população.

A Industrialização, a energia elétrica, os transportes, a racionalização da agricultura, são conquistas do progresso, que criarão condições favoráveis à solução de muitos problemas de saúde.

Correlatamente, porém, com as condições ainda vigorantes em grande parte de nosso país, principalmente nas regiões do interior, devemos empreender decidida luta contra as endemias que as atacam.

Os trabalhos sanitários devem, assim, ser adequadamente integrados nos planos de desenvolvimento, concorrendo eficazmente para o progresso das regiões.

Dêsse modo, não podemos deixar de efetuar certas tarefas sanitárias de interêsse imediato, para o pleno êxito da melhoria dessas mesmas condições econômicas.

Nesse sentido, devem ser mencionadas as campanhas antimaláricas redentoras da Baixada Fluminense, do Vale do Itajaí e criadoras da possibilidade de lançar-se, em Paulo Afonso, as bases monumentais e efetivas da nossa indústria de produção de energia elétrica. Hoje povoadas e rumorosas de trabalho, estas eram regiões das quais ainda ontem es-

tavam batendo em retirada populações inteiras, afugentadas pelas sezões.

O caso da bouba é outro exemplo eloqüente. Altamente contagiosa, a bouba ataca principalmente as mãos e os pés, invalidando o trabalhador que, impossibilitado de vender seu trabalho, passa de pobre a miserável. Com simples injeções de penicilina, cura-se o doente, restituindo-lhe as mãos e os pés, para que possa voltar ao trabalho e recuperar sua produtividade, condição indispensável a que possa verdadeiramente participar dos programas que levam ao aumento da capacidade econômica.

Em Minas Gerais, e no Nordeste do país (Ceará, Rio Grande do Norte, Paraíba, Pernambuco e Alagoas), a bouba já deixou de ser problema sanitário de importância. Êsses Estados tinham cerca de 50% dos doentes estimados para todo o país (oitocentos mil). Com 18 meses de campanha, tratamos com injeção única de penicilina, de casa em casa, 413.000 doentes e 330.000 contactos, em 210 municípios, correspondendo a uma área de 182 mil quilômetros quadrados. Todos êsses municípios foram novamente trabalhados em serviço de revisão, verificando-se que a prevalência da bouba no Nordeste e em Minas Gerais, que era, respectivamente, de 6.7 % e 27.1% tinha caído para 1.4% e 4.3%.

A utilização de meios técnicos eficazes permitiu a proteção e recuperação da saúde de numerosos brasileiros, abrindo-lhes perspectivas de vida mais feliz.

Cumpre aos governantes e a todos os homens responsáveis não permanecerem alheiados dessas tarefas para que os benefícios da técnica sanitária sejam levados a número cada vez maior de brasileiros.

O PROBLEMA DA MORTALIDADE INFANTIL

NÃO me seria possível examinar, num discurso de transmissão, os aspectos de maior importância de nossos problemas sanitaristas.

Todos nós, que militamos no campo sanitário ou por êle nos interessamos, sabemos, porém, da relevância e maior premência que assumem alguns dêsses problemas, a merecerem, numa escala de prioridades, definido destaque.

Sem pretender, nesta oportunidade, esquacioná-los a fundo, quero, entretanto, referir-me a alguns aspectos que assinalem a primazia com que devem ser considerados.

Já me referi, embora que em largos traços, às endemias rurais, que ainda levam o sofrimento, a morte e a invalidação a milhões de pessoas em nosso país, assumindo, assim, seu combate primacial interêsse para as metas governamentais.

Não me deterei, por isso, em recapitular-lhes o significado e as medidas que, tomadas da medicina

de massa, cumpre prosseguir e desenvolver, para que, intensiva e extensivamente, se leve o ataque aonde se situem essas doenças, até que se alcance o êxito desejado.

A mortalidade infantil, que, como disse, ainda apresenta, entre nós, as marcas típicas de verdadeira calamidade pública, deve merecer na preocupação dos dirigentes, atenção especial, no conjunto das magnas questões de proteção à maternidade e à infância.

Sabe-se que, com o progresso social, pode baixar a mortalidade infantil à reduzidos níveis, decorrentes, apenas, da influência estrita ou fundamental, de causas congênitas, que não se podem remover com os conhecimentos científicos atuais.

Para nós, e para todos os países de análogas condições econômico sociais, o perigo alimentar é o mais importante fato das altas taxas de mortalidade infantil.

Não podemos, porém, ficar inermes, desprezando os recursos sanitários recomendáveis ao atendimento dêste e de outros fatôres de mortalidade infantil.

Sem atingirmos ao êxito radical, atenuaremos, todavia, os males que ferem nossa infância, ceifando a cêrca de 300 mil crianças no primeiro ano de vida.

A assistência e orientação médica, a alimentação adequada, as práticas de imunização, os cuidados pré-natais, a educação sanitária, formam, sem dúvida entre soluções propriamente sanitárias para combate à mortalidade infantil.

Para atender em muitas zonas do país à precariedade, quantitativa e qualitativa, do leite de vaca, acredito seja útil o recurso do leite de soja, que o substituirá, com vantagem de custo e de pureza, como já o provou a experiência do SESP.

A soja, poderá ser cultivada mesmo nos quintais, concorrendo assim, também, para a solução da alimentação protéica das populações de regiões mais atrasadas, onde a carne e o leite são produtos escassos ou de custo proibido.

É nossa intensão dar grande impulso a um programa que vise à produção descentralizada da soja, sem prejuízos da que se verifique em escala industrial.

Nesse sentido o Ministério da Saúde procurará se articular com o da Agricultura, para obter sua colaboração.

* * *

SANEAMENTO

O SANEAMENTO do meio, destacadamente o abastecimento d'água e o conveniente destino dos dejetos, deve ser visado pelo administrador que se empenhe em bem cumprir suas responsabilidades.

A continuidade e extensão dos programas de saneamento básico, em execução em nosso país, nas várias esferas administrativas, representará um agigantado passo no sentido do progresso, bem como da profilaxia de muitas doenças.

Oitenta por cento de nossas localidades, inclusive duas mil sedes municipais, não possuem serviços de abastecimento d'água.

Dentro da indicação epidemiológica de se atender a localidades mais necessitadas de combate às doenças locais, entre as quais avulta a esquistossomose, poderemos, com um custo de seiscentos cruzeiros *per capita*, proteger as populações de cêrca de quatrocentas localidades do interior, de menos de mil habitantes, em apenas um ano.

Sem pretender excluir as grandes obras definitivas, podem-se efetuar serviços de abastecimentos d'água suficientes e satisfatórios, sem complicadas estações de tratamento e sem necessidade de químicos, difíceis em número avultado.

Por outro lado, orientação análoga evitará complicadas estações de tratamento de esgotos.

ENCARANDO A REALIDADE DE FRENTE

NÃO se pode, além disso, negligenciar outra condição fundamental para o sucesso dos empreendimentos sanitários, que é a assistência médica.

Necessitamos estender e, sobretudo, estruturar devidamente a rêde assistencial. O rendimento de nossos recursos assistenciais não corresponde, pela falta de planificação e coordenação adequadas, ao que se gasta.

Urge, "com os pés na terra", pensar e atuar com os olhos voltados para nessas realidades.

Somos um país em carência de médicos, enquanto que, paradoxalmente, multiplicamos desordenadamente serviços nos centros urbanos sem plano de conjunto.

Para o interior, devemos cuidar de supri-los de pequenas unidades, preventivo-assistenciais, a cuja frente estejam médicos práticos, policlínicos, que tenham conhecimentos essenciais de medicina preventiva.

Esta será a unidade mais elementar de saúde que se irá articulando, da periferia para o centro, com outras de porte mais alto, para que se complete a constelação médico-sanitária.

Neste plano, os hospitais representarão uma parte indispensável.

Haverá, entretanto, que cuidar sejam essas instituições racionalmente integradas no sistema distrital de assistência médico-sanitária.

Esta racionalização implica não só em que os hospitais tenham natureza e capacidade adequadas, como sejam estratègicamente localizados, segundo as necessidades das regiões a serem atendidas.

Os estabelecimentos hospitalares de iniciativa oficial ou particular, esta mesma em grande parte subvencionada pelo poder público, não se acham, todavia, situados segundo essas indicações.

Em boa parte, é o próprio poder público o responsável por essa irregularidade de distribuição construindo hospitais sem planificação das necessidades regionais e descurando o concurso dos nosocômios particulares.

Além disso, não se ajustam nossos hospitais, muitas vêzes, às realidades das regiões a que se destinam, exorbitando em tamanho ou em instalações faustosas, que consomem verbas sem que em nada se aprimorem suas qualidades funcionais.

Urge evitemos maiores inconvenientes, estabelecendo, como instrumento legal, um plano de assistência hospitalar, que venha disciplinar a criação, o funcionamento e a subvenção de hospitais, e dê, assim, ao Ministério da Saúde os meios de, se não corrigir, ao menos atenuar os inconvenientes já existentes.

Firmados na existência dessas disponibilidades fundamentais de assistência e saneamento, os serviços de medicina preventiva poderão atuar em terreno mais propício a seus propósitos.

*

NO PLANO de ação do Ministério da Saúde, devem caber não só as tarefas de atribuição rurais, como as de ordem normativa e de ajuda para solução de outros problemas médico-sanitários.

Não poderia deixar sem uma menção especial alguns dêsses problemas, importantes para todo o país, ou, mais destacadamente para algumas de suas regiões.

A tuberculose é uma endemia sôbre a qual não podemos cantar os hinos da vitória.

Doença médico-social por excelência, a mortalidade de tuberculose diminuia sòmente nos países em que as condições de vida, cultura e recursos administrativos permitiam seu declínio.

O advento de novos meios de diagnóstico precoce e, sobretudo, de mais eficientes recursos de tratamento, acelerou, ainda mais, essa queda, ao mesmo tempo que determinou a baixa da mortalidade nas regiões de condições econômico-sociais mesmo menos favoráveis.

Tuberculose

Nos últimos anos o Brasil conseguiu reduzir para cêrca de um têrço a mortalidade de tuberculose em várias de suas cidades.

Mas, estamos, ao que parece, detidos nesse nível e necessitamos fortalecer nossa economia e nosso aparelhamento sanitário para nova investida no rumo do sucesso.

Como conseqüência dos modernos recursos de diagnóstico e de tratamento, diretivas novas se impõem na luta contra a tuberculose.

Mais do que nunca, firma-se o diagnóstico em massa e precoce, para que sejam adequadamente estabelecidos o tratamento e a profilaxia. Quanto mais cedo se fizer o diagnóstico, melhores serão, evidentemente, os resultados preventivos e o prognóstico.

O prazo de permanência dos doentes nos sanatórios aumentou extraordinàriamente com as atuais possibilidades de tratamento. Resta, porém, o aspecto administrativo e econômico dêste fato levando à necessidade de serem procurados meios que o restrinjam.

O rendimento dos leitos sanatoriais deve ser incrementado, buscando-se selecionar os casos a serem admitidos e limitando-se o tempo de permanência ao estritamente necessário.

Com a dinamização da ação dos dispensários será possível efetivamente estendê-la ao domicílio.

Nestas condições, o tratamento poderá ser em grande parte ambulatorial e domiciliar, inclusive

como complementação do que tiver sido efetuado no sanatório.

Naturàlmente, os problemas de recuperação e de assistência social deverão, indispensàvelmente, ser considerados.

A prevenção da doença pode, talvez, levar à adoção do tratamento preventivo, por hidrazidas, dos comunicantes, no domicílio.

Mas, de nenhum modo, o BCG poderá ser esquecido nos planos de prevenção.

A vacinação, em massa, pelo BCG, facilitada pelo emprêgo do produto sêco, poderá contar com a cooperação do pessoal de outros serviços, além dos de tuberculose, inclusive o de endemias rurais, que possam colaborar nesse programa.

Hanseníase

A lepra, que conta, hoje, com medicação eficiente, é outro flagelo a exigir redobrada ação para seu combate.

Sem abandonarmos as possibilidades do internamento particularmente para certas regiões do país, fica-nos, entretanto, a convicção de que o tratamento é a arma mais consentânea com a época atual, permitindo ação eficiente e descentralizada, e, assim, atribuindo-se a unidades médico-sanitárias, tarefas até então específicas dos órgãos especializados.

Os custos dos leprosários que absorviam recursos oficiais e particulares, para isolarem apenas um têrço dos doentes que exigiam internamento, deixa-

vam livres os outros dois têrços para propagarem a doença.

Foram, assim, modernamente, relegados a plano secundário na luta contra a hansenose, dando-se maior ênfase ao tratamento domiciliário dos doentes e ao contrôle dos seus comunicantes, e, com isto, ampliando-se e melhorando-se as perspectivas da campanha, de modo a ser possibilitado o contrôle da lepra em futuro não muito distante.

O Ministro da Saúde apoiará o plano já em execução e providenciará para que os 300 jipes, a êle destinados, sejam postos em funcionamento, para servir às unidades volantes em todo o país.

O câncer e outras doenças degenerativas vão assumindo acentuado destaque em alguns pontos do país, exigindo por isso a atenção dos poderes públicos, embora nossa grande preocupação seja a luta contra as doenças de massa.

Essas doenças degenerativas têm aspectos assistenciais que se entrelaçam com os de pesquisa, visando a esclarecer-lhes a etiologia e origem, para que a medicina vença incógnitas que atormentam as mais adiantadas civilizações.

A luta contra o câncer, as doenças cárdio-vasculares e as doenças reumatismais crônicas, deve ser considerada.

O Ministério da Saúde, pela ação de seu órão específico, procurará impulsionar os trabalhos de

despistamento e tratamento do câncer, inclusive pela ajuda a outras instituições privadas ou oficiais.

No que se relaciona a outras doenças degenerativas, faz-se indicado que se incrementem as atividades que se vão estabelecendo para seu atendimento.

As doenças mentais, resultantes de múltiplas e variadas causas, muitas das quais oriundas de fatôres sociais, cuja importância se acentua com o próprio progresso, têm constituído sério problema humano e econômico.

Necessitamos de aumentar o número de leitos destinados a psicopatas, terminando a construção de diversos nosocômios especializados, que se acham inacabados e incentivando a preparação de pessoal indispensável a que outros possam devidamente funcionar.

O problema da assistência aos egressos dêsses nosocômios é outro aspecto a ser considerado.

Os cuidados aos predispostos e desajustados mentais, visando ao seu reconhecimento e às providências que se destinem a restitui-los, à normalidade, não deverão, porém, ser esquecidos, para que se atenda ao aspecto médico-social dêsse problema, ao mesmo tempo que se evite o aumento do número de doentes mentais e por conseguinte, maior sobrecarga dos nosocômios especializados.

As causas de doenças mentais reconhecem, com efeito, muitas vêzes, origens que oportunamente eli-

MINISTÉRIO DA SAÚDE
BIBLIOTECA

milhadas, representarão um trabalho preventivo de valiosas conseqüências.

Por exemplo, em 25.027 doentes mentais diagnosticados no país, em 1955, a sífilis e o alcoolismo contribuiram com a apreciável parcela de 18%.

METAS PARA EXECUÇÃO A CURTO PRAZO

O MINISTÉRIO não pode, por isto, ficar alheio a estes problemas, conquanto a parte executiva de sua solução pertença, em grande margem, à ação dos órgãos estaduais ou locais de saúde e também a instituições particulares.

A educação sanitária, como atividade onipresente, cumpre dar o desenvolvimento e forma adequada, para que possamos obter os fecundos frutos que pode produzir. Precisamos estender e ampliar a educação sanitária. Ultrapassada a fase das meras repetições inconseqüentes de "regras" e "conselhos" de saúde, essa educação é fundamentalmente, em planejamentos cuidadosos de programas de execução a longo prazo. Considerada a projeção social de sua tarefa, tem a educação sanitária, como finalidade básica, despertar, no individuo e na comunidade, o conhecimento de suas deficiências e limitações e o interêsse pela correção dêsses aspectos negativos.

À estatística devemos dar o relêvo que lhe concedia o grande Oswaldo Cruz, como esclarecedora de rumos em saúde pública. Já é truismo repetir a conhecida frase de Oswaldo: — "a estatística é a bússola da saúde pública".

Não podemos continuar indefinidamente, como um país, cujos dados bio-estatísticos são conhecidos apenas pelo conjunto de suas capitais estaduais.

Estamos distantes mesmo de obter dados mais completos e fidedignos de fatos mais simples, como os de obtuários.

Precisamos, por outro lado, cuidar de estabelecer concursos efetivos da técnica estatística aos estudos médico-sanitários.

Valerá, ademais, a estatística como instrumento propulsor dos trabalhos de investigação e pesquisa científicas, fundamentalmente necessários a que se encontrem as soluções apropriadas dos problemas sanitários.

* * *

Recursos humanos

Só estaremos, contudo, devidamente preparados, para o êxito de nossos cometimentos, se cuidarmos de valorizar o elemento humano, tanto quanto valorizamos os recursos por êle utilizados.

Um laboratório, com todos os rigores da técnica, regiamente comprado, necessàriamente produzirá mal, será, por assim dizer, mediocremente instalado, com laboratoristas mal pagos. Somos mais generosos com o equipamento material do que com o equipamento humano.

As possibilidades de técnicas são atualmente extraordinárias, mas o sucesso é, também, função de dois fatôres de natureza humana: a formação e a remuneração. Êstes dois pontos, por sua importância, constituem verdadeiro programa na minha administração.

A preparação do pessoal, em qualquer nível que se faça necessária, deve ser imprescindìvelmente levada a efeito, para que as múltiplas atividades do Ministério da Saúde possam ser cabalmente realizadas.

Em relação ao pessoal técnico, um passo à frente acaba de ser dado pelo Presidente Juscelino Kubitschek, com a criação da Escola Nacional de Saúde Pública.

A formação de pessoal (médicos, engenheiros, enfermeiros e outros técnicos) poderá, com essa escola, tomar forte incremento, concorrendo para que o país possa ser suprido do que urgentemente carece.

O pessoal auxiliar, especificamente necessário aos vários órgãos do Ministério, poderá em âmbito central ou local, conforme as indicações, ser preparado com a participação ou, então, a responsabilidade total dos órgãos interessados.

Não se pode, entretanto, negligenciar a necessidade da remuneração condigna, que constitua compensação e atrativo para a carreira de sanitarista. Sanitarista mal pago é endemia batendo palmas de alegria.

As profissões sanitárias vêm sendo olhadas cada vêz com mais desinterêsse, escasseando os que as procuram, em virtude dos baixos salários. Salário de sanitarista é tão curto como mesada de estudante pobre.

Os níveis de remuneração do pessoal de saúde pública, desde os médicos aos guardas, devem ser revistos quanto antes. Nesse sentido o Ministério da Saúde não poupará esforços junto aos poderes competentes para que se corrija situação flagrantemente injusta, para não dizer deshumana.

A adoção do tempo integral é, além disso, providência que se impõe, para que a carreira sanitária apresente condições favoráveis no mercado brasileiro de trabalho.

* * *

O MINISTÉRIO da Saúde não poupará esforços para integrar-se plenamente nos planos de desenvolvimento do país. Aos outros Ministérios e órgãos superiores da administração pública levará seu concurso, para que sejam cumpridas as metas

administrativas traçadas pela clarividência patriótica do Presidente Juscelino Kubitschek.

Essa cooperação só se fará, porém, perfeita e eficiente, se o Ministério da Saúde souber assegurar, dentro de sua própria estrutura, a necessária articulação entre suas peças, as quais, ajustadas, o conduzirão à plena eficiência funcional.

Êsse ajustamento só poderá proporcionar o máximo rendimento se fôr completada sua reestruturação, que será uma das preocupações mais constantes de minha administração.

*

* *

É NESSE caminho objetivo, traçado por nossas próprias realidades, que pretendo trabalhar nos encargos novos que estou recebendo do Govêrno do preclaro Presidente Juscelino Kubitschek.

Nada mais significativo de minha parte, como penhor do meu alto reconhecimento ao gesto de Sua Excelência para comigo, do que assegurar-lhe o meu empenho de honrar o ritmo do seu dinamismo de orientador de uma das etapas da evolução de nosso País. Nada melhor lhe poderei assegurar do que a elevação de um modêlo a ser imitado, qual o do incorrupto milagre de sua ação de governante, que

madruga, a todos contagiando com os seus exemplos de dinamismo, dos quais Brasília é um atestado eloqüente. Minhas responsabilidades aumentam quando, a par com os desejos de acompanhar as coordenadas do seu fecundo govêrno, passo a servir a um colega vigilante no conhecimento dos graves problemas da saúde pública no Brasil, problemas que todos os dias desafiam os padrões burocratizantes da rotina.

São caminhos árduos certamente, mas, em grande parte, desbravados por meu ilustre amigo e antecessor, Professor Maurício de Medeiros, com sua equipe de competentes auxiliares, dentre os quais se destaca o Dr. Erlindo Salzano, na direção do Departamento Nacional de Saúde, cujas atividades tão bem soube coordenar, iniciando a execução do programa de assistência médica aos municípios inteiramente desassistidos.

Não posso deixar de fazer referências à iniciativa oportuna e feliz do Ministro Maurício de Medeiros, criando as Unidades Sanitárias Aéreas, que tão excelentes serviços têm prestado, em tantas oportunidades, suplementando as atividades de outros órgãos do Ministério no interior do país.

O interêsse e a clarividência com que sempre se voltou para os nossos problemas de saúde, traduziu-se, também, no apoio decidido, dado à criação do Departamento Nacional de Endemias Rurais, num justo reconhecimento da importância dêsse órgão e dos benefícios de suas atividades, no complexo adminis-

trativo e técnico dêste Ministério, sempre prestigiando-lhe a direção em tôdas as fases de sua ação.

Desejo agora, de público, reafirmar-lhe velhos sentimentos de amizade e admiração ao substituí-lo, com a escôlha de meu nome por Sua Excelência o Presidente da República, por indicação do eminente brasileiro Dr. Adhemar de Barros, presidente do Partido Social Progressista.

Tenho a certeza de contar, em tôdas as esferas de administração pública, com a colaboração de todos quantos dentro dêste Ministério ou fora dêle compreenderem que a defesa da saúde do brasileiro é o primeiro dever de cada cidadão esclarecido e responsável para com o Brasil. Dever, porém, que não pode permanecer apenas como bela imagem de retórica, como fecho de discurso, mas cumpre transformar em tarefas imediatas, executadas com presteza, segurança e entusiasmo.

E, finalmente, agradeço, sensibilizado, às altas autoridades, aos representantes do Clero e de tôdas as classes sociais, aos amigos e colegas, que vieram, com sua presença, prestigiar êste ato, emocionando-me de modo profundo e inesquecível.

Muito obrigado.

QUADRO Nº 17

Queda progressiva da mortalidade por tuberculose no Brasil. Na capital do país e em 5 capitais de Estados.

Capitais	1 940	1 945	1 950	1 955
Terezina	302,2	384,5	320,9	95,6
Recife	420,3	351,2	287,0	93,4
Salvador ...	483,9	443,6	290,5	159,2
Niterói	312,8	301,4	249,9	107,0
D. Federal ...	328,3	317,5	195,8	89,6
São Paulo ...	133,3	124,6	81,3	36,5

A baixa foi nítida, tendo representado os coeficientes de mortalidade do ano de 1955, em relação aos de 1940, os seguintes percentuais:

Terezina	31,6
Recife	22,2
Salvador	32,9
Niterói	34,2
Distrito Federal	27,3
São Paulo	27,4

Não se pode admitir que o declínio da mortalidade tenha sido acompanhado, nos países de condições econômico-sociais desfavoráveis, de baixa correspondência na incidência da doença, visto que neles se mantém a situação propícia à transmissão.

Nos países de alto padrão de vida, a incidência vem, entretanto, baixando, embora que em escala relativamente mais moderada do que se verifica para a mortalidade.

O Quadro nº 18 mostra os coeficientes de mortalidade e de incidência (casos notificados) nos Estados Unidos e no Canadá, nos últimos anos, com a respectiva variação proporcional em relação ao ano de 1950 tomado como base:

MÁRIO PINOTTI

(Ministro da Saúde. Membro da Academia Nacional de Medicina)

VIDA E MORTE DO BRASILEIRO

(saúde e doença do Brasil)

anexo 3

EDITÔRA CIVILIZAÇÃO BRASILEIRA S. A.

RIO DE JANEIRO — SÃO PAULO — BAHIA

Direitos desta edição reservados à
EDITÔRA CIVILIZAÇÃO BRASILEIRA S. A.
Rua 7 de Setembro, 97
RIO DE JANEIRO

Exemplar Nº 2343

1959

Impresso nos Estados Unidos do Brasil
Printed in the United States of Brazil

ÍNDICE

Introdução 1

1ª Parte — Vida e Morte do Brasileiro

1 — Índices de mortalidade e natalidade 13
2 — A esperança de vida 28

2ª Parte — Fatôres Gerais de Saúde no Brasil

3 — Alimentação 33
4 — Cuidados pré-natais 40
5 — Higiene da Infância 44
6 — Saneamento básico 49
7 — Educação sanitária 54

3ª Parte — As "Doenças de Massa" no Brasil

8 — Bouba 61
9 — Tracoma 64
10 — Bócio endêmico 68
11 — Doença de Chagas 72
12 — Malária 75
13 — Leishmaniose 83
14 — Filariose 85
15 — Esquistossomose 87
16 — Ancilostomose 93
17 — Brucelose 96
18 — Doenças intestinais 98
19 — Tuberculose 101
20 — Lepra 105

4ª Parte — Outros quadros de Doenças no Brasil

21 — Peste 111
22 — Hidatidose 115

CAPÍTULO 5

Higiene da Infância

É necessário, inicialmente, definir.

A infância, em saúde pública, está classificada em determinados grupos de idade, estabelecidos segundo peculiaridades médicas e sociais que os caracterizam.

Assim, as crianças podem ser consideradas:

1. Infantes, as menores de 1 ano.
2. Pré-escolares, os de 1 a 6 anos.
3. Escolares, os de 7 a 14 anos.

Não se trata aí de, necessàriamente, entender os pré-escolares e os escolares pela condição de matrícula em escola, mas de caracterizar o estado potencial dessas crianças com relação à instrução.

Depois dêstes grupos, passa-se, sem discriminação especial, aos de adolescentes — dos 15 aos 20 anos — e adultos.

Os problemas médico-sociais variam na dependência do grupo de idade.

Mesmo no primeiro ano de vida, os problemas são um tanto diversos, conforme a maior ou menor proximidade do nascimento. No primeiro mês de vida, faz-se sentir, principalmente, a ação dos fatores ligados à gestação e ao parto, enquanto que as infecções e as perturbações nutritivas ainda não encontram sua mais ampla oportunidade. É bem verdade, todavia, que o tétano umbilical, originado em práticas anti-higiênicas com que popularmente é tratado o côto umbilical, ocorre logo na primeira semana, sendo chamado "o mal dos sete dias".

A mortalidade infantil ocorrente no primeiro mês é designada como precoce, cabendo a denominação de tardia à que se verifica nos onze meses seguintes, nos quais vai ascendendo a importância dos chamados perigos "alimentar" e "infeccioso", enquanto vai se reduzindo a do chamado "perigo congênito". Quase metade dos óbitos de infantes são, nas regiões de alta mortalidade infantil, atribuídos ao perigo alimentar.

Nos países de baixa mortalidade infantil, esta é sobretudo decorrente do resíduo de óbitos devidos a causas ainda não compreendidas no alcance da medicina, como os vícios congênitos e a prematuridade.

Para os pré-escolares, surge mais franca a oportunidade para certas infecções, como as denominadas doenças infantis (sarampo, difteria, varicela, cachumba), a hipertrofia de amídalas e de adenóides, os vícios de posição corporal, as consequências da sífilis congênita e outros males.

Nos escolares, prosseguem estas condições e surge com maior ênfase o problema da cárie dentária, enquanto que, por outro lado, a vida em meio coletivo amplo, como o da escola, favorece o contágio, e facilita frequentemente desajustamentos psicológicos e educacionais. Para os não matriculados em escolas, o trabalho prematuramente estabelecido, por contingências econômicas, é um sério inconveniente a ser considerado.

A higiene da criança tal como é convencionalmente entendida, abrange todos êsses aspectos, subdividindo-se em distritos correspondentes a êsses grupos de idade: infantil, pré-escolar, escolar.

Particular relevância cabe à higiene infantil, já que, no primeiro ano de vida, avultam notàvelmente os riscos de vida.

Acentue-se, porém, que a higiene infantil deve se preocupar com os vários aspectos da vida da criança.

Sua alimentação, a se fazer inicialmente pelo leite materno, em certo número de vêzes, ter-se-á que desviar para o emprêgo de outros alimentos, que exigem serem adaptados às necessidades e à capacidade digestiva do organismo infantil.

O desmame, por sua vez, deve obedecer a orientação técnica de que não se pode prescindir sem sérios inconvenientes.

Nossa população, pelo atraso em que vive, procura, muitas vêzes, soluções alimentares inadequadas e envereda por práticas que são responsáveis pela mortalidade de lactantes.

O papel dos lactários, anexos aos órgãos locais de puericultura ou dêles dependentes, é de extraordinária importância, não só material, como educativa, ensinando sôbre a qualidade da alimentação e as práticas higiênicas, quanto às substâncias empregadas e aos vasilhames.

A imunização, para só se citar os aspectos diretamente ligados à atividade médica, é outro capítulo importante, cabendo efetuá-la para a tuberculose (BCG), com alcance, também, ao que parece, para a lepra. A varíola, a coqueluche, a difteria, o tétano, a poliomielite são outras doenças a serem visadas.

A assistência médico-sanitária às crianças pode se dar pelos órgãos que, atuando de modo geral, atendem também à higiene infantil, mas, com a criação do Departamento Nacional da Criança, e da Legião Brasileira de Assistência, vem se desenvolvendo a tendência para serem diferenciados os serviços infantis (Centros e Postos de Puericultura), dando-lhes individualização, embora sem exclui-los da entrosagem com os demais órgãos de saúde.

No Quadro nº 9, são fornecidos os dados, por enquanto incompletos, relativos ao ano de 1956, coletados pela última Campanha do Conselho Nacional de Estatística:

QUADRO Nº 9

Número de postos e centros de puericultura e de lactários, conforme Unidades da Federação em 1956.

Unidades da Federação	*Números*		
	Postos de Puericultura	*Centros de Puericultura*	*Lactários*
Rondônia	1	—	1
Acre	1	—	1
Amazonas	1	1	33
Rio Branco	—	—	—
Pará	3	—	36
Amapá	3	—	3
Maranhão	6	—	12
Piauí	10	—	11
Ceará	33	—	59
Rio Grande do Norte	7	3	19
Paraíba	9	1	32
Pernambuco	33	—	61
Alagoas	9	1	29
Sergipe	9	3	31
Bahia	50	—	69
Minas Gerais	42	6	122
Espírito Santo	5	1	21
Rio de Janeiro	11	7	51
Distrito Federal	33	—	48
São Paulo	271	2	335
Paraná	72	1	83
Santa Catarina	16	1	39
Rio Grande do Sul	5	—	86
Mato Grosso	4	—	14
Goiás	14	1	20
BRASIL	648	28	1 216

A Legião Brasileira de Assistência, reconhecendo a necessidade de se imprimir mais amplo desenvolvimento às atividades de assistência à maternidade e à infância, elaborou um plano cujas linhas fundamentais são as seguintes:

I — Fazer da educação a base do trabalho da extensa rêde de postos da Legião;

II — Promover, em cada localidade, a integração das obras sociais existentes num programa comum de melhoria das condições de vida do povo;

III — Ajudar outras instituições, não apenas financeiramente, mas *tècnicamente*, para solução de seus problemas e necessidades.

Dentro dêsse programa está incluida a divulgação de conhecimentos de puericultura, em cursos simples e objetivos, de modo a serem mobilizadas as pessoas que se disponham a integrar as realizações locais e que possam colaborar na educação e orientação de nossa gente.

Seu objetivo é mobilizar tôda a população, dando-lhe consciência e participação ativa, que deverá alcançar, para os adolescentes, a própria preparação profissional.

No IV Congresso de Municipios, recentemente realizado, fêz a L.B.A. aos prefeitos a proposição de doar um Posto de Puericultura aos municipios que, em contrapartida, se obrigarem a mantê-los.

CAPITULO 6

Saneamento básico

No combate a várias endemias, as medidas gerais de saneamento, além de atenderem a exigências mínimas de confôrto e limpeza, constituem, ao mesmo tempo, providências de extraordinário alcance profilático:

O suprimento de água para diversos fins (bebida, preparo de alimentos, lavagem de roupa, higiene pessoal), o destino de dejetos e o do lixo são aspectos fundamentais do saneamento. E dêles muito se há descurado, no Brasil.

Para seu atendimento, a nossa atenção deve estar voltada para as realidades econômicas das regiões a serem beneficiadas, evitando-se grandiosidade e perfeição incompatíveis com a etapa de desenvolvimento que atravessam. Sem que se atinja à extensão e à comodidade proporcionadas pelas grandes obras, muita coisa já é alcançada pelas realizações mais modestas e menos completas, mas que atendem suficientemente do ponto de vista profilático.

Os dados relativos ao saneamento mostram, entretanto, que êste problema tem sido relegado a um plano secundário, embora devesse integrar a relação das mais urgentes e importantes preocupações da administração. Êste fato resulta não só de incultura como, deliberadamente, por vêzes da circunstância de se tratar de providências que se localizam, principalmente, no âmbito recôndito do sub-solo e sem alardeante exteriorização.

O saneamento não é, porém, apenas uma expressão da própria civilização, mas, também, medida básica de

QUADRO Nº 7

Coeficientes de mortalidade infantil e materna nas capitais brasileiras, para o ano de 1955.

Capitais	*Mortalidade infantil*	*Mortalidade materna*
Manaus	109.6	2.9
Belém	263.6	4.1
São Luís	209.1	10.9
Teresina	325.3	18.2
Fortaleza	—	—
Natal	421.6	4.4
João Pessoa	201.1	4.6
Recife	204.1	2.8
Maceió	—	—
Aracaju	311.7	3.6
Salvador	353.5	5.4
Vitória	118.1	9.6
Niterói	96.9	3.4
Distrito Federal	112.2	4.0
São Paulo	86.5	1.6
Curitiba	143.3	2.6
Florianópolis	113.3	1.4
Pôrto Alegre	100.9	2.7
Belo Horizonte	101.3	1.3
Goiânia	—	—
Cuiabá	104.5	2.0

Com as ressalvas já apontadas, verifica-se, contudo, que a mortalidade infantil é mais alta nas capitais do Norte e do Nordeste do país. Em grande parte, o obituário decorre do chamado perigo alimentar, que inclui a gastro-enterite e as perturbações nutritivas da infância.

A mortalidade materna afigura-se particularmente mais alta em Teresina e São Luís, ao passo que, à exceção de Vitória e Salvador, é mais baixa nas capitais do Leste e do Sul.

QUADRO Nº 9

Número de postos e centros de puericultura e de lactários, conforme Unidades da Federação em 1956.

Unidades da Federação	*Números*		
	Postos de Puericultura	*Centros de Puericultura*	*Lactários*
Rondônia	1	—	1
Acre	1	—	1
Amazonas	1	1	33
Rio Branco	—	—	—
Pará	3	—	36
Amapá	3	—	3
Maranhão	6	—	12
Piauí	10	—	11
Ceará	33	—	59
Rio Grande do Norte ..	7	3	19
Paraíba	9	1	32
Pernambuco	33	—	61
Alagoas	9	1	29
Sergipe	9	3	31
Bahia	50	—	69
Minas Gerais	42	6	122
Espírito Santo	5	1	21
Rio de Janeiro	11	7	51
Distrito Federal	33	—	48
São Paulo	271	2	335
Paraná	72	1	83
Santa Catarina	16	1	39
Rio Grande do Sul	5	—	86
Mato Grosso	4	—	14
Goiás	14	1	20
BRASIL	648	28	1 216

A Legião Brasileira de Assistência, reconhecendo a necessidade de se imprimir mais amplo desenvolvimento às atividades de assistência à maternidade e à infância, elaborou um plano cujas linhas fundamentais são as seguintes:

QUADRO Nº 10

Comunidades brasileiras que dispõem de serviços de abastecimento dágua e de serviços de esgôto. Dados de 1954.

Unidades da Federação	*Cidades e vilas arroladas*				
	Total	*Abastecimento dágua*		*Esgôto sanitário*	
		N.º	*%*	*N.º*	*%*
Rondônia	9	4	44.4	2	22.2
Acre	14	—	—	—	—
Amazonas	57	7	12.3	1	1.8
Rio Branco	3	1	33.3	—	—
Pará	159	13	8.2	3	1.9
Amapá	13	7	53.8	1	7.7
Maranhão	138	6	4.3	1	0.7
Piauí	60	1	1.7	—	—
Ceará	427	17	4.0	2	0.5
Rio Grande do Norte	111	6	5.4	1	0.9
Paraíba	182	11	6.0	2	1.1
Pernambuco	296	36	12.2	1	0.3
Alagoas	95	17	17.9	1	1.1
Sergipe	59	4	6.8	1	1.7
Bahia	665	28	4.2	16	2.4
Minas Gerais	1215	697	57.4	237	19.5
Espírito Santo	161	78	48.4	20	12.4
Rio de Janeiro	263	186	70.7	65	24.7
Distrito Federal	1	1	100.0	1	100.0
São Paulo	813	320	39.4	156	19.2
Paraná	281	43	15.3	13	4.6
Santa Catarina	230	20	8.7	4	1.7
Rio Grande do Sul	480	67	14.0	19	4.0
Mato Grosso	130	14	10.8	1	0.8
Goiás	180	16	8 9	1	0.6

Os serviços de abastecimento dágua embora possam parecer algo onerosos, à primeira análise, não o são tanto, tendo-se em vista os benefícios que trazem às populações, pois como já foi dito, o abastecimento dágua além de com-

ANEXO 3

Tabela – Ordem de Importância das cinco Principais causas de morte segundo grupos de idade – 1950

	Belém	Recife	Vitória	Niterói	Porto Alegre	Belo Horizonte	Distrito Federal
				10 - 14 anos			
1	Gripe e pneumonia	Tuberculose do ap. respiratório	Tuberculose do ap. respiratório	Acidentes	Tuberculose do ap. respiratório	Tuberculose do ap. respiratório	Acidentes
2	Malária	Acidentes	Acidentes	Tétano	Acidentes	Acidentes	Tuberculose do ap. respiratório
3	Acidentes	Gripe e pneumonia	Gripe e pneumonia	Tuberculose do ap. respiratório	Doenças do coração	Doenças do coração	Doenças do coração
4	Tuberculose do ap. respiratório	Tetano	Reumatismo agudo	Febre tifóide	Gripe e pneumonia	Gripe e pneumonia	Gripe e pneumonia
5	Nefrite	Sarampo		Gripe e pneumonia		Reumatismo agudo	Reumatismo agudo
				15 - 19 anos			
1	Tuberculose do ap. respiratório	Tuberculose do ap. respiratório	Tuberculose do ap. respiratório	Tuberculose do ap. respiratório	Tuberculose do ap. respiratório	****	Tuberculose do ap. respiratório
2	Gripe e pneumonia	Acidentes	Acidentes	Acidentes	Acidentes	****	Acidentes
3	Malária	Gripe e pneumonia		Suicídio	Suicídio		Doenças do coração
4	Doenças do coração	Suicídio		Comp. da Gravidez	Gripe e pneumonia	****	Suicídio
5	Comp. da Gravidez	Comp. da Gravidez			Febre tifóide	****	Gripe e pneumonia
				20-29 anos			
1	Tuberculose do ap. respiratório	Tuberculose do ap. respiratório	Tuberculose do ap. respiratório	Tuberculose do ap. respiratório	Tuberculose do ap. respiratório	Tuberculose do ap. respiratório	Tuberculose do ap. respiratório
2	Gripe e pneumonia	Acidentes	Doenças do coração	Acidentes	Doenças do coração	Doenças do coração	Acidentes
3	Malária	Doenças do coração	Acidentes	Doenças do coração	Suicídio	Acidentes	Doenças do coração
4	Doenças do coração	Gripe e pneumonia	Comp. da Gravidez	Comp. da Gravidez	Acidentes	Suicídio	Suicídio
5	Acidentes	Homicídio	Gripe e pneumonia	Homicídio	Gripe e pneumonia	Comp. da Gravidez	Gripe e pneumonia

FONTE: ARAÚJO, Hulda Vale, dissertação de mestrado A dimensão Retórico-Ideológica da Saúde Pública Materno Infantil no Período Juscelinista, mídita, pág. 64.

Em outras de nossas capitais, a vida média mostra, ainda, valores mais baixos, em 1949-1951, embora que superiores aos de 1939-1941, conforme se vê no quadro nº 8.

QUADRO Nº 8

A esperança de vida (vida média ao nascer) em algumas capitais brasileiras.

Capitais	*1939/41*	*1949/51*
Pôrto Alegre	39.9	51.5
Niterói	44.2	50.6
Belém	37.9	49.7
Salvador	34.9	43.6
Recife	30.2	37.7

Conquanto a vida média seja um valor bastante sensível face ao conjunto de circunstâncias vigorantes, não se deve esperar que o seu incremento se faça na mesma intensidade de um para outro período. O rebaixamento das causas de morte que incidem preferentemente sôbre as idades infantis é a explicação principal para os ganhos relativamente altos, que inicialmente se apresentam.

As tábuas de vida, de sobrevivência ou de mortalidade, como se as deseje chamar, construidas com base na suposta geração, permitem a apreciação de outros aspectos, como, por exemplo, a duração da vida econômicamente produtiva, geralmente estabelecida entre os 15 e os 60 anos de idade.

Não obstante a relevância da determinação dêsse valor, não caberia abordá-lo dentro dos limites do tema desta publicação.

individualmente, tantas vêzes quantas se fizerem necessárias. Organizar rotinas e técnicas da seção pondo-as à disposição dos subordinados.

Antes de finalizar o nosso trabalho gostaríamos de fazer as seguintes observações:

Advertimos as recém diplomadas que as modificações a serem introduzidas no campo clínico devem ser feitas por etapas. Advertimo-las que em muitas circunstâncias estas modificações estão bem distantes da enfermagem ideal; no entanto com perseverança esta poderá ser atingida.

Lembramos a responsabilidade que cabe à enfermeira e à obstetriz na educação de pessoal de enfermagem em cada seção que lhe está afeta, tanto no campo hospitalar como no de Saúde Pública. Lembramos às enfermeiras e obstetrizes a necessidade da educação de "curiosas".

À enfermeira ou obstetriz compete envidar todos os esforços no sentido de obter a colaboração do diretor do hospital ou centro de saúde e dos chefes de serviço, neste empreendimento. Com a colaboração dêstes a educação pode ser mais rápida e eficiente.

Quando êsses diretores nos procuram é porque desejam melhoria no serviço de enfermagem e a educação de pessoal é uma das condições para atingir tal objetivo.

Sabemos que esta função não pode ser delegada a outra pessoa; tomemos a nós esta responsabilidade; dêste modo é grande a nossa colaboração para uma melhor assistência à Maternidade e à Infância.

BIBLIOGRAFIA

1 — **Pimentel, A. Fonseca** — Alguns aspectos do treinamento, Rio de Janeiro, Fundação Getúlio Vargas, SD (Cadernos de Administração Pública, n.º 5).

2 — **Johnson, Robert Wood** — Relações Humanas nas emprêsas modernas. Rio de Janeiro, Fundação Getúlio Vargas, SD (Cadernos de Administração Pública, n.º 39).

FUNDAMENTOS PARA A ORGANIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE PROTEÇÃO MATERNO-INFANTIL

WOODROW PIMENTEL PANTOJA (*)
NELSON LUIZ DE ARAÚJO MORAES (**)

Quando um problema, pela sua complexidade ou magnitude, exige solução fora do alcance do indivíduo, impõe-se um esfôrço organizado da sociedade para enfrentá-lo. Essa ação social se faz, no campo sanitário, através dos serviços de saúde pública, merecendo, em nossa opinião, êsse nome, todos os órgãos oficiais ou particulares que, de algum modo, se preocupam com a proteção da saúde do povo.

Para que êsses serviços alcancem um rendimento que os justifiquem, é preciso que na sua organização, sejam considerados alguns aspectos relevantes do ambiente.

Por outras palavras, a organização de um serviço sanitário qualquer deve depender essencialmente das particularidades do meio físico, biológico e sócio-cultural em que êle vai atuar.

É natural pois que inicialmente descrevamos, em largos traços o ambiente brasileiro e, apoiados em algumas de suas características peculiares, possamos apontar as razões de certos conceitos e princípios que defendemos na organização de serviços de proteção materno-infantil.

O AMBIENTE BRASILEIRO

Sob o ponto de vista demográfico, o ambiente brasileiro caracteriza-se por elevados coeficientes de natalidade e de mortalidade, êste último em declínio em muitas áreas; população em rápido crescimento em virtude do saldo de nascimentos sôbre óbitos; predominância dos grupos etários de menos de 40 anos; 99,4% das cidades e vilas têm menos de 50.000 habitantes, com uma população total de mais de 10 milhões, apresentando

(*) Diretor da Divisão de Educação e Treinamento do SESP.
(**) Diretor da Divisão de Orientação Técnica do SESP.

um índice de alfabetização de 64% para o grupo de 5 anos e mais de idade.

Sob o ponto de vista dos recursos médicos, o ambiente brasileiro conta com aproximadamente 21 mil médicos, dos quais cêrca de 7.000 se distribuem pelas cidades e vilas de menos de 50 mil habitantes. A êles cabe atender pràticamente, a uma população de mais ou menos 40 milhões.

Essa relação "médico-população", já de si precária, é agravada pela distribuição extremamente irregular dêsses profissionais, que tendem a se concentrar nas aglomerações urbanas cujas condições sócio-econômicas lhes permitam melhores perspectivas de trabalho.

Sob o ponto de vista sanitário, o Brasil ainda vive incontestàvelmente, uma fase de elevada predominância das doenças transmissíveis, as quais são responsáveis pelos altos coeficientes de morbidade e de mortalidade gerais.

Essa ampla disseminação das doenças transmissíveis acha-se intimamente ligada às condições rudimentares do saneamento básico observadas em nosso meio. É mínima a parcela da população brasileira efetivamente beneficiada por sistemas adequados de abastecimento dágua e de remoção de dejetos.

Sob o ponto de vista econômico, temos uma população de baixo poder aquisitivo, um terço da qual se dedica às atividades extrativas e agro-pecuárias, utilizando métodos e instrumentos primários de trabalho. Essa característica explica a enorme relevância que têm os problemas alimentares e habitacionais no equacionamento dos programas sanitários.

Em resumo: população jovem em crescimento rápido, dispersa em extensa área — elevado índice de analfabetismo — predominância das doenças transmissíveis — precariedade de condições de saneamento e de habitação — baixa produtividade — sub-alimentação — precária assistência médica.

É atendendo às peculiaridades dêsse quadro, que devemos organizar os serviços de proteção materno-infantil.

ASPECTOS GERAIS DA PROTEÇÃO MATERNO-INFANTIL

O grupo materno-infantil, por definição, inclui a gestante,

a nutriz e o infante até 1 ano de idade. Contudo, entre nós, as condições que afetam as crianças de 1 a 4 anos de idade, levam-nos a considerar êsse grupo, dentro de um programa de proteção materno-infantil.

Da mesma forma que ocorre com qualquer grupo da população, os problemas específicos do grupo materno-infantil são profundamente influenciados pelas condições do ambiente. Daí as inevitáveis diferenças na organização dos serviços de proteção materno-infantil, muito embora tenham êles os mesmos objetivos finais: assegurar a saúde da mulher nas fases da gestação, do parto e do puerpério, propiciando-lhe condições para o nascimento de uma criança sadia, instruí-la na arte de cuidar do filho e garantir a êste último a sobrevivência em perfeitas condições de higidês, justamente no período em que êle se mostra mais vulnerável aos perigos do ambiente.

Em situações sócio-econômicas favoráveis, o problema quase que se limita a determinados aspectos específicos do grupo, para cuja solução são necessários recursos técnicos de alto padrão distribuídas através de complexa e onerosa organização assistencial. Exemplo típico é a relevância que nas referidas situações, assume a luta contra os defeitos congênitos.

Entre nós, pelo contrário, são deslocados para um plano secundário em virtude do importante papel desempenhado pelos fatôres que afetam a população em geral. Exemplo típico é a influência das condições precárias do saneamento sôbre a mortalidade infantil.

O PAPEL DO MÉDICO E DO PESSOAL AUXILIAR

Pôsto o problema nesses têrmos, torna-se desde logo evidente que o pessoal técnico deve ter responsabilidades diferentes nas duas situações. No Brasil a natureza da grande massa do trabalho é de tal ordem que o médico deve transferir parte apreciável de seu tradicional campo de ação para os serviços auxiliares.

As necessidades dos outros grupos de população, particularmente os que se acham em idade produtiva, aliadas a insuficiência numérica e a má distribuição dos médicos, obrigam-nos a

FFNSG

reservar para êstes profissionais a parte da assistência médica em que êles não podem ser substituídos.

É evidente que essa limitação ao trabalho do médico exige uma reorientação no preparo e na distribuição do pessoal auxiliar que já participa dos programas materno-infantis.

NECESSIDADE DE INTEGRAÇÃO

Por outro lado para que um programa de proteção materno-infantil atenda a seus objetivos, influindo nas condições responsáveis pela gravidade que o problema assume entre nós, é necessário que êle esteja integrado dentro de um programa de saúde mais amplo. A não ser assim, resultarão infrutíferos os esforços desenvolvidos porque, como já assinalamos anteriormente, muitos dos fatôres que influenciam desfavorávelmente a saúde da mãe e da criança são por assim dizer inespecíficos, como os que dizem respeito ao saneamento básico.

EXTENSÃO EM SUPERFÍCIE

Os serviços de proteção materno-infantil devem estender seus benefícios ao maior número possível de indivíduos classificados nesse grupo. Devem ser planejados para um atendimento em massa, mesmo que, para isso, haja necessidade de limitar os recursos oferecidos.

Sòmente com essa feição poderemos pretender influir sôbre os altos coeficientes que caracterizam êsse grupo no nosso país.

Mesmo que fôsse possível estabelecer nos nossos grandes centros urbanos, serviços materno-infantis que previssem a utilização integral de todos os recursos com que conta a medicina moderna, a redução dos coeficientes dessas áreas pouco influiria nos índices do país considerado como um todo.

Essa extensão em superfície implica numa organização de serviços com base no trabalho de pessoal auxiliar, já que, como dissemos, o médico deve ser reservado para a parte da assistência médica em que êle não pode ser substituído.

A eventual falta do médico no esquema proposto para a organização de serviços de proteção materno-infantil não impe-

dirá a grande repercussão que a atuação do pessoal auxiliar terá sôbre o panorama geral de morbidade e mortalidade.

LIMITAÇÃO DE OBJETIVOS

Dos inúmeros fatôres que atuam simultâneamente sôbre a saúde da mãe e da criança, devemos procurar neutralizar ou atenuar aquêles que contribuem com maior parcela para os elevados coeficientes.

A limitação dos recursos técnicos e materiais com que contamos leva-nos a estabelecer uma escala de prioridades para a atuação dos serviços.

Essa escala de prioridade, no âmbito nacional pode ser traduzida, em que pesem certos aspectos puramente regionais ou locais, em têrmos de: abastecimento dágua, suplementação alimentar, assistência ao parto, contrôle de certas doenças transmissíveis, assistência médica e instrução das mães na arte de cuidar dos filhos.

SIMPLICAÇÃO DE MÉTODOS E TÉCNICAS

A maior participação do pessoal auxiliar e a extensão dos serviços em superfície impõem a simplificação dos métodos e técnicas a serem utilizados.

Exemplos típicos do que entendemos por simplificação de métodos e técnicas são: o incremento ao parto domiciliar e o emprêgo de auxiliares de maternidade na assistência ao parto; a utilização de novas fontes de proteínas, como a soja e o sangue de boi, na suplementação alimentar e nos regimes dietéticos; a reidratação precoce pelo uso da técnica de Aubaniac, em regime de semi-internamento; a criação de pequenos bancos de sangue em pontos estratégicos, com a utilização de equipamento habitual das unidades sanitárias; a padronização de técnicos do laboratório facilitando sua execução em domicílio; etc.

ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO

No quadro apresentado, procuramos relacionar os objetivos

dos serviços de proteção materno-infantil pròpriamente ditos, apontando o pessoal e os métodos a serem empregados. A organização dos serviços deve ser feita de modo a atender progressivamente tudo o que nêle se contém.

Na falta de médico, da enfermeira e de obstetrizes qualificadas para atendimento mater-infantil direto, deveremos tentar a utilização dêsses profissionais num trabalho contínuo de supervisão.

Mesmo que êste trabalho de supervisão só possa ser realizado periòdicamente, acreditamos ainda assim que no esquema proposto, as atividades limitadas desenvolvidas pelo pessoal menos qualificado (auxiliares de maternidade, visitadoras, etc.), terão maior repercussão positiva sôbre a situação do problema do que qualquer organização que não preveja uma distribuição de tarefas como a que apresentamos.

Assim julgamos porque os encargos afetos ao pessoal auxiliar de menor qualificação, na realidade, constituem a grande massa de trabalho que, uma vez atendido, deverá reduzir a incidência das condições que vem exigindo, em outros tipos de organização, uma participação cada vez maior do pessoal profissional.

SUMÁRIO E CONCLUSÕES

1) Os Autores descrevem em largos traços, as principais características do ambiente brasileiro;

2) Apoiados em suas peculiaridades, propõem um tipo de organização para os serviços de proteção materno-infantil atendendo aos seguintes princípios:

a) Necessidade da integração dos serviços de proteção materno-infantil num amplo programa sanitário;

b) Limitação do trabalho do médico à parte da assistência médica em que êle não pode ser substituído;

c) Amplo aproveitamento do pessoal auxiliar (enfermeiras, obstetrizes, auxiliares de enfermagem, visitadoras, etc.); através de uma redistribuição de encargos;

d) Limitação de objetivos para permitir o estabelecimento de uma escala de prioridades necessárias diante da

importância relativa dos diversos fatôres que devem ser controlados;

e) Extensão em superfície dos serviços para atendimento em massa;

f) Simplificação dos métodos e técnicas a serem utilizados.

BIBLIOGRAFIA

1. Expert Committee on Maternity Care. World Health Organization Technical Report Series n.º 51. First Report. Genebra, junho, 1952.
2. Comité d'Experts des Soins Infirmiers. Organisation Mondiale de la Santé: Séric de Rapports Techniques n.º 24. Rapport sur la première session. Genebra, novembre, 1950.
3. Comité d'Experts pour la Formation des Sages-Femmes. Organisation Mondiale de la Santé: Série de Rapports Techniques n.º 93. Premier Rapport. Genebra, julho, 1955.
4. Verhoestraete, L.J. International Aspects of Maternal and Child Health. American Journal of Public Health, Vol. 46, n.º 1, janeiro, 1956.
5. Scheels, L.A. A Philosophy of Modern Health Services. Apresentado em 3 de fevereiro de 1950 à Assembléia da Escola de Saúde Pública da Universidade de Michigan. Ann Arbor, Michigan, E.U.A.
6. Ford, M.J. e Cruz, A.H. The rural health unit in the Philippines Public Health Reports. Vol. 72, n.º 8, agôsto, 1957.

DIDÁTICA GERAL

Bibliografia Básica

Obras em português:

Lonrenço Filho, — Introdução ao estudo da Escola Nova, Ed. Melhoramentos, S. Paulo.

Mattos, Luiz Alves de — Sumário de Didática Geral. Editora Aurora, Rio.

Mattos. Luiz Alves de — Os objetivos e o planejamento do ensino. Ed. Aurora, Rio.

Carvalho, Irene de Melo — O Ensino por Unidades Didáticas. Fundação Getúlio Vargas, Rio.

Lacerda, Virgínia Côrtes de — Das Unidades Didáticas às Unidades de Vida. Organização Simões — Rio.

Obras em espanhol:

Gonzalez. Diego — Didática o Dirección del Aprendizaje — Cultural S. A. — Habana.

Ruiz. S. Hernandez — Metodologia General de la Enseñanza — Uteha, Méd[illegible].

Hubert, G[illegible] — El arte de enseñar — Editorial Paidos, B. Aires.

Schmieder, J. — Didáctica General — Editorial Losada, B. Aires.

Aguayo, A. M. e Fernandez de Guevara — Los Cursos de Estudios Cultural S. A. — Havana.

Obras em inglês:

Morrison, Henry — The practice of Teachting in the Secondary School — The University of Chicago Press, Chicago.

Dale, Edgar — Audio Visual Methods in Teaching — Revised Edition — [illegible] Press, New York.

Heidgerken, Loretta E. — Teaching in Schools of Nursing — Second Edition — Lippincott Co — Philadelphia.

Localizar em que Revista?

A INTEGRAÇÃO DOS ASPECTOS SOCIAIS, PREVENTIVOS E CURATIVOS PARA A FORMAÇÃO DE UM CONCEITO DE SAÚDE PÚBLICA

123

Discurso analisado

(ANEXO 5)

ERMENGARDA DE FARIA ALVIM *

Procuramos neste trabalho condensar alguns conceitos das publicações da OMS citadas na bibliografia em anexo, que mostram que a promoção da saude e a prevenção das doenças é tarefa que cabe a todos os profissionais de saúde e que ela só será bem sucedida se todos possuírem um verdadeiro conceito de saúde pública.

A importância dos aspectos preventivos da saúde no mundo de hoje

A Constituição da Organização Mundial de Saúde (1), adotada em 1946 pelos países membros, estabeleceu como princípio básico, que a oportunidade de desfrutar o mais elevado padrão de saúde é um dos direitos fundamentais de todo ser humano, sem distinção de raça, religião, — ideologia política e condição econômica ou social.

A mesma Constituição ressalta que a saúde de todos os indivíduos é fundamental para a paz e a segurança, que as iniciativas do Estado em prol da promoção e da proteção da saúde, beneficiam a todos, e que para a obtenção de um estado ótimo de saúde é essencial que os benefícios advindos dos conhecimentos no campo da medicina, da psicologia e de outros setores afins, sejam extensivos a todos.

* Chefe da Seção de [illegible] da Saúde Pública.

1ª leitura nov - 2002

Desde os tempos remotos tem a preservação da vida, a prevenção das doenças e a promoção da saúde sido de importância máxima para o homem, tanto como indivíduo, como membro de uma coletividade. Já na Grécia antiga dava-se um valor extraordinário à prática de hábitos sadios de vida e à divulgação dos conhecimentos que visaram a proteção da saúde. Todavia, ainda em nossos dias, aproximadamente dois têrços da população mundial vivem em condições em que prevalecem a doença, a fome e a morte prematura. Tal estado de cousas é uma ameaça constante ao equilíbrio social e à própria paz entre as nçaões, tornando-se imprescindível proporcionar a um maior número de indivíduos condições que lhes permitam usufruir das vantagens e do maior confôrto que a vida moderna oferece.

A melhoria das condições de vida depende de uma série de fatores estreitamente relacionados. No que diz respeito especificamente à luta contra os fatores que constituem diretamente uma ameaça à mesma, mas torna-se indispensável manter o equilíbrio entre o bem estar físico, mental e social.

Um aspecto que merece atenção especial é que o maior domínio das ciências médicas, pôs à disposição do homem uma série de medidas preventivas, muitas das quais, para serem eficazes, exigem uma participação cada vez maior de todos os indivíduos e conferem ao público grande parte da responsabilidade pela manutenção da sua saúde, o que põe em destaque a importância da educação sanitária. Um outro aspecto de maior realce, é a necessidade da melhor utilização de todos os recursos humanos e materiais disponíveis, na promoção de melhores condições de saúde.

O Custo das Doenças e o Valor da Saúde (2)

Do ponto de vista dos interêsses do Estado, não é suficiente insistir nos direitos do homem a condições ótimas de saúde, mas torna-se necessário demonstrar as vantagens econômicas que um país pode auferir quando são proporcionados determinados recursos que favorecem a promoção da saúde.

De um lado há a considerar as perdas económicas devido à morte prematura e de outro lado, aquelas acarretadas por afecções físicas e mentais.

A vida média é um dos critérios de que se lança mão para avaliar o ônus das precárias condições de saúde sôbre a economia de uma nação, pois os indivíduos dos grupos etários mais jovens representam um investimento de capital que só começa a dar juros na fase produtiva de adulto, donde se pode concluir que a morte prematura constitui uma perda económica para a sociedade.

Paga-se também um tributo pesado às doenças que poderiam ser evitadas e que acarretam a incapacidade para o trabalho e oneram o Estado com dispendiosos serviços assistenciais e hospitalares.

Os países econômicamente mais favorecidos que podem reservar as somas necessárias para as atividades preventivas, despendem nestas aproximadamente 0.5% da sua renda global, enquanto os serviços curativos consomem uma importância dez vêzes maior.

Os países de recursos financeiros limitados correm o risco de ver os aspectos preventivos quase que totalmente negligenciados, porque a maior parte do orçamento sanitário é absorvida por serviços hospitalares altamento dispendiosos. Nestas situações seria recomendável que tais serviços fôssem desenvolvidos dentro de um programa geral de saúde pública, em que os hospitais fôssem transformados em verdadeiros centros de saúde, com perfeita coordenação entre atividades curativas e preventivas, pois em última análise, são estas que a longo prazo dão os melhores resultados. Não só é melhor prevenir que remediar, mas também prevenir é menos dispendioso que curar.

Aspectos a que deve ser dada prioridade por terem uma influência direta sôbre a saúde

Os progressos científicos dos últimos anos permitiram a aplicação de novos métodos de prevenção que têm tido um efeito marcante sôbre o estado de saúde das populações.

Dêste modo um programa preventivo e educativo da amplitude desejável, nunca poderia estar restrito aos elementos que trabalham em saúde pública.

Novos conceitos de assistência global — síntese da medicina curativa e preventiva

O moderno conceito de saúde pública é assim definido por Winslow — "Saúde Pública é a ciência e a arte de prevenir doenças, prolongar a vida e promover eficiência mental e física, através de esforços organizados da comunidade, para o saneamento do meio, o contrôle das doenças transmissíveis, a educação do indivíduo em assuntos de higiene pessoal, a organização de serviços médicos e de enfermagem, para o diagnóstico precoce e tratamento preventivo das doenças e o desenvolvimento de um mecanismo social que permita a cada indivíduo um padrão de vida adequado à manutenção da saúde".

De acôrdo com êsta definição dificilmente poderá ser feita uma distinção nítida entre saneamento, medicina preventiva, medicina curativa, melhoria da saúde e melhoria do padrão de vida, pois todos êstes elementos integram um programa global de saúde pública.

Com o advento da moderna quimioterapia e dos antibióticos, modificou-se sensivelmente o tratamento de muitas moléstias, reduzindo o tempo de doença ou modificando as suas características, de modo a permitir o tratamento dispensarial, como vem sendo preconizado para a tuberculose e também a lepra. A própria Organização Mundial de Saúde já reconheceu a necessidade de incluir a assistência médica entre as atividades básicas de saúde pública.

Vejamos agora a nova orientação que está sendo dada às atividades hospitalares.

Em 1957 uma comissão de peritos da OMS estudou o papel dos hospitais nos programas de proteção da saúde [illegible]

Aquela comissão, considerando que o indivíduo pertence a uma sociedade e que a preservação da saúde não se restringe à luta contra os organismos [illegible] à ma-

Entre êstes destacam-se as melhorias do saneamento básico, notadamente aquelas relacionadas ao abastecimento de água e à remoção dos dejétos e que constituem o fator mais importante no contrôle das infecções entéricas. Outra vitória do saneamento é o contrôle das doenças transmitidas por insetos, principalmente a malaria e a febre amarela.

Resultados positivos, embora menos dramáticos vão sendo obtidos no contrôle de outras doenças transmissíveis como a tuberculose e as treponematoses. É que é mais fácil controlar o meio em que vive o homem do que o próprio homem, e êste é um dos aspectos importantes no combate às doenças que se transmitem por contato direto.

Todavia, nos nossos dias, um programa de saúde pública não se limita sòmente ao contrôle das doenças transmissíveis. À medida que estas vão sendo dominadas, passam os higienistas a se preocupar com aspectos bem mais positivos da saúde, no sentido de proporcionar a cada um mais vigor, eficácia e bem estar físico, abordando o problema por um ângulo essencialmente fisiológico.

Assim devem assumir importância capital num programa de saúde os serviços de proteção à maternidade e à infância, objetivando-se principalmente a educação das populações quanto às medidas gerais de higiene que visam a proteção da saúde, entre as quais a melhoria da alimentação da família merece destaque, pelo fator decisivo que representa na resistência e na produtividade dos indivíduos.

Outros aspectos a que está sendo dada importância cada vez maior, são a melhoria das habitações, a melhoria das condições de trabalho, assim como a promoção de condições que favoreçam a saúde mental.

Qualquer que seja o programa de saúde pública, êle só poderá ser bem sucedido, se concomitantemente aos recursos que visam a proteção das populações, fôr desenvolvido um programa bem orientado de educação sanitária, com o objetivo de incentivar o público a utilizar êstes recursos e a pôr em prática as medidas de proteção à sua saúde, assumindo neste sentido uma responsabilidade cada vez maior.

nutenção de bem estar físico, mental e social, assim definiu o moderno hospital: "O hospital é o elemento de uma organização médico-social, cuja função consiste em assegurar à população cuidados médicos completos, curativos e preventivos, e cujos serviços externos se irradiam até à célula familiar, no seu meio ambiente; é ainda um centro de ensino da medicina e de pesquisa bio-social".

As funções curativas e preventivas do hospital foram assim resumidas:

Restauração da Saúde

a) Diagnóstico para os serviços de ambulatório e os serviços hospitalares;
b) Tratamento da doença: curativo e paliativo, recorrendo-se às técnicas médico-cirúrgicas e especializadas;
c) Readaptação: física, mental e social;
d) Cuidados de urgência: acidentes e doenças.

Prevenção

a) Supervisão da gestação e do parto normal;
b) Supervisão do desenvolvimento normal da criança e do adolescente;
c) Contrôle das doenças transmissíveis;
d) Prevenção das doenças crônicas;
e) Prevenção da invalidez mental e física;
f) Educação sanitária;
g) Medicina do trabalho.

A comissão considerou que embora a principal função do hospital seja a restauração da saúde, deve êle dedicar-se à medicina preventiva, que deve ser desenvolvida na mesma extensão da medicina curativa. A comissão baseou suas recomendações no princípio de que os cuidados médicos constituem um todo, cujos elementos principais são a promoção da saúde, a prevenção das doenças, seu dignóstico e tratamento curativo e a readaptação dos pacientes.

Destaque foi dado ao papel do hospital no combate às doenças transmissíveis, na prevenção das doenças crônicas, na promoção da saúde mental e na educação sanitária.

Menção especial foi feita ao papel que a enfermeira hospitalar deve assumir neste trabalho educativo, sendo essencial que lhe seja proporcionada oportunidade para apreciar as condições de vida do paciente no seio da sua família e que possua conhecimentos gerais de saneamento e dos princípios psicológicos fundamentais para o estabelecimento de boas relações pessoais.

Encontramos muitas outras referências sôbre a necessidade de melhor coordenação entre os serviços assistenciais e preventivos e sôbre a continuidade dos serviços prestados aos pacientes, (4), (5), (6), (7).

Analisando as funções do moderno hospital e aquelas que vêm sendo desempenhadas pelos serviços de saúde pública, vemos que na realidade não podemos mais fazer uma distinção entre as mesmas. Do mesmo modo, basicamente, não difere o papel da enfermeira hospitalar do da enfermeira de saúde pública, cujo trabalho é assim definido: (8)

"A enfermagem de saúde pública é um aspecto especializado de enfermagem que combina as habilidades específicas de enfermagem, de saúde pública e algumas fases de assistência social, assim como funções inerentes ao programa global de saúde que visam a promoção da saúde, a melhoria das condições sociais e físicas do meio, a reabilitação e a prevenção de doenças e das incapacidades. Preocupa-se principalmente com o cuidado a famílias sadias e com pacientes não hospitalizados e suas famílias, com grupos específicos das populações e com problemas de saúde que afetam a comunidade como um todo".

Esta analogia reforça o ponto de vista de ser dada maior atenção a alguns aspectos considerados fundamentais no preparo da enfermeira.

Diríamos pois que tanto se trate da enfermeira hospitalar, como daquela que irá trabalhar em saúde pública, deve ser dada atenção especial aos seguintes aspectos no seu preparo: (9), (10).

— Conhecimentos relativos aos indivíduos sadios de todos os grupos etários;

— Compreensão da importância social e econômica de se salvaguardar a saúde dêstes indivíduos;
— Conhecimentos relativos à medicina social — agentes prejudiciais à saúde, esfôrço individual e coletivo (inclusive legislação) no sentido de vencer as doenças e combater algumas das suas causas como a pobreza e a ignorância;
— Conhecimentos relativos à prevenção, à cura e à reabilitação das doenças físicas e mentais;
— Conhecimentos relativos ao ambiente social e familiar do paciente, efeitos que êste pode ter sôbre seu estado de saúde e fatores que devem ser tomados em consideração no seu tratamento e na sua recuperação;
— Conhecimentos relativos ao indivíduo como pessoa, suas necessidades, influências que sofre do meio ambiente;
— Conhecimentos relativos às oportunidades de educação sanitária, métodos e princípios básicos de ensino.

A atitude dos profissionais em face da nova política de assistência global

Do que acabamos de expôr, dois pontos básicos se destacam: a valorização da saúde e a importância dos fatôres sociais e ambientes que a afetam.

No sistema de assistência global é essencial que os profissionais tenham uma atitude positiva para com a saúde, reconhecendo que êste é o estado natural do indivíduo e a doença apenas uma ocorrência desagradável na sua vida, que êle deve ser ajudado a vencer o mais ràpidamente possível, para reduzir ao mínimo os transtornos e desajustes que ela acarreta. Se o estado do paciente instintivamente nos leva a perguntar o que podemos fazer para aliviar seu sofrimento, será igualmente importante que perguntemos: Que fatôres contribuíram para que êste paciente chegasse a êste estado? Como poderia êle ter evitado esta doença? Como recuperá-lo física, mental e socialmente para que de novo se torne um membro produtivo da sociedade? Como ajudá-lo a proteger melhor sua saúde no futuro?

A importância do preparo profissional — integração dos aspectos sociais e preventivos para a formação de um conceito de saúde pública

Quando falamos de um conceito de saúde pública, referimo-nos a esta atitude positiva para com a saúde, para com os aspectos preventivos da doença, para com as medidas de proteção que beneficiam a coletividade, à compreensão da importância dos fatôres sociais e ambientes que têm uma influência decisiva sôbre o estado de saúde das populações e ao conhecimento dos recursos da comunidade que podem ser mobilizados na recuperação dos indivíduos.

Sòmente se o profissional tiver esta atitude positiva para com a saúde e se lhe fôrem proporcionadas oportunidades que contribuam para a formação de um conceito de saúde pública, poderá êle dar uma contribuição significativa neste setor de atividades.

Tal atitude dificilmente será formada, se durante todo o curso profissional sòmente, ou quase sòmente, a medicina curativa fôr valorizada, deixando-se apenas poucos meses, ao término do curso, para o preparo de profissionais de saúde pública.

Sòmente quando durante todo o curso, no desenvolvimento fôrem proporcionadas experiências didáticas significativas que permitam ao aluno relacionar os conhecimentos relativos às doenças aos conhecimentos básicos das humanidades, com especial atenção aos aspectos psicológicos, sociais e preventivos, quando êle aprender a avaliar situações, quando chegar à compreensão da matéria a ponto de ser capaz de aplicar seus conhecimentos a outras situações diversas, podemos esperar que êle tenha adquirido uma atitude favorável para com a saúde e formado um verdadeiro conceito de saúde pública.

Tal atitude favorecerá a todos os profissionais, quer trabalhem em serviços sanitários ou em situação hospitalar, pois a nossa tarefa é uma só — ajudar o indivíduo a alcançar melhores condições de vida. E não esqueçamos as palavras de Winslow — "Mais vale prevenir que remediar e prevenir é menos dispendioso que curar."



Participantes do Seminário assistem a primeira conferência.

BIBLIOGRAFIA

1. WHO — **Basic Documents,** Ninth Edition, October 1958, Geneva.

2. Winslow, C. E. A., **Le Cout de la Maladie et le Prix de la Santé.** OMS, 1952, Genève.

3. OMS, Rapport Technique N.º 122, **Le Rôle de L'Hôpital dans les Programmes de Protection de la Santé,** 1957, Genève.

4. Almeida, Aluísio Sanches, "A Integração do Hospital na Saúde Pública", **Revista do Service Especial de Saúde Pública,** Tomo IX, N.º 2, dezembro de 1957.

5. Almeida, António Jorge, "Integração do Hospital no plano geral de Saúde Pública, em áreas rurais". **Revista do Serviço Especial de Saúde Pública,** Tomo VI, n.º 1, junho de 1953.

6. Alvim, E. de Faria, "Considerações sôbre o Trabalho Educativo num Sistema Médico Sanitário Coordenado". **Revista do Serviço Especial de Saúde Pública,** Tomo VII, n.º 2, 1955.

7. Kitner, Jacob e Albuquerque, Anibal Morais de, "Hospital — Unidade Sanitária", **Revista do Serviço Especial de Saúde Pública,** Tomo IX, n.º 2, dezembro de 1957.

8. OMS, informe Técnico N.º 167, **Enfermagem de Saúde Pública,** 1959, Genebra.

9. Florence Nightingale International Foundation, **Basic Nursing Education, Principles and Practice of Nursing Education,** I. C. N. 1958.

10. Rabo Majt, Lundgren, Karin "Integrating Public Health in Schools of Nursing", **International Nursing Review,** January, 1958, pág. 23 and 27.

BIBLIOGRAFIA GERAL

ABEn — Relatório do Centro de Levantamento dos Recursos e Necessidades de Enfermagem no Brasil — 1956.

Aberg, Harriett. "The Nurse's Role in Hospital Safety". **Nursing Outlook** (Março de 1957) p. 160.

Albold, Margaret. "Correlação dos Aspectos Sociais e de Saúde no Currículo das Escolas de Enfermagem". **Revista Brasileira de Enfermagem.** Ano X (Junho de 1957).
"A Contribuição da Escola para a Formação de um "Conceito de Enfermagem de Saúde Pública". **Revista Brasileira de Enfermagem.** Ano XI (Dezembro de 1953) p. 396.
"Integração dos Componentes Sociais e de Saúde de Enfermagem no Currículo Básico".

Alcântara. Glete de. "Educação Sanitária do Escolar" — **Revista Brasileira de Enfermagem** — Ano VIII — junho 1955 — pag. 85.

Alcântara, Glete de. "Preparo de Enfermeiras para o Campo de Enfermagem em Saúde Pública. Administração de Enfermaria, Ensino e Supervisão na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Monografia a ser publicada.

Alcântara, Glete de e outros. "Aspectos preventivos da enfermagem hospitalar". **Revista Brasileira de Enfermagem** — Ano VIII — setembro 1955 — pag. 199.

Almeida, Aluisio Sanches. "A Integração do Hospital na Saúde Pública". Revista do SESP — Tomo IX, n.º 2, Rio, Ano 1957.

Almeida, Esmeraldo de Faria. "Considerações sôbre o Trabalho Educativo — Num Sistema Médico Sanitário Educativo". **Revista Brasileira de Enfermagem.** Ano VIII (setembro de 1955) pag. 206.

Almeida, Antonio Jorge. "Integração do Hospital no plano geral de Saúde Pública em áreas rurais". **Revista do SESP,** Tomo VI, n.º 1, junho de 1953.

Belcher, Helen C. and Bruer, Marion T. "General Education and the Student Nurse". Physical Education in the Nursing Curriculum". March 1957, pag. 149-151. Nursing — Outlook.

Lucas, Kathleen [illegible] and Roberts [illegible] "[illegible] in the Basic [illegible]" Nursing Research 5: 4-17, June 1956.

[illegible] Enfermagem para o Futuro. [illegible] Boardon and Sbolts — Teaching Medical and Sbolts — Teaching Medical and Surgical — Nursing SESP.

Bonno Kenny M. — The Role of the Physician in Nurse. A. J. N. Feb. 1954, Vol. 54 — n.º 2 — pag. 186-188.

Carn, Irene. "Os Aspectos Sociais e de Saúde da Enfermagem". **American Journal of Nursing.** (Março de 1945) pag. 223.
"Integrating Public Health Nursing". **American Journal of Nursing.** XL (June 1942) pag. 669.

Carn, Irene and Mole Eleanor W. "Continuity of Nursing Care". **American Journal of Nursing.** XLIX (June 1949) 388-390.

Carvalho Amália Correia — Fundamentos de Enfermagem para o 1.º ano do curso médico — **Revista Brasileira de Enfermagem** — Ano XII — n.º 1, março de 1959 — pag. 16.

Copple, Laura O. "Cooperative Curriculum Study". **Nursing Outlook.** March 1957) pag. 163.

Cromwell, Gertrude E. "School Nursing is Pediatric Nursing". (Feb. 1957). p. 73-75 — **Nursing Outlook.**

Comissão de Educação — Seminário de Ensino de Enfermagem — Recomendações. **ABEn** — Ano IX — Setembro 1956 — n.º 3 — pag. 138.

Dunn, Mary J. "Social and Health Aspects of Nursing — Underlying Phylosophy and Revised Recommendations". **American Journal of Nursing** (January 1949).
"O preparo do Corpo Docente no que diz Respeito aos Componentes Sociais e de Saúde na Enfermagem". **American Journal of Nursing.** (Julho de 1945 564.

Dunn, Mary J. Report of Joint Committee. Public Health Nursing (Agôsto de 1947), 406.
"Aspectos S[illegible] de Saúde da Enfermagem — Como integrá-los no Currículo [illegible] Escolas de Enfermagem".

Freeman, Ruth B. **Public Health Nursing Practice,** 2nd edition. W. B. Saunders Co., 1957.
The Public Health Nursing Curriculum Guide. Prepared by a Joint Committees of the National Organization for Public Health Nursing and the United State Public Health Service.

Field, Mina. "The Nurse and the Social Worker on the Hospital Team". **American Journal of Nursing** 55 694-696, June 1955.

Glasock, Evelyn et al. "Teaching Continuity in Nursing Care". **Nursing Outlook.** May 1950 p. 269-271.
"The Care of Patients with Burns — [illegible] Nursing Care". Nursing Outlook. [illegible]

Gilbert, Ruth. Relating the Psychosocial Viewpoint to Public Health Nursing — American Journal of Nursing Feb. 1954 132.
[illegible] "[illegible]" Nursing Outlook April 1953

3. O pessoal costumava passar o serviço a outros que não possuiam aptidões.	Escala de Serviço, ensino sôbre a importância do reconhecimento da autoridade, responsabilidades para com o paciente.
4. O pessoal era freqüentemente transferido para outra Secção.	Distribuição do quadro de pessoal para cada Secção.
5. Tôda medicação, inclusive entorpecentes, era deixada no quarto do paciente e o pessoal de enfermagem não dava a medicação oral.	A medicação é guardada na Sala de Serviço e o pessoal de enfermagem dá a medicação oral.
6. O paciente era chamado pelo número do quarto	Foi explicado o respeito que se deve ter à pessoa do paciente, indicado pelo nome, antepondo Sr. ou Sra., conforme o sexo.
7. O pessoal não dava banho de leito, não se interessava pela alimentação do paciente.	Ensino das responsabilidades do pessoal de enfermagem quanto à higiene do paciente. Foi adotado o banho de leito diário aos pacientes acamados.
8. Prescrição médica oral. falta de anotações de enfermagem.	Prescrição médica escrita, anotação da medicação dada e outras informações úteis.

TEMAS LIVRES – DISCURSO ANALISADO –

ANEXO 6

375

O QUE É ENFERMAGEM DE SAÚDE PÚBLICA

ERMENGARDA DE FARIA ALVIM (*)
ELSA RAMOS PAIM (*)

I — INTRODUÇÃO

Numa ocasião em que são dados a conhecer às enfermeiras os resultados do levantamento dos recursos de enfermagem existentes no país, julgamos oportuno fazer algumas considerações sôbre o que é Enfermagem de Saúde Pública, pois parece-nos que é êste aspecto da enfermagem que apresenta as maiores deficiências, não apenas do ponto de vista quantitativo, mas principalmente no que diz respeito à qualidade de trabalho desenvolvido pelas enfermeiras neste setor. Parece-nos deveras lastimável que em face das presentes necessidades de saúde da população, um número tão reduzido de enfermeiras esteja desenvolvendo atividades que possam ser consideradas de enfermagem de saúde pública, o que nos leva a concluir que as demais não valorizam o verdadeiro papel da enfermeira de saúde pública e não reconhecem as inúmeras oportunidades que se lhes oferecem, que, se aproveitadas, tornariam o seu trabalho muito mais eficiente e lhes trariam maior satisfação pessoal.

O QUE É ENFERMAGEM DE SAÚDE PÚBLICA

Em resposta a um questionário submetido à Comissão de Saúde Pública da ABEn pela OMS, através do Conselho In-

(*) Seção de Enfermagem — Divisão de Orientação Técnica — SESP.

1ª leitura nov. 2002 / 375-384

2ª " " "

ternacional de Enfermagem, foi dada a seguinte definição para enfermagem de Saúde Pública: "Enfermagem de Saúde Pública no Brasil é um Serviço Organizado dentro da estrutura sanitária do país, que tem como objetivo educar o público em assuntos pertinentes à saúde, dar cuidados de cabeceira ou providenciar que êstes sejam prestados e treinar e supervisionar o pessoal auxiliar de enfermagem. Estes serviços podem ser desenvolvidos nos domicílios ou em organizações da comunidade, tais como: unidades sanitárias, ambulatórios isolados ou de hospitais, escolas ou Serviços de Saúde em estabelecimentos industriais".

O Serviço de Enfermagem ainda pode representar papel importante no desenvolvimento de recursos assistenciais na comunidade e na orientação do público no que diz respeito à utilização dêsses recursos.

II — A ENFERMAGEM DE SAÚDE PÚBLICA E O ENSINO DA ENFERMAGEM

De acôrdo com a regulamentação do ensino de enfermagem, deve a estudante receber, durante o curso básico o preparo indispensável para poder desincumbir-se de suas funções no setor de saúde pública. Creio que ninguém mais contestaria as vantagens desta prática que permite proporcionar experiências em contribuição para valorizar o conceito da assistência total ao paciente, em que pesam sensìvelmente os fatôres sociais e do ambiente familiar. Já ninguém mais admite uma linha divisória entre a medicina preventiva e curativa. Medidas profiláticas podem ser executadas tanto por unidades sanitárias como por unidades hospitalares e em face dos modernos tratamentos quimioterápicos, grande parte da medicina curativa passou a ser atribuição também das unidades sanitárias. A educação sanitária, arma indispensável na divulgação das medidas profiláticas necessárias à recuperação e à conservação da saúde, tem sua aplicação tanto no trabalho de enfermagem desenvolvido nas unidades sanitárias como nos hospitais. Reconhecendo a necessidade do preparo adequado da enfermeira para esta função mais ampla de prevenção das doenças e melhoria da saúde, recomenda a OMS que o currículo do curso básico das escolas de enfermagem compreenda também o ensino de princípios de higiene mental, higiene de Saúde Pública e profilaxia em geral, a fim de preparar a enfermeira para a sua missão de instruir o paciente e sua família em assuntos pertinentes à saúde, salientando seus aspectos positivos.

Todavia não será através da simples experiência de três meses de saúde pública, dada no último ano do curso, que a aluna formará um conceito de saúde pública no sentido mais amplo, preventivo e educacional. Parece que sòmente quando durante todo o curso básico lhe é proporcionada experiência em que é ressaltada a assistência total ao paciente e a sua família, a correlação entre os diversos serviços de saúde, a importância dos fatôres sociais e ambientes, o estado emocional ou atitude mental do paciente, a importância do trabalho educativo individual e com grupos, na prevenção das doenças e na reabilitação do paciente, aprenderá a estudante a valorizar o papel da enfermeira na melhoria e conservação da saúde.

Pelas razões expostas acima julgamos oportuno recomendar que as escolas de enfermagem, num esfôrço coordenado, procurem favorecer em todo o currículo do curso básico a integração dos aspectos sociais e preventivos, proporcionando experiências em enfermagem de saúde pública que realmente preparem a enfermeira para as funções que lhes cabe executar neste campo de trabalho.

Além deste treinamento básico em enfermagem de saúde pública são necessários cursos pós-graduados para preparar enfermeiras já com alguma experiência, para atividades mais diferenciadas no campo da saúde pública, como sejam a enfermagem industrial, escolar e outras e para cargos de supervisão e administração.

III — ATRIBUIÇÕES DE UM SERVIÇO DE ENFERMAGEM DE SAÚDE PÚBLICA EM DIFERENTES SETORES DE ATIVIDADE

Como as funções de enfermagem variam de acôrdo com

b) *Cuidados de enfermagem* prestados aos recém-nascidos e ao grupo materno infantil; técnicas que visam a elucidação do diagnóstico e imunizações; cuidados a doentes de tuberculose, de doenças transmissíveis agudas e outras, com o principal objetivo de ensinar êstes cuidados a algum membro responsável da família.

c) *Educação sanitária* — utilizando-se de meios como a instrução individual, demonstrações e atividades educativas com grupos, com especial atenção aos fatôres que contribuem para uma vida sadia como sejam, condições sanitárias, melhoria das habitações, alimentação adequada, medidas preventivas específicas, execução de recomendações médicas, cuidados especiais com o grupo materno-infantil e utilização adequada dos recursos da comunidade.

3. — *Educação*

a) Treinamento e supervisão do pessoal, auxiliar, utilizado em atividades de enfermagem de saúde pública.
b) Supervisão das parteiras práticas.
c) Organização de um campo de prática adequado para estudantes de escolas de enfermagem e de auxiliares de enfermagem.
d) Cooperação com programas de treinamento de outros profissionais.
e) Desenvolvimento de um programa contínuo de educação em serviço.

As atividades acima podem ser desenvolvidas por enfermeiras ou em cooperação com elementos auxiliares, comumente chamadas visitadoras sanitárias. A última situação, serviço de enfermagem desenvolvido por uma equipe composta de enfermeiras e visitadoras é a que melhor atende às necessidades dos nossos programas de saúde pública, não apenas devido à carência de enfermeiras mas também por estarmos em condições de desenvolver apenas atividades essenciais.

Quando um serviço utiliza tais elementos auxiliares, são

a fase de desenvolvimento dos serviços de saúde de um país, os problemas regionais de saúde, o âmbito dos recursos existentes no que diz respeito a outros profissionais e à educação geral e profissional (2), daremos uma descrição sumária do nossò conceito de enfermagem de saúde pública.

No Brasil a enfermagem de saúde pública é reconhecidamente parte de um serviço generalizado de saúde pública que pode ser de âmbito federal, estadual ou municipal. Existem entretanto alguns serviços especializados de saúde, como por exemplo a Campanha Nacional Contra a Tuberculose, que se utilizam dos serviços de enfermeiras de saúde pública. Pode-se dar o caso ainda, de enfermeiras trabalharem isoladamente em serviços de saúde escolar, de higiene industrial ou em ambulatórios, onde elas também poderiam desenvolver atividades de saúde pública. Em qualquer uma das situações é recomendável que haja um órgão coordenador de tôdas as atividades de enfermagem. Dependendo do tamanho da organização, poderá existir uma Seção de Enfermagem, ou apenas haver uma enfermeira coordenadora de tôdas as atividades de enfermagem.

A. — NAS UNIDADES SANITÁRIAS

Analisando o trabalho de enfermagem numa unidade sanitária, podemos dividi-lo em 3 áreas de atividades:

1. — *Administração e Supervisão*

Determinação das necessidades do setor de enfermagem no que diz respeito a pessoal e material; planejamento, organização, coordenação, supervisão e avaliação das atividades do Serviço de enfermagem.

2. — *Serviço ao público*

a) *Supervisão da saúde* das famílias, com especial atenção aos problemas regionais aos quais é dada prioridade pelas unidades sanitárias.

atribuidos a êstes geralmente as atividades da área II — Serviços ao público — cabendo às enfermeiras, as atribuições das áreas I e III — Administração, Supervisão e Educação. Todavia, onde o número de enfermeiras é suficiente, recomenda-se que estas participem também diretamente das atividades da área II.

A enfermeira é ainda responsável por todo o trabalho à cargo das atendentes nas clínicas, consultórios e ambulatórios. Cabe também à enfermeira estimular a comunidade a participar ativamente do programa de saúde.

B. — NOS SERVIÇOS DE SAÚDE ESCOLAR

No que diz respeito aos Serviços de Saúde ou de Higiene Escolar, existem duas tendências: situá-los entre os serviços das organizações sanitárias, ou considerá-los da responsabilidade do próprio órgão educacional. Entre nós é mais comum o primeiro caso. Qualquer que seja sua situação administrativa, o Serviço de Higiene Escolar tem duas finalidades distintas:

1. — A execução de determinadas medidas preventivas que visam a proteção da coletividade escolar e a conservação ou melhoria da saúde de cada membro componente da mesma; entre estas medidas estão comprendidas:
   a) a manutenção nas escolas de condições ambientais adequadas quanto ao aspecto sanitário e higiênico;
   b) programa de imunizações;
   c) exame médico visando a descoberta precoce e a correção de defeitos;
   d) inspeção rápida diária pela professôra, visando a descoberta de crianças suspeitas de doença transmissível e a execução das medidas que se fizerem necessárias;
   e) prevenção de acidentes;
   f) um programa de merenda escolar;

2. — O desenvolvimento de um programa educativo em assuntos pertinentes à Saúde; tal programa inclui atividades como as que se seguem:
   a) a orientação da criança e dos pais sôbre os meios de proteção da Saúde, correção de defeitos, execução de ordens médicas e utilização de recursos da comunidade;
   b) a orientação dos professores sôbre assuntos como os que seguem: a integração no currículo escolar de assuntos pertinentes à saúde; oportunidades de ensino ocasional; desenvolvimento de projetos sôbre assuntos relacionados à saúde; meios que visam a melhoria da saúde física e mental; o papel da escola na formação de hábitos.

Mesmo nas situações em que não existe um serviço médico regular de higiene escolar, podem ser desenvolvidas muitas das atividades acima citadas.

C. — NOS SERVIÇOS DE HIGIENE INDUSTRIAL

Inicialmente julgamos oportuno fazer uma distinção entre serviços assistenciais a trabalhadores nas indústrias e serviços de higiene industrial. O primeiro dá assistência médica ao trabalhador acidentado ou doente, enquanto o segundo tem objetivos muito mais amplos, que podem ser sumarizados da seguinte maneira:

1. — Proteção e melhoria da saúde e da segurança e conseqüentemente, da eficiência dos trabalhadores;

2. — Restauração da saúde e da atividade normal de todos os trabalhadores doentes e incapacitados; redução de acidentes fatais, de doenças e de incapacidades.

Embora entre nós os serviços de saúde nas indústrias, via de regra, não visem os aspectos preventivos, julgamos que muitas enfermeiras que atualmente se encontram em tais serviços, poderiam desenvolver um trabalho muito mais eficiente se procurassem, na medida do possível, incorporar êstes aspectos às atividades meramente assistenciais. Em tais circunstâncias poderia a enfermeira ter as seguintes atribuições:

1. — Auxiliar na organização e na administração do serviço de saúde;

2. — Prestar cuidados de enfermagem em casos de acidentes ou doenças ocupacionais e primeiros socorros nas ocorrências não ocupacionais.

3. — Participar do programa de exames médicos rotineiros;

4. — Participar do programa educativo, visando a melhoria da saúde e a observação de medidas de segurança, com especial atenção aos problemas do ambiente familiar;

5. — Auxiliar na prevenção de acidentes e de condições prejudiciais à saúde;

6. — Auxiliar na execução de medidas que visam melhorar as condições sanitárias do ambiente;

7. — Participar de programa de assistência e bem estar social;

8. — Quando indicado, prestar serviços de enfermagem domiciliar aos trabalhadores acidentados.

D. — NOS AMBULATÓRIOS ISOLADOS OU DE ORGANIZAÇÕES HOSPITALARES

Como existe atualmente um grande número de enfermeiras que trabalha em ambulatórios, principalmente nas autarquias, julgamos oportuno, analisar a atuação da enfermeira nestes serviços, onde geralmente ela desenvolve apenas atividades que poderiam ser delegadas a pessoal auxiliar.

Podemos definir as funções de um ambulatório como sendo as seguintes:

1. — Prestar cuidados imediatos ao paciente;

2. — Promover continuidade entre os Serviços prestados aos pacientes no hospital, no ambulatório e nos domicílios; coordenar os diferentes serviços prestados ao paciente num mesmo ambulatório;

3. — Educação do paciente.

O Serviço de enfermagem por sua vez tem objetivos definidos num ambulatório, quais sejam:

1. — A determinação das necessidades físicas e emocionais do paciente;

2. — Serviços específicos, visando a atender a estas necessidades;

3. — A educação do paciente e de sua família, sempre que indicado.

Tais objetivos serão mais fàcilmente atingidos se houver um elemento coordenador que terá como principal atribuição organizar e administrar o serviço de enfermagem e treinar e orientar o pessoal auxiliar, prestando os cuidados de maior responsabilidade e participando diretamente das atividades educativas.

A situação de enfermagem de saúde pública em confronto com outros profissionais afins.

Procuramos descrever sumàriamente algumas das atividades que hoje podem ser desenvolvidas no campo da enfermagem de saúde pública, mas as possibilidades dêste campo são ilimitadas. Pouco ou nada temos feito no setor da reabilitação, na prevenção e no cuidado das doenças crônicas que cometem os grupos etários mais velhos. Estamos apenas começando a ter consciência dos problemas emocionais dos diferentes componentes do grupo familiar e que têm uma influência decisiva no equilíbrio dêste. São ainda rudimentares os nossos conhecimentos no que diz respeito à melhor utilização dos alimentos na prevenção de doenças crônicas como sejam as do aparêlho circulatório. Ainda não sabemos utilizar todos os recursos e fôrças latentes da comunidade e muito precisamos aprender para poder contribuir de maneira mais eficiente para a recuperação dos grupos sócio-econômicos menos favorecidos.

Diante da situação demonstrada pelo Levantamento dos Recursos e das Necessidades de Enfermagem, julgamos ser imprescindível uma redefinição das funções da enfermagem de saúde pública, uma redistribuição de atividades entre os componentes da equipe de enfermagem, a orientação dêsses elementos na execução de suas tarefas e a coordenação geral das atividades de enfermagem, dando-se destaque à supervisão contínua e aos programas de educação em serviço. Sòmente quando a enfermeira compreender sua verdadeira função no Campo de Saúde Pública, poderá ela competir em pé de igualdade com outros profissionais afins que, por encontrarem o campo abandonado, tomaram a si atividades que deveriam

ser da responsabilidade da enfermeira ou nas quais esta deveria ter maior participação.

CONCLUSÕES

— O preparo e a experiência em saúde pública que as escolas oferecem às estudantes de enfermagem, não contribuem para a formação de um conceito de saúde pública no sentido mais amplo preventivo e educacional.

— A falta de preparo adequado trouxe como conseqüência, a não valorização por parte da enfermeira do seu verdadeiro papel no campo de saúde pública e o não reconhecimento das inúmeras oportunidades de trabalho que, se devidamente aproveitadas, tornariam sua atuação muito mais eficiente.

— A não compreensão por parte da enfermeira da sua verdadeira função na equipe de saúde pública, trouxe como conseqüência a maior participação de outros profissionais em atividades que deveriam ser da sua responsabilidade ou nas quais deveria ter maior participação.

RESUMO

Foi objetivo dêste trabalho apontar as conseqüências do preparo inadequado das enfermeiras para o trabalho de saúde pública e descrever sumàriamente atividades de enfermagem de saúde pública adaptadas à realidade da nossa situação.

BIBLIOGRAFIA

1 — OMS — Série de Informes Técnicos n.º 24 — Comité d'Experts des Soins Infirmiers. — Rapport sur la premiére session 1950.
2 — Relatório da 9.ª Assembléia Mundial de Saúde.

O PREPARO DA ESTUDANTE DE ENFERMAGEM PARA O ESTÁGIO DE SAÚDE PÚBLICA

ELSA RAMOS PAIM (*)

INTRODUÇÃO

Do ponto de vista sanitário, o Brasil se encontra numa fase de acentuada predominância de doenças transmissíveis, às quais são responsáveis pelos altos coeficientes de morbidade e de mortalidade gerais.

Essa ampla disseminação de doenças transmissíveis acha-se intimamente ligada às condições rudimentares do saneamento básico observado em nosso meio.

Para lutar contra êste estado de coisas conta o país com cêrca de 21.000 médicos dos quais aproximadamente 7.000 se distribuem pelas cidades e vilas de menos de 50 mil habitantes; a êles cabe atender pràticamente a uma população de mais ou menos 40 milhões de habitantes.

As disponibilidades no que diz respeito a engenheiros sanitários situam-se num cálculo muito otimista em tôrno de 200.

No que se refere a enfermagem, segundo o levantamento feito pela ABEn, temos cêrca de 4 mil enfermeiras em exercício das quais cêrca de 1.200 se encontram no Distrito Federal, distribuindo-se as outros 2.800 pelo resto do país. Do montante de enfermeiras no país, apenas 545 estão em saúde pública, e destas a grande maioria realiza apenas imunizações ou tarefas burocráticas.

O preparo inadequado das enfermeiras para o trabalho de Saúde Pública é um problema tão grave, quanto o de escassez de enfermeiras neste campo. Algumas organizações que desejam oferecer bons serviços de enfermagem ao público são obrigadas a propiciar às suas enfermeiras recém-admitidas estágio de três meses e mais antes que estas pos-

(*) Seção de Enfermagem. Divisão de Orientação Técnica. Serviço Especial de Saúde Pública.

sam assumir os encargos para os quais foram admitidas. E não se trata de meros estágios de orientação inicial, e sim de uma verdadeira revisão e porque não dizer de complementação de conhecimentos e de treinos em técnicas indispensáveis ao trabalho em Saúde Pública. Êsses treinamentos acarretam muitas despesas para não falar do tempo tomado aos profissionais, médicos, enfermeiras e engenheiros, que são afastados das suas funções habituais para treinar a nova funcionária que nem sempre permanece no serviço o tempo suficiente para chegar a prestar um bom trabalho.

Nêste momento em que se discute uma melhor utilização da enfermeira, gostaríamos de dizer alguma coisa sôbre o preparo da enfermeira para exercer funções básicas de Saúde Pública.

A enfermeira como parte essencial da equipe de saúde necessita estar bem consciente das suas funções e responsabilidades e perfeitamente preparada para o desempenho eficiente das mesmas.

ESTÁGIO DE SAÚDE PÚBLICA — SUA FINALIDADE

A lei do ensino de enfermagem no Brasil, muito acertadamente, exige estágio de 3 meses em saúde pública para tôdas as alunas do curso de enfermagem. O objetivo principal dêste estágio é preparar as futuras enfermeiras para o trabalho em saúde pública.

Parece-nos de tôda conveniência ressaltar quais os conhecimentos básicos que a aluna deve possuir para que possa aproveitar as experiências proporcionadas por êste estágio.

Para isto é necessário analisar primeiramente o trabalho da enfermeira de saúde pública.

A ATUAÇÃO DA ENFERMEIRA NOS SERVIÇOS DE S. P.

Na 9.ª Assembléia da Organização Mundial de Saúde, ressaltou-se que "o papel da enfermeira varia de acôrdo com a fase de desenvolvimento dos serviços de saúde do país, com os problemas de saúde regionais, com os recursos existentes

no que refere a outros profissionais de saúde e com o nível educacional e profissional de cada país".

Ainda segundo a O.M.S. as atividades de saúde essenciais aos países como o nosso são o saneamento, o contrôle de D. T., a coleta de dados de bioestatística, a higiene materna e da criança, a educação sanitária, a assistência médica e a enfermagem de Saúde Pública.

Estas atividades essenciais podem ser proporcionadas à população por um serviço integrado ou coordenado, isto é, por um organismo administrativo único ou por uma pluralidade de organismos que coordenam suas atividades.

Fazendo uma rápida análise da nossa organização sanitária verificamos que no Brasil, em realidade são os serviços essenciais acima mencionados os que estão sendo prestados à população. Entretanto, devido à crescente industrialização do país torna-se necessária a inclusão de um outro serviço no programa de saúde de alguns estados — Higiene Industrial e do Trabalho, cujo objetivo é a prevenção de acidentes industriais e de doenças ocupacionais.

Vejamos ràpidamente os objetivos das diferentes atividades a que referimos para que possamos situar o trabalho da enfermeira e ver o preparo que ela precisa possuir para bem desempenhar seu papel.

SANEAMENTO

O saneamento visa melhorar os fatôres que, no meio físico onde habita o homem, influem ou são capazes de influir desfavoràvelmente sôbre seu desenvolvimento fisiológico, sua saúde e sua longevidade. Duma maneira geral as atividades básicas de saneamento são os seguintes: contrôle do abastecimento d'água, remoção adequada dos dejetos e de lixo, luta contra insetos e animais, contrôle de alimentos e de manipuladores de gêneros alimentícios, melhoria de habitação.

A enfermeira de Saúde Pública deve estar a par das condições sanitárias e dos problemas de saneamento de sua comunidade. Nas suas visitas domiciliárias, ela tem a oportuni-

dade de observar as relações entre o ambiente doméstico e a saúde física e mental dos membros da família. A enfermeira está atenta para o perigo de uma água imprópria para o consumo, verifica a questão de remoção de dejetos, de superlotação de domicílios, etc.

É da sua responsabilidade ensinar a importância de manter no lar um ambiente mais seguro. Para isso deve trabalhar em estreita colaboração com o engenheiro sanitarista, o inspetor ou o auxiliar de saneamento; ela reforça o trabalho do sanitarista, esclarecendo as famílias e comunicando ao pessoal de saneamento os problemas encontrados nos domicílios, nas escolas, estabelecimentos, etc.

Para dar uma colaboração eficiente, a enfermeira deve então ter conhecimento seguro dos meios e práticas usadas em saneamento, do importante papel de um abastecimento d'água adequado no índice sanitário de uma região, da importância do destino adequado de dejetos no combate às doenças do grupo intestinal de um modo geral, da importância do meio físico sôbre a saúde e estar alerta para todos êstes aspectos no seu trabalho quotidiano.

DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS

Estreitamente relacionada ao trabalho de saneamento encontramos uma outra atividade essencial que é o contrôle das doenças transmissíveis.

Esta atividade, cujo objetivo é o contrôle e, numa fase posterior, a própria erradicação das moléstias transmissíveis, tem como medidas principais a proteção pela vacinação específica quando é o caso, as medidas de saneamento e a luta contra insetos e animais vetores e a edução sanitária, através da qual procuramos conseguir a colaboração da população para as medidas adotadas. Na luta contra as doenças transmissíveis o dignóstico e o tratamento precoce são também muito importantes porque reduzem o risco de propagação da doença e permitem a recuperação mais rápida dos indivíduos afetados.

No contrôle das doenças transmissíveis a enfermeira deve

estar ciente das doenças mais incidentes na região; conhecer sua epidemiologia e os meios de contrôle, deve estar a par das técnicas de diagnóstico tais como a prova de tuberculina e o teste de Schick para difteria, das provas de laboratório, deve estar apta a prestar cuidados aos pacientes, a orientar as famílias no cuidado dos mesmos e ser capaz de desenvolver os programas de imunizações que se fizerem necessários.

HIGIENE MATERNA E DA CRIANÇA

Os objetivos dos Serviços de H. Materna e da criança são: 1 — procurar com que tôda mãe durante a gravidez e a lactação se mantenha em bom estado de saúde, que dê a luz a um filho sadio e que aprenda a cuidar dêle; 2 — fazer o possível para que a criança viva e cresça no seio de uma família de maneira que se sinta querida e segura em ambiente saudável, que receba alimentação adequada, a devida assistência médica e a ajuda necessária para formar os indispensáveis hábitos de higiene pessoal.

Vemos que o programa de H. M. e H. I. têm relação com os serviços já mencionados e na realidade os serviços não são isolados, êles se entrelaçam e um completa o outro para alcançarem seus objetivos.

Compete à enfermeira a descoberta precoce das gestantes e sua orientação para a melhoria das condições de saúde, preparo para o parto e cuidado do bebê, providenciar assistência obstétrica adequada e orientação para mãe espuerpério, descoberta dos recém-nascidos; cuidados e orientação às mães sôbre o cuidado global à criança, desde o recém-nascidos até o adolescente.

Para bem realizar seu trabalho a enfermeira necessita conhecer as características do desenvolvimento e do crescimento humano, tão bem como os sinais que podem indicar desvíos da normalidade. Precisa compreender a importância da família como grupo social primário; as causas de morbidade e mortalidade da mãe e da criança e os meios de combatê-las.

Deve ter boa base em obstetrícia, puericultura e pediatria

e habilidade nas práticas de enfermagem destas matérias, conhecimentos de psicologia das relações humanas e higiene mental.

Bom conhecimento de nutrição é básico para que a enfermeira trabalhe neste serviço. É necessário que a enfermeira além de bom lastro teórico, tenha a segurança que só a prática oferece na elaboração de dietas, preparo de mamadeiras, sucos, sopas, etc.

EDUCAÇÃO SANITÁRIA

O objetivo da educação sanitária é ajudar as pessoas a obter ou a melhorar a saúde por suas próprias ações e esforços. "A educação sanitária é o processo através o qual o indivíduo aprende a ser guardião da sua própria saúde".

A educação sanitária permite estabelecer melhor compreensão entre a população e os organismos de saúde pública e facilita a obtenção do apoio de população para as medidas empregadas ou a executar.

A educação sanitária é uma das principais funções da enfermeira e ela precisa estar bem consciente disto em tôdas as fases do seu trabalho e da sua vida.

A enfermeira encontra inúmeras oportunidades para ensinar. Desde a instrução individual que atenda a problemas específicos do indivíduo, ao trabalho com grupos oferece muitas vantagens. Parece que o indivíduo receia aceitar práticas novas que o coloquem em conflito com o seu grupo. Assim, quando a instrução é dada em grupo e que êsse grupo aceita a nova prática é mais fácil para cada um dos participantes aceitá-la.

A enfermeira só conseguirá êxito no seu trabalho educativo se possuir conhecimentos técnicos seguros e atualizados, se compreender como as pessoas aprendem, se souber como ensinar e se estiver familiarizada com os materiais e recursos que tornam mais compreensíveis os ensinamentos. Deve ser capaz de aplicar os princípios psicológicos para entender o comportamento humano.

Necessita compreender-se a si mesma e como sua própria personalidade tem influência nas suas relações com as famílias, pacientes e companheiros de trabalho.

Os aspectos mental, emocional e físico da saúde e da doença, assim como o impacto dos fatôres sociais, econômicos e religiosos, devem ser considerados pela enfermeira no seu trabalho. A enfermeira deve ainda saber como avaliar o ensino e julgar da sua própria capacidade de educadora.

COLETA DE DADOS BIOESTATÍSTICOS

A Bioestatística é a bússola que orienta o trabalho de Saúde Pública. A responsabilidade pela coleta acurada e oportuna dos dados bioestatísticos, cabe aos serviços sanitários locais.

Algumas vêzes a enfermeira é solicitada a dar sua colaboração para a obtenção de dados tais como de nascimentos, de mortalidade, de morbidade. Assim ela precisa estar a par da técnica de coleta de dados.

Mesmo nos casos em que não tem uma atuação direta na coleta de dados, a enfermeira deve se acostumar a consultar os dados de bioestatística para bem entender o sistema de prioridades utilizado, para saber por que se está trabalhando com mais ênfase em determinados problemas e para ser capaz de interpretar os objetivos do serviço para o público.

ASSISTÊNCIA MÉDICA

No Brasil, a assistência médica deve fazer parte do serviço de saúde pública particularmente quando o nível econômico da população é baixo e não existem outras formas de cuidados médicos.

A enfermeira presta cuidados em domicílios ou orienta as pessoas da família para darem os cuidados necessários aos doentes, alerta o público sôbre os sinais de doença, insiste na necessidade de tratamento precoce, esclarece os pacientes sôbre os recursos assistenciais existentes e reforça as prescrições médicas.

Assim, a enfermeira deve saber como decorrem muitos processos clínicos e deve estar apta a interpretar e a executar ordens médicas; precisa estar a par das variadas provas que contribuem para a avaliação do estado do paciente e ter bom conhecimento básico de terapêutica.

Deve saber como prestar cuidados de enfermagem para tôdas as espécies e grupos de pessoas, em lugares diversos, lares, escolas, centros de saúde, áreas urbanas e rurais, sob uma variedade enorme de circunstâncias e de condições.

Além do trabalho já sumàriamente descrito, a enfermeira de Saúde Pública deve assumir a responsabilidade pelo treinamento e supervisão do pessoal auxiliar como as atendentes que trabalham nas várias clínicas e dispensários, atendendo aos médicos e ao público. Compete ainda à enfermeira a seleção, o preparo e a supervisão das visitadoras sanitárias, que quando são bem treinadas e recebem supervisão adequada dão uma contribuição de grande valor no trabalho de Saúde Pública.

ESTÁGIO DE SAÚDE PÚBLICA

A aluna que durante o curso esteve permanentemente sob supervisão das suas instrutoras vai se defrontar no estágio de Saúde Pública com uma situação inteiramente nova. Depois de alguns dias, passará a visitar sòzinha, com supervisão apenas periódica, entregue a sua própria noção de responsabilidade, capacidade profissional e iniciativa. Vai penetrar na intimidade dos lares, auscultar de perto os problemas domésticos, às vêzes assustadores e desconcertantes, muitas vêzes aparentemente desanimadores para a estudante que, se não tiver boa orientação, vai engrossar as fileiras já grandes das enfermeiras que não acreditam em Saúde Pública, porque só aceitam as tarefas que oferecem resultados imediatos e espetaculares.

O sucesso do estágio de Saúde Pública dependerá muito da personalidade e do preparo da instrutora de Saúde Pública, da atitude das enfermeiras que já trabalham na unidade sanitária onde se realiza o estágio, da soma de entusiasmo e

interêsse que elas tiverem para transmitir às alunas, da sua capacidade de trabalho e do exemplo positivo que devem dar.

A aluna deve trazer bem desenvolvida por seus anos anteriores na escola de enfermagem a capacidade de observação e amadurecimento no trato com as pessoas, a atitude profissional e o senso de responsabilidade apurado.

A unidade sanitária é o lugar ideal para o estágio de Saúde Pública, porque deve oferecer as oportunidades capazes de propiciarem o desenvolvimento da aluna neste campo.

Antes do início deste estágio, como de qualquer outro, a instrutora de Saúde Pública deve verificar as condições de campo e fazer os acertos necessários. Deve entrar em entendimentos com o pessoal local e prepará-lo para o estágio. Às vêzes êste é um trabalho lento e que exige da instrutora muita flexibilidade, tato e tempo, inicialmente.

A instrutora deve selecionar as oportunidades para a prática das alunas dentro do trabalho diário do Centro de Saúde, quer no que diz respeito à visitação em domicílio, escolas, estabelecimentos, etc., como ao trabalho dentro da unidade sanitária nas clínicas, ambulatórios, lactários, dispensários, etc. A aluna deve ter oportunidade de entrar em contato e desenvolver trabalho com grupos de mães, curiosas, infantes, pré-escolares, escolares, adultos, etc. Deve ser dada ênfase à participação da aluna no trabalho educativo e esta é uma boa ocasião para que ela adquira maior habilidade no uso dos recursos audio-visuais de natureza educativa.

Antes de iniciar o estágio de Saúde Pública, a aluna já deve ter terminado quase todo o curso porque vai precisar de quase tudo o que aprendeu nos 3 ou 4 anos do curso de enfermagem.

Algumas matérias, porém, são básicas para o trabalho em saúde pública e faremos referências aos conhecimentos que elas envolvem.

De tudo o que já referimos sôbre o trabalho da enfermeira de Saúde Pública no nosso país ressalta a necessidade de bom conhecimento sôbre doenças transmissíveis, epidemiologia, enfermagem de doenças transmissíveis, cuja prática a aluna terá adquirido no estágio bem feito de D. T., habilidade na

execução das técnicas modernas de imunizações, boa base de microbiologia e parasitologia, conhecimento das provas diagnósticas como as provas de Schick e de tuberculina, obstetrícia, puericultura e pediatria, com seus estágios respectivos, ricos de experiências, que tanta aplicação terão no trabalho em domicílio. A aluna deve trazer em dias seus conhecimentos de nutrição e a segurança que só a prática oferece na elaboração de dietas, preparo de mamadeiras e regimes dietéticos, sucos etc., prática essa que deve ter sido adquirida em estágio de dietética.

Deve ter conhecimento seguro dos meios e práticas usadas em saneamento, do importante papel do abastecimento d'água adequado no índice sanitário de uma região, da importância do destino adequado dos dejetos no combate às verminoses e às doenças do grupo entérico, da importância do meio físico sôbre a saúde.

Deve ter compreensão dos princípios de psicologia das relações humanas, de antropologia e problemas sociais e já trazer alguma habilidade em métodos de ensino. Deve conhecer o valor da estatística vital para o trabalho de Saúde Pública, conhecer os métodos empregados para o cálculo dos coeficientes mais utilizados em Bioestatística, assim como a significação de termos usados e interpretação de gráficos, tabelas, etc.

Se, como vem sendo recomendado, os aspectos sociais e de saúde foram integrados em todo o currículo básico, se a aluna ficou convencida de que a educação dos pacientes nos assuntos de saúde é uma das suas responsabilidades e nos seus estágios não se esqueceu dêsse fato, ela estará bem preparada para tirar uma boa experiência do seu estágio de Saúde Pública.

CONCLUSÕES

1) O preparo para o trabalho de saúde pública começa quando a aluna entra para a Escola de Enfermagem pela integração dos aspectos sociais e de saúde em todo o currículo, devendo ser dada ênfase às experiências consideradas indispensáveis ao trabalho da enfermeira de saúde pública.
2) O estágio de saúde pública deve ser realmente o último do curso e só deve ser iniciado quando a aluna tiver completado os demais estágios exigidos pelo curso de enfermagem.
3) A instrutora de saúde pública deve dispor de tempo para entrar em entendimentos com o pessoal do local designado para estágio bem antes da época da chegada das alunas, com o fim de prepará-lo e promover um ambiente de aceitação para com as alunas.

BIBLIOGRAFIA

Relatório da 9.ª Assembléia Mundial de Saúde.
MORAIS, N.A. e PANTOJA, W.P. — Fundamentos para a organização de Serviços de Proteção Materno-Infantil — Revista do SESP n.º 2 — 1957.
BRITO BASTOS, N.C. e GROSSMAN, JEROME — Programa de Educação Sanitária em Hospitais — Revista do SESP n.º 2 — 1957.
DAVIES, M. OLWEN — Developments in Public Health Nursing — Nursing Outlook n.º 11 — Novembro de 1963.

Conferência Nacional de Saúde On-Line

http://www.datasus.gov.br/cns

Tribuna Livre

DISCURSO DE POSSE DO MINISTRO JOSÉ SERRA, NO MINISTÉRIO DA SAÚDE EM 31 DE MARÇO DE 1998

Minhas primeiras palavras são de agradecimento ao presidente da República Fernando Henrique Cardoso, pela confiança em depositar em mim a responsabilidade pela condução deste ministério.

Desculpem-me a banalidade da metáfora: a saúde de um povo é um termômetro da sociedade.

A saúde de um povo, ou pelo menos o que um povo pensa sobre o estado geral de sua própria saúde, reflete de forma extremamente sensível os mais diversos aspectos da sociedade. Incidem sobre as condições de saúde fatores tão dispares quanto o nível de emprego, as taxas de salários, a inflação, as formas de organização familiar, os acidentes de trânsito, os investimentos em saneamento, os hábitos de higiene familiar, fenômenos ambientais e, particularmente, um conjunto de ações que podemos denominar políticas de saúde, em cujo vértice encontra-se o Ministério da Saúde.

É sempre a esse vértice que é atribuída a responsabilidade principal pelas eventuais subidas do termômetro, mesmo quando tal elevação possa ter sido provocada por qualquer daqueles numerosos fatores, sós ou combinados.

Embora seja cego quanto à eventual distribuição de fatores causais, o termômetro não o é em relação à distribuição de culpas. Aponta sempre para o governo, principalmente o federal e, particularmente, para o Ministério da Saúde.

Mas tal reflexão não tem, para mim ou para o presidente Fernando Henrique, nenhuma implicação negativa. Ao contrário. O Ministério da Saúde tem de fazer sua parte. Toda vez que ele encarnar efetivamente o vértice de responsabilidade pelos problemas que aparecem, abrir-se-a uma chance nova para revigorar o seu trabalho e a sua ação.

É com esse espírito que assumo o Ministério. Pronto para as responsabilidades mais ou menos abrangentes. Pronto para responder a elas com a duplicação dos esforços e dos esclarecimentos necessários à mobilização da sociedade pela Saúde.

As políticas sociais na área de Saúde, tal como eu as encaro, correspondem a uma terceira etapa de conquista de cidadania. Evoco a esse respeito uma famosa conferência em Londres, há quase meio século, do sociólogo inglês T.S. Marshall, falando das três etapas da conquista da cidadania, as quais

WWW.GOOGLE.com.BR

foram se constituindo ao longo de três séculos.

A primeira etapa, no século XVIII, foi marcada pelo reconhecimento dos direitos civis: as liberdades fundamentais de todas as pessoas, inerentes a elas pelo simples fato de existirem e conviverem em sociedade.

A segunda etapa, a partir do século XIX, foi a conquista dos direitos políticos: votar e ser votado, o sufrágio universal, etc.

A terceira etapa, já no século XX, caracteriza-se pelo reconhecimento dos direitos sociais do cidadão. Para viver e exercitar plenamente a sua cidadania, as pessoas têm direito a recursos que lhe garantam oportunidades de realizar seus objetivos, a uma vida saudável e a segurança na velhice.

Sendo parte do contrato que cada indivíduo tem com a sociedade, tais garantias e recursos passam a ser uma obrigação do Estado para com todos os cidadãos. Se não provendo diretamente todos os recursos para a concretização daqueles direitos, cabe ao Estado, no mínimo, regular a prestação dos serviços que garantam os direitos sociais aos cidadãos.

Digo isto para salientar algo que me parece fundamental: o atendimento à Saúde é direito de todos, e o nosso papel é prover as condições para garantir esse direito, independentemente da condição social de cada um.

É nesse contexto que situo, na linha de pensamento do presidente Fernando Henrique, princípios e idéias que nortearão a ação do Ministério da Saúde.

1. É correta a orientação constitucional que consagra a universalidade do atendimento à saúde. Atendimento a toda a população e atendimento que deve ser integral, unindo a atenção preventiva e a curativa. É preciso garantir que todas as pessoas que não disponham de informação e de dinheiro tenham acesso a esse direito. Não podemos entrar no século XXI sem cumpri-lo de forma decente.

2. Nesse contexto, o Serviço Único de Saúde, o SUS, impõe-se como inexorável, devendo integrar as áreas estatal, filantrópica e privada, na produção dos serviços. É perda de tempo incensar ou amaldiçoar o SUS. O que precisamos é que funcione melhor. Aliás, esta é a síntese do nosso programa: fazer os serviços de saúde funcionarem melhor.

E a propósito de amaldiçoar, quero manifestar minha rejeição a uma espécie de instinto homicida que por vezes acomete as elites brasileiras com relação às instituições sociais: quando funcionam mal, propõem-se sempre fechá-las ou piorá-las, estrangulando-as, em vez de reformá-las para torná-las mais fortes. Por outro lado, é preciso que se diga, não raramente as corporações de cada uma dessas instituições acabam cooperando involuntariamente com essa mentalidade destrutiva, ao dificultarem as reformas.

3. A descentralização da execução de serviços, unificando também a sua gestão, é um requisito essencial para que esse sistema possa funcionar. Tudo o que puder ser feito pelos municípios, os mais próximos dos usuários, deve ser feito por eles. O que não puder ser feito pelos municípios, deve ser feito pelos Estados. A União deve executar apenas o que os Estados e os municípios não puderem fazer.

4. As dificuldades da descentralização não são devidas apenas a Brasília. Quando Brasília as tem, o argumento principal é que a transferência de recursos para os Estados e municípios costuma provocar uma substituição de fontes. Ou seja, a União envia um real, e alguns Estados ou municípios diminuem

um real de suas despesas com recursos próprios. Mas há também resistência dos Estados e municípios em assumirem encargos quando sofrem de crônica escassez de recursos próprios e não confiam que os repasses de recursos da União sejam regulares e permanentes. Há, por fim, despreparo na esfera federal para passar do trabalho de execução ao trabalho de coordenação; e há despreparo administrativo das outras esferas da federação para assumir a execução de muitas das ações da saúde. Toda essa situação se evidencia, por exemplo, no combate às endemias e às moléstias infecciosas.

Portanto, para que a descentralização funcione, será preciso, além da vontade política, que existe, garantir um fluxo permanente de recursos, mesmo que sejam modestos; segundo, que haja uma vinculação de receitas a despesas, tanto no caso da União como dos Estados e dos municípios; terceiro, que seja empreendido um amplo projeto de capacitação operacional de governos sub-nacionais e do próprio governo federal na área da saúde para as novas divisões de funções que estão na agenda.

5. Nós vamos dar continuidade, melhorar e aprofundar as ações da saúde que o governo do Presidente Fernando Henrique vem desenvolvendo.

O orçamento executado da saúde nos últimos anos tem melhorado. Do mesmo modo, tem melhorado o controle da aplicação dos recursos, sendo significativos os resultados obtidos, a partir da gestão do Dr. Jatene, neste governo, na área do SUS. Mas ainda resta muito por fazer no combate a duas formas de gastar mal o dinheiro público: a corrupção e o desperdício.

A saúde precisa de mais recursos e precisa utilizar melhor os recursos disponíveis. Se não, não terá legitimidade para obter os recursos adicionais. Precisa também de regularidade no fluxo desses recursos. O atraso é especialmente burro, pois em época de estabilidade sequer economiza alguma coisa e, ao mesmo tempo, estropia a execução dos programas. Deve passar a considerar-se tão grave atrasar despesas essenciais de saúde quanto atrasar o pagamento de juros a credores do país.

6. O atendimento básico e o SUS precisam também avançar e flexibilizar seus métodos de funcionamento. Em certas circunstâncias, é inevitável que o método de pagamento por serviços recebidos seja mantido mas noutras terá de ser substituído no âmbito dos municípios. Temos de passar do financiamento à saúde baseado na oferta de serviços ao atendimento baseado na demanda de serviços. Isto ajudará a evitar os custos crescentes e a melhorar a qualidade de atendimento. Como se diz, a falta de controle e regulação do sistema de saúde por vezes leva a situações onde as pessoas que recebem o serviço não sabem se o que está sendo pago corresponde ao que recebeu e o Estado pagador não sabe se o serviço foi prestado.

7. A propósito, é preciso ter claro que este Ministério chama-se Ministério da Saúde e não Ministério das Doenças. Ou seja, precisamos cuidar da saúde precisamente para diminuir as doenças e reduzir dois custos: o custo social dos que sofrem com elas e o custo econômico de tratamentos complexos e de hospitalização.

8. Vou citar aqui dois exemplos de prioridades, integradas nessa perspectiva: o atendimento direto à família e o atendimento integral à saúde da mulher. O primeiro consiste na formação de equipes de saúde da família compostas por um médico, dois auxiliares de enfermagem e seis agentes municipais de saúde, com vistas a atenderem mais ou menos mil famílias cada. Já temos no Brasil 1.600 equipes. Pretendemos triplicá-las no prazo de um ano, atingindo perto de 20 milhões de pessoas. Não tenho dúvida de que a descentralização, consubstanciada no PAB - Piso de Atenção Básica no Programa de Saúde da Família na gestão plena dos sistemas estaduais e municipais, serão a espinha dorsal da mudança do quadro da saúde no Brasil.

9. No caso da saúde da mulher, defendo também o atendimento integral, que não pode restringir-se ao período pré-natal e assistência ao parto: tem de envolver, além disso, a educação para o planejamento familiar, a prevenção do câncer e outros problemas específicos que envolvem as condições de saúde das mulheres. Aliás, um programa assim já foi desenhado há quinze anos: o Programa de Atendimento Integral à Saúde da Mulher, o PAISM. Mas as dificuldades de implementação desse programa e de se fazer reconhecer como prioritário levaram à situação atual, com índices inaceitáveis de mortalidade materna ou com o crescimento da gravidez na adolescência. O Ministério da Saúde, reafirmará esses direitos, formulará as políticas e fará monitoramento das ações, para que as mulheres se sintam respeitadas e apoiadas. Os investimentos na melhoria da qualidade de vida das mulheres são os que apresentam maior retorno social, pois repercutem sobre toda a comunidade. São elas os mais eficientes agentes de mudança, inclusive na política da saúde. Mais do que todos, este Ministério deve tomar esse partido.

10. Se alguém duvida da importância da descentralização, da seriedade dos problemas de gestão e da necessidade da organização da administração, do gerenciamento e da informação, basta lembrar que existem 5.507 municípios, 27 Estados, 7 mil hospitais ligados ao SUS e 50 mil unidades de saúde. Por isso, temos de melhorar os levantamentos epidemiológicos e controles estatísticos de toda natureza, além de estruturar e operacionalizar critérios que permitam controlar a eficiência dos serviços, a qualidade para o usuário e seus custos.

Área social não é e não pode ser sinônimo de desperdício, precariedade administrativa, falta de metas e baixa qualidade dos serviços. Desde logo, vou me empenhar em esclarecer exatamente porque há hospitais públicos que funcionam tão bem e outros que funcionam tão mal, sob condições exógenas parecidas. Do mesmo modo, porque alguns municípios que já tiveram muita dengue conseguiram livrar-se dela completamente e outros, ao contrário, pioraram. Investigaremos esse assunto, não em busca de culpados, mas em busca de conclusões que permitam estimular, incentivar a generalização do bom serviço.

Neste aspecto, aliás, quero ressaltar a importância de aprimorar a rede de Santas Casas e Hospitais Universitários, com a implantação de programas de qualidade e o estímulo a montagem de Planos de Saúde. Temos de transformar a qualidade do atendimento à saúde numa verdadeira obsessão nacional. Convidaremos mesmo cada grande empresa brasileira que já tenha obtido excelência em qualidade para implantar e supervisionar métodos de qualidade total em um hospital público.

11. Há uma área da saúde onde ainda vivemos situações absurdas: a de controle de endemias e doenças infecciosas. Absurdas porque, neste caso, o problema não é falta de dinheiro, não é falta de gente, não é falta de vontade política, não é falta de indignação nacional. É um problema que decorre de uma lei de concorrências públicas, que permite obstruções abusivas e provoca atrasos fatais. Decorre da insuficiente produção doméstica das vacinas adequadas. Decorre de um jogo de empurra-empurra entre as três esferas de governo - e quem paga o pato são as pessoas mais humildes. Decorre da falta de visão de médio e longo prazos em muitas administrações: quando uma doença se vai, e o mosquitinho desaparece, é preciso continuar investindo para que ele não volte e é óbvio que esse não chega a ser um investimento politicamente atraente, embora seja essencial.

Esse diagnóstico balizará nossas ações de forma muito clara: alteração de lei de licitações, aumento da produção doméstica, comprometimento firme das três esferas de governo e, acima de tudo, mais rigor no cumprimento dos cronogramas de ação, e regularidade na liberação dos recursos previstos.

12. Há uma área onde o Brasil tem tido bons avanços pontuais, mas é preciso ir muito além: a formação de recursos humanos. Refiro-me a especialistas em política de saúde e administradores de saúde. Vamos fortalecer e ampliar os cursos nas universidades federais e estaduais aproveitando o excelente

patrimônio técnico já existente. Novos cursos, formação de mais pesquisadores. Para isso, teremos a colaboração do MEC e do CODEFAT. Outro aspecto relevante é o da formação de pessoal auxiliar. Dou um exemplo: há cerca de 250 mil atendentes necessitando treinamento para transformar-se em auxiliares de enfermagem. O curso dura um ano e custa mil reais por aluno. Trata-se de uma carência que poderia ser eliminada em quatro ou cinco anos, sem grandes abalos financeiros mas com impactos extraordinários na qualidade de atendimento de saúde.

13. É evidente que na área de endemias e vacinação o grande instrumento do governo federal é a FUNASA. Quero deixar claro: não pretendo extinguir a FUNASA - ela cumpre funções indispensáveis num país ainda tão centralizado. Vamos fortalecê-la e ao mesmo tempo impulsionar a descentralização de suas funções e tarefas, capacitando os Estados e os municípios para exercerem esse papel. Contaremos com seus funcionários e daremos um crédito de confiança aos seus coordenadores nacionais e estaduais. Isto vale também para os hospitais.

Não vamos demitir ninguém pelo fato de que ocupe um cargo devido a indicações políticas. Mas não deixaremos de demitir alguém que, embora tenha sustentação política, seja comprovadamente incompetente, faça discriminação entre municípios ou gaste mal nossos escassos recursos. O bom atendimento à saúde do povo é anterior e superior a critérios políticos que envolvam indicações. Conheço bem o Congresso, de onde venho e de onde sou, e estou seguro de que a esmagadora maioria dos parlamentares e seus líderes compreende e compartilha esse ponto de vista.

14. Finalmente, quero dizer que todo o meu trabalho no Ministério da Saúde será norteado pela perspectiva de somar e agregar esforços. Depois da estabilidade de preços, o país tem três grandes desafios: o trabalho, a educação e a saúde. Só enfrentaremos os problemas dessas áreas somando, agregando. Somando dentro do próprio governo, e aqui me refiro mais especificamente à Saúde, que necessita apoio político e econômico. Agregando os Conselhos Nacional, Estaduais e municipais da Saúde. Somando o Congresso, os partidos, independentemente das óbvias e legítimas disputas de poder. Agregando os Estados e os municípios, com cujos Secretários de Saúde trabalharemos em equipe. Somando todos os profissionais de Saúde e muito especialmente aqueles que dedicaram suas vidas ao sacerdócio da saúde pública, renunciando talvez a proventos e gratificações individuais bem maiores. Somando a sociedade, para que cada um aprenda e contribua a cuidar da saúde de si próprio e dos outros.

Esta soma, esta agregação, só tem uma finalidade: atender aos que precisam, dar um mínimo de segurança às famílias temerosas dos efeitos destruidores de uma doença.

Aceitei este cargo como uma missão: melhorar substancialmente o atendimento à saúde.

Aqueles que exigem e esperam milagres provavelmente ficarão desapontados. Milagres não existem. Shakespeare, num belo verso, cujo ritmo eu não saberia reproduzir numa improvisada tradução, dizia: "nossos desejos e os fatos vão em direções tão contrárias que todos os nossos estratagemas caem por terra; nossos pensamentos nos pertencem; nossas ambições, nem um pouco".

Em vez de milagres, fixaremos e renovaremos objetivos e metas, de acordo com os princípios e idéias já enunciados. Trabalharemos duro, com pertinácia, para conquistá-los.

Agora quero me dirigir à cada cidadão, às mulheres e homens de todo o Brasil.

Em cada ação no Ministério, estaremos pensando nas pessoas que sofrem porque as vacinas não chegaram, porque tomam medicamentos estragados, porque as filas nos hospitais são insuportáveis;

pensando nas mulheres que poderiam ter sido salvas do câncer com simples diagnósticos preventivos, nas crianças que morrem porque falta um mínimo de saneamento básico, nas famílias sem atendimento adequado dos seus planos de saúde. Estaremos sempre do lado dessas pessoas. Nosso ponto de partida será sempre a solidariedade.

15. Quero também dizer a essas pessoas: não hesitem em reclamar, em protestar quando julgarem que o atendimento é insuficiente ou inadequado. No Brasil, não pode haver cidadãos de primeira e de segunda classe, estes submetidos a um conformismo que os marginaliza do exercício dos seus direitos. Saber, ter consciência de que o serviço público deve tratar com respeito e dignidade cada um dos seus usuários é uma condição necessária para que esses serviços melhorem. Somente no dia em que as pessoas que hoje se sentem de segunda classe tomarem consciência de que não o são, teremos um país e uma sociedade, além de prósperos, mais justos.

E não se pense que esta é uma perspectiva subversiva. A respeito do protesto, há um pequeno livro, que é uma obra prima, do professor Albert Hirschman, que nos mostra como essa atitude é essencial numa economia de mercado.

Nesta economia, quando um consumidor ou um usuário não se sente bem atendido pelo produto ou serviço que adquire, ele pode mudar imediatamente de marca ou de fornecedor. Para não perder clientes, o empresário tratará de baixar o preço, melhorar o atendimento ou a qualidade. Já na Saúde isto não acontece. Nela, o mercado e a concorrência operam pouco e mal.

Para começar, grande parte da população não tem dinheiro para exercer sua demanda. No Brasil, 23 por cento das famílias recebem até dois salários mínimos ao mês; 52 por cento até 5 salários mínimos.

Segundo, mesmo para os que têm um pouco de recursos, o mercado é extremamente imperfeito. O consumidor/usuário tem escassa informação sobre o serviço que adquire. O resultado é difícil de medir. O produto não pode ser devolvido. Não é fácil mudar de provedor de serviços médicos.

Aos economistas mais exaltados na defesa do império amplo, geral e irrestrito do mercado, sugiro que leiam, para o caso da Saúde, os artigos do professor Arrow, refundador da economia neoclássica e Prêmio Nobel de Economia. Sugiro também que respondam à seguinte pergunta: como, por meio do mercado, conseguir que o filho de um operário tenha a mesma chance de se recuperar de uma doença que o filho de um executivo?

Ora, se o consumidor/usuário dispõe de nenhuma ou pouca possibilidade de punir o serviço ineficiente mudando para outro provedor, como pode fazer para ser melhor atendido? Como forçar o bom atendimento? Não tenho dúvida: além de procurar informar-se melhor, ele deve reclamar, protestar. A reclamação, o protesto, é um direito legítimo no regime democrático. Corrige, em certas circunstâncias, do lado do consumidor, os defeitos do mercado.

Sou o primeiro não médico a assumir o Ministério da Saúde, em várias décadas. Mas não creio que foi como economista que o presidente Fernando Henrique Cardoso me convocou para esta missão. Convocou-me como político, indivíduo que, na definição de Max Weber, tem compromisso com os resultados de sua ação. Tal compromisso, porém, não prescinde de princípios e são estes princípios que, em última instância, fazem a diferença entre uns políticos e outros.

Os que tem me acompanhado há algumas décadas - iniciei minha militância política há 36 anos - sabem que comecei, mantenho e terminarei minha vida pública na defesa de três princípios - a maior igualdade social, a liberdade e a decência - e no combate a todas as formas de discriminação. Sabem também que

nunca hesitei na rejeição aos métodos perdulários de governo, na prática da austeridade e da seletividade dos gastos públicos.

Todos conhecem minha obstinação em torno das teses que defendo, aceitando navegar, com freqüência, contra correntes de opiniões até de amigos, para não dizer dos mais variados interesses. Por último, quero registrar também que sempre fui adversário da tese de que a política é a arte do possível. Para mim é a arte de ampliar os limites do possível, ou seja é a arte de avançar no impossível.

Talvez seja por isso é que aceitei esta missão. Já enfrentei outras situações desafiadoras na vida, desde cedo. Algumas cobraram um preço elevado: interrupção de estudos, quatorze anos de exílio, derrotas eleitorais ou teses derrotadas. Outras foram gratificantes: experiências de governo que deram certo (com o governador Montoro), vitórias eleitorais, leis que pegaram, como a que deu origem ao Fundo de Amparo o Trabalhador, financiou o seguro desemprego e o treinamento profissional, hoje comandado pelo CODEFAT e executado pclo governo Fernando Henrique em todo o Brasil.

Mas devo confessar que o desafio de hoje, que enfrento a partir dos 56 anos de idade, é o maior de todos.

Topo da Página
Home Page

1ª leitura - 5.11.2002.

Edição
Revisada e Atualizada

MANUAL PARA A ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA

MINISTÉRIO
DA
SAÚDE

ANEXO 8.

APRESENTAÇÃO

A construção do Sistema Único de Saúde é uma tarefa compartilhada entre o governo federal, governos estaduais e municipais, com a importante participação da sociedade, por intermédio dos Conselhos de Saúde. O empenho de todos deverá garantir o acesso dos cidadãos brasileiros a serviços de saúde eficientes e de boa qualidade.

O SUS realizou, até agora, importantes avanços graças ao processo de descentralização, impulsionado, em 1998, pela implantação do Piso de Atenção Básica – PAB. Esse Piso garante a cada município um montante mínimo de recursos, calculado em função de sua população. Tal sistemática permite a transferência regular e automática de recursos federais para a atenção básica, diretamente do Ministério da Saúde para os Municípios, permitindo que o gestor municipal possa assumir as responsabilidades que lhe competem. A grande maioria dos municípios brasileiros já está recebendo recursos financeiros através dessa modalidade de transferência.

A prioridade dada à Atenção Básica representa um grande esforço para que o sistema de saúde torne-se mais eficiente, consolide vínculos entre os serviços e a população e contribua para a universalização do acesso e a garantia da integralidade da assistência.

O Ministério da Saúde convida todas as pessoas comprometidas com a consolidação do SUS para um esforço conjunto, capaz de fazer com que os avanços já obtidos beneficiem a população, mediante serviços acessíveis, resolutivos e humanizados.

JOSÉ SERRA

4 parágrafos

INTRODUÇÃO

O Manual para a Organização da Atenção Básica objetiva regular, no âmbito do Sistema Único de Saúde, a atenção básica à saúde e apontar um eixo orientador para a reorganização do modelo de atenção, de acordo com o estabelecido na NOB-SUS 01/96. Foi elaborado com a contribuição dos diversos setores do Ministério da Saúde, do Conselho Nacional de Secretários de Saúde e do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. Ele apresenta:

- a conceituação da atenção básica;
- as responsabilidades dos municípios, enquanto gestores desse tipo de atenção;
- um elenco de ações, atividades, resultados e impactos esperados, que traduzem as responsabilidades descritas;
- orientações sobre o repasse, aplicação e mecanismos de acompanhamento e controle dos recursos financeiros que compõem o Piso de Atenção Básica – PAB.

Este Manual, aprovado pela Portaria GM/MS n° 3.925, de 13 de novembro de 1998, encontra-se no momento em sua 2ª edição, que contém significativas alterações, se comparada à primeira, distribuída em Goiânia/GO durante o 14° Congresso Nacional de Secretários Municipais de Saúde, realizado de 15 a 17 de novembro de 1998.

Essas modificações foram mais expressivas nos indicadores selecionados para acompanhamento da Atenção Básica durante o ano de 1999, nos municípios habilitados conforme a NOB-SUS 01/96. Isso porque na primeira edição não foram publicados alguns indicadores aprovados pela Comissão Intergestores Tripartite.

Com o objetivo de facilitar o processo de disseminação da nova versão do Manual de Atenção Básica, o Ministério da Saúde optou por republicar a Portaria acima citada. Ela se encontra anexa a este documento.

É importante ressaltar que as responsabilidades dos municípios com a Atenção Básica crescem progressivamente, à medida em que adquirem condições e capacidade para ampliar suas atribuições e assumir a implementação de novas ações e atividades.

As responsabilidades municipais nas áreas de zoonoses, endemias e medicamentos não estão, no momento, definidas, uma vez que o repasse de recursos Fundo a Fundo referente à execução dessas atividades ainda não foi regulamentado. Futuramente serão objeto de pactuação e publicadas em complementação a este Manual.

É importante enfatizar, ainda, que o Piso de Atenção Básica – PAB se constitui em um valor *per capita* repassado pelo governo federal aos municípios, que, somado

às transferências estaduais e aos recursos municipais, financia a Atenção Básica à Saúde, de acordo com os conceitos descritos neste Manual, mediante a garantia de um mínimo de ações e procedimentos contidos na Portaria GM/MS n° 1.882, de 18 de dezembro de 1997.

O QUE É ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE?

ATENÇÃO BÁSICA é um conjunto de ações, de caráter individual ou coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação. Essas ações não se limitam àqueles procedimentos incluídos no Grupo de Assistência Básica da tabela do SIA/SUS, quando da implantação do Piso de Atenção Básica. A ampliação desse conceito se torna necessária para avançar na direção de um sistema de saúde centrado na qualidade de vida das pessoas e de seu meio ambiente.

A organização da Atenção Básica, com base na Lei nº 8.080, tem como fundamento os princípios do SUS, a seguir referidos:

- **Saúde como direito** – a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício, por meio de políticas econômicas e sociais que visem a redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde individual e coletiva.

- **Integralidade da assistência** – entendida como um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigido para cada caso, em todos os níveis de complexidade do sistema.

- **Universalidade** – acesso garantido aos serviços de saúde para toda população, em todos os níveis de assistência, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie.

- **Eqüidade** – igualdade na assistência à saúde, com ações e serviços priorizados em função de situações de risco, das condições de vida e da saúde de determinados indivíduos e grupos de população.

- **Resolutividade** – eficiência na capacidade de resolução das ações e serviços de saúde através da assistência integral resolutiva, contínua e de boa qualidade à população adscrita, no domicílio e na unidade de saúde, buscando identificar e intervir sobre as causas e fatores de risco aos quais essa população está exposta.

- **Intersetorialidade** – desenvolvimento de ações integradas entre os serviços de saúde e outros órgãos públicos, com a finalidade de articular políticas e programas de interesse para a saúde, cuja execução envolva áreas não compreendidas no âmbito do Sistema Único de Saúde, potencializando, assim, os recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos disponíveis e evitando duplicidade de meios para fins idênticos.

- **Humanização do atendimento -** responsabilização mútua entre os serviços de saúde e a comunidade e estreitamento do vínculo entre as equipes de profissionais e a população.

- **Participação** – democratização do conhecimento do processo saúde/doença e dos serviços, estimulando a organização da comunidade para o efetivo exercício do controle social na gestão do sistema.

O Sistema Municipal de Saúde

A partir da Constituição de 1988, que instituiu o Sistema Único de Saúde, várias iniciativas institucionais, legais e comunitárias vêm sendo tomadas para a viabilização do novo sistema. Destacam-se, no âmbito jurídico-institucional, as chamadas Leis Orgânicas da Saúde (nº 8.080/90 e 8.142/90), o Decreto nº 99.438/90 e as Normas Operacionais Básicas editadas em 1991, 1993 e 1996.

A Norma Operacional Básica - NOB/SUS 01/96, cuja elaboração é fruto de um amplo processo democrático que possibilitou a participação de diferentes segmentos da sociedade, em especial dos gestores das três esferas de governo e do Conselho Nacional de Saúde, é decorrente da experiência obtida com a aplicação da NOB/93, que possibilitou o fortalecimento do SUS ao impulsionar significativamente o processo de descentralização no país.

Como instrumento de regulação do SUS, essa NOB, além de incluir orientações operacionais propriamente ditas, explicita e dá conseqüência prática aos princípios e às diretrizes do Sistema, favorecendo, ainda, mudanças essenciais no modelo de atenção no Brasil.

Desta forma, de acordo com a NOB-SUS 01/96, a totalidade das ações e de serviços de atenção à saúde, no âmbito do SUS, deve ser desenvolvida em um conjunto de estabelecimentos, organizados em rede regionalizada e hierarquizada e disciplinados segundo os sistemas municipais de saúde – voltados ao atendimento integral de sua própria população e inseridos de forma indissociável no SUS, em suas abrangências estadual e nacional. Estabelece, ainda, que as ações desse sistema municipal "têm que estar organizadas e coordenadas, de modo que o gestor municipal possa garantir à população o acesso aos serviços e a disponibilidade das ações e dos meios para o atendimento integral" e que "a criação e o funcionamento desse sistema municipal possibilitam uma grande responsabilização dos municípios, no que se refere à saúde de todos os residentes em seu território".

Referindo-se ao processo de gestão, a NOB-SUS 01/96 define que "a realidade objetiva do poder público, nos municípios brasileiros, é muito diferenciada, caracterizando diferentes modelos de organização, de diversificação de atividades, de disponibilidade de recursos e de capacitação gerencial, o que, necessariamente, configura modelos distintos de gestão".

A NOB refere-se, ainda, às bases para o redirecionamento do modelo de atenção, que deve ser "transformado em um modelo de atenção centrado na qualidade de vida das pessoas e do seu meio ambiente, bem como na relação da equipe de saúde com a comunidade, especialmente com os seus núcleos sociais primários - as famílias. Essa prática, inclusive, favorece e impulsiona as mudanças globais, intersetoriais". O novo modelo requer, portanto, de um lado, "a transformação na relação entre o usuário e os agentes do sistema de saúde

(restabelecendo o vínculo entre quem presta o serviço e quem o recebe) e, de outro, a intervenção ambiental, para que sejam modificados fatores determinantes da situação de saúde".

Assim, os esforços para a organização e desenvolvimento da atenção básica devem apontar para o redirecionamento do modelo de atenção, buscando a integralidade da assistência no âmbito de um sistema que é constituído por uma rede hierarquizada e regionalizada e resguardando, sempre, o preceito constitucional da autonomia do município no processo de descentralização e o cumprimento dos demais princípios – universalização, eqüidade, integralidade, intersetorialidade e participação social – que norteiam o Sistema Único de Saúde.

Responsabilidades dos Municípios Habilitados Conforme a NOB-SUS 01/96 no que se refere à Atenção Básica

A Constituição Federal atribui aos prefeitos municipais responsabilidades sobre ações e serviços de atenção à saúde, reconhecendo que a proximidade permite-lhes identificar as reais necessidades de saúde da população.

A NOB-SUS 01/96 reafirma os princípios constitucionais ao definir que o município é responsável, em primeira instância, pela situação da saúde de sua população, organizando os serviços que estão sob sua gestão e/ou participando na construção do acesso aos demais serviços (dentro e fora do município).

A administração municipal assume gradativamente a responsabilidade de organizar e desenvolver o sistema municipal de saúde, onde insere-se o conjunto de ações que caracterizam a ATENÇÃO BÁSICA.

Essa responsabilidade pressupõe mudanças na forma de realização do trabalho das equipes de saúde, com a criação de vínculos entre a população e os serviços, na ampliação da atenção sobre as necessidades de saúde de populações específicas e na busca de alternativas mais adequadas às diferentes realidades.

Com o objetivo de melhor definir as responsabilidades com a atenção básica e de permitir o acompanhamento da descentralização trazida pela Norma Operacional Básica do SUS 01/96, está apresentado neste documento um detalhamento das atribuições e ações que gradativamente deverão ser realizadas pelos municípios. É importante ressaltar que essa divisão é apenas didática e que não deve ter caráter restritivo ou normativo quanto à sua operacionalização por parte dos municípios.

Para facilitar a compreensão, as responsabilidades encontram-se definidas em dois blocos - gestão do Sistema Municipal e atenção às pessoas - representados nos quadros a seguir:

1. Responsabilidades na Gestão da Atenção Básica

Na primeira coluna deste quadro, estão descritas as responsabilidades dos municípios habilitados pela NOB/96 na gestão da atenção básica. Essas responsabilidades são operacionalizadas mediante ações que estão apresentadas na segunda coluna do mesmo quadro.

Na terceira coluna são registrados alguns instrumentos que poderão contribuir

Responsabilidades	Ações	Instrumentos de gestão
1. Desenvolvimento de métodos e instrumentos de planejamento e de gestão, incluídos os mecanismos de referência e contra-referência de pacientes.	- Conhecer como se distribui a população em seu território e as causas mais freqüentes de adoecimento e morte de seus munícipes.	- SIH/SUS. - SIM.
	- Realizar o cadastramento de todas as unidades públicas e privadas ambulatoriais sob gestão do município.	- Cadastro do SIA/SUS.
	- Cadastrar estabelecimentos sujeitos à fiscalização da vigilância sanitária.	- Cadastro de estabelecimentos.
	- Elaborar o Plano Municipal de Saúde para o quadriênio 1999/2002, com atualização permanente.	- Plano Municipal de Saúde.
	- Estabelecer referência e contra-referência de pacientes para os serviços de maior complexidade.	- Programação anual do município aprovada no Conselho Municipal de Saúde/CMS.
	- Desenvolver rotinas, fluxos e instrumentos de garantia de acesso da população a outros níveis de atenção.	
	- Elaborar a Programação Anual do município e participar da elaboração da PPI estadual.	
	- Elaborar o relatório anual de gestão.	- Relatório de gestão aprovado no CMS.
	- Avaliar permanentemente o impacto das ações do sistema sobre as condições de saúde em seus munícipes e sobre seu meio ambiente.	- Indicadores de acompanhamento definidos.
2. Coordenação e Operacionalização do Sistema Municipal de Saúde.	- Coordenar as unidades básicas próprias e cedidas pelo Estado e pela União.	-SIA/SUS.
	- Estabelecer mecanismos de gestão das unidades estatais, conveniadas e contratadas, que se encontram sob responsabilidade municipal.	

	- Gerenciar as unidades próprias e cedidas, no que diz respeito ao planejamento, execução, controle e avaliação, provendo as mesmas de recursos humanos e materiais.	
	- Adscrever a clientela às unidades básicas, mediante o cadastramento da população.	- Mapas das áreas de abrangência das Unidades Básicas de Saúde (UBS).
	- Implantar o Cartão SUS em parceria com as outras esferas de governo.	
	- Alimentar mensalmente os seguintes Sistemas Nacionais de Informações: SIM – Sistema de Informações sobre Mortalidade, SINASC – Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos, SINAN – Sistema de Informações sobre Agravos de Notificação, SISVAN - Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional, SIA - Sistema de Informações Ambulatoriais e SIH - Sistema de Informações Hospitalares.	- SIM, SINASC, SINAN, SISVAN, SIA/SUS e SIH/ SUS.
	- Alimentar mensalmente o Sistema de Informação de Atenção Básica – SIAB, em municípios que estejam integrados à estratégia de Saúde da Família e/ou Agentes Comunitários de Saúde.	- SIAB/SUS.
	- Alimentar mensalmente o SIA/SUS, quanto aos procedimentos cobertos pelo PAB.	- SIA/SUS.
	- Manter atualizado o Cadastro Ambulatorial da rede sob gestão municipal – Ficha de Cadastro Ambulatorial – FCA.	- SIA/SUS.
	- Manter cadastro de estabelecimentos passíveis de ações de fiscalização de vigilância sanitária.	- Cadastro de estabelecimentos.
	- Operacionalizar o Fundo Municipal de Saúde.	- Instrumentos contábeis do Fundo Municipal de Saúde.
3. Desenvolvimento de mecanismos de controle e avaliação da atenção básica.	- Elaborar rotinas, normas e fluxos de controle e de avaliação.	- Rotinas e normas do controle e avaliação.
	- Contratar, controlar, auditar e pagar os prestadores de serviços que realizam procedimentos do PAB contidos na tabela do SIA/SUS.	- Contratos de prestação de serviços assistenciais.
	- Utilizar indicadores para avaliação.	-Indicadores definidos.

4. Desenvolvimento das ações básicas de vigilância sanitária.	- Organizar o serviço de vigilância sanitária. - Promover planejamento de ações de inspeção preventiva.	- Legislação municipal para funcionamento da vigilância sanitária. - Plano de Ação da Vigilância Sanitária.
5. Administração e desenvolvimento de Recursos Humanos para Atenção Básica.	- Capacitar as equipes para o desenvolvimento das ações de atenção básica. - Manter atividades de educação continuada. - Promover a participação das equipes no planejamento, desenvolvimento e avaliação das atividades de saúde nas UBS e no sistema municipal. - Recrutar, selecionar, contratar e administrar os recursos humanos sob sua gestão.	- Plano de treinamento e capacitação de recursos humanos para a Atenção Básica. - Processo de seleção, contratação e remuneração dos profissionais definidos.
6. Fortalecimento do controle social no município	- Implantar e implementar o CMS, garantindo condições para o seu funcionamento. - Promover a participação do CMS no processo de planejamento, desenvolvimento e avaliação das ações dos serviços de saúde.	- Resoluções do CMS. - Conferências Municipais de Saúde. - Atas do CMS.

2. Responsabilidades na Atenção às Pessoas

Este bloco refere-se às responsabilidades assumidas pelos municípios habilitados na NOB/96 na gestão plena da atenção básica e na gestão plena do sistema.

Este bloco é apresentado em dois quadros, o primeiro refere-se às ações de atenção básica que são dirigidas a toda população e o segundo refere-se às ações de atenção básica voltadas a grupos específicos da população.

2.1. Ações de Atenção Básica dirigidas a toda População

Na primeira coluna deste quadro, estão descritas responsabilidades com relação à atenção básica, cujas ações são apresentadas na segunda coluna. Na terceira coluna estão apresentados alguns objetivos a serem alcançados pelos estados e municípios, com o desenvolvimento dessas ações.

Responsabilidades	Ações	Objetivos
1. Desenvolvimento de ações educativas que possam interferir no processo de saúde/ doença da população e ampliar o controle social na defesa da qualidade de vida.	– Divulgação de informações e orientações sobre a maneira de evitar o aparecimento de doenças ou de suas seqüelas, através da mídia e/ou de eventos e palestras.	– Conscientização e mobilização da comunidade para o exercício de seu papel como colaboradora nas ações de melhoria da saúde.
	– Divulgação de informações e orientações educativas para pais e/ou responsáveis sobre a prevenção de acidentes por agravos externos e violências, prioritariamente na infância e na adolescência.	– Redução da morbimortalidade por agravos externos e violência.
	– Divulgação de informações e orientações educativas para prevenção da gravidez na adolescência, DST/AIDS, uso de drogas e prevenção de câncer de colo uterino e de mama.	– Redução da incidência de gravidez, de DST/AIDS e do uso de drogas na adolescência e identificação precoce de câncer de colo uterino e de mama.
	– Divulgação de informações e orientações educativas direcionadas para empregadores e trabalhadores visando a redução da morbimortalidade por acidentes e doenças do trabalho.	– Redução dos índices de morbimortalidade por acidentes e doenças relacionadas ao trabalho.

	– Divulgação de informações e de orientações educativas em saúde bucal. – Desenvolvimento de atividades de comunicação e educação em vigilância sanitária, visando maior participação da sociedade na defesa e na melhoria da qualidade de vida e o controle social. – Desenvolvimento de parceria com a sociedade no controle da qualidade do meio ambiente.	– Redução da cárie dental de acordo com as orientações da Organização Mundial de Saúde. – Controle social mais efetivo com relação à defesa da qualidade de vida. – Efetivação de parcerias com a sociedade e democratização do conhecimento sobre a saúde.
2. Desenvolvimento de ações focalizadas sobre os grupos de risco e os fatores de risco comportamentais, alimentares e/ou ambientais, com a finalidade de prevenir o aparecimento ou manutenção de doenças e danos evitáveis.	– Intervenção sobre o ambiente no sentido de evitar o acúmulo de lixo, de águas servidas e de depósito de água destampado. – Controle de populações animais (insetos, ratos e outros roedores, cachorros etc.) que se caracterizam como vetores ou reservatórios de doenças que acometem o homem. – Identificação dos grupos de risco que deverão ser acompanhados diferenciadamente, utilizando o cadastramento da população e outros instrumentos necessários.	– Redução das taxas da morbi-mortalidade. – Redução de situações de risco à saúde de indivíduos e de grupos populacionais.
3. Investigação de casos de doenças de notificação compulsória e adoção de procedimentos que venham a interromper a cadeia de transmissão.	– Diagnóstico clínico e coleta de material para exames, bem como seu envio a laboratórios de referência. – Identificação e investigação de comunicantes, com encaminhamento para tratamento de novos casos suspeitos encontrados. – Execução de bloqueio vacinal ou quimioterápico, quando for o caso. – Identificação de fatores ambientais, alimentares e outros que possam ter provocado ou contribuído para o aparecimento do agravo investigado e coleta de material para envio a laboratórios.	– Controle das doenças de notificação compulsória.

4. Desenvolvimento de ações de controle da qualidade de produtos e de serviços, em especial a de alimentos e de serviços de saúde.	– Inspeção sanitária em estabelecimentos que lidam com a produção e/ou comercialização de bens e de prestação de serviço de interesse da saúde. – Coleta de amostras de água para diálise e de produtos sujeitos à Vigilância Sanitária.	– Melhoria dos serviços prestados e dos produtos oferecidos pelos estabelecimentos sujeitos à vigilância sanitária. – Diminuição dos erros e das falhas na prestação dos serviços e na qualidade dos produtos, pelos estabelecimentos. – Redução das situações de risco à saúde de indivíduos e grupos populacionais.
5. Desenvolvimento de ações de controle da qualidade da água para consumo.	– Coleta de amostra da água para consumo humano. – Parceria com outros órgãos do governo para interferir nos fatores que comprometem a qualidade da água.	– Melhoria da qualidade da água, reduzindo os riscos da utilização da água imprópria para uso.
6. Atendimento às pequenas urgências médicas e odontológicas demandadas na rede básica.	– Atendimento às pequenas urgências médicas e odontológicas.	– Ampliação do acesso às ações e serviços de saúde.

2.2 Ações de Atenção Básica dirigidas a Grupos específicos da População

Na primeira coluna do quadro a seguir, estão relacionadas as ações dirigidas a grupos específicos da população, na gestão da atenção básica.

Na coluna seguinte, está descrito o impacto esperado com o desenvolvimento dessas ações.

Na terceira coluna, são apresentados indicadores que poderão ser utilizados, pelos estados e municípios no acompanhamento das ações desenvolvidas. A utilização de alguns depende de dados dos sistemas de informações municipais ou estaduais, que não estão, ainda, disponibilizados nos atuais sistemas nacionais.

A última coluna contém as fórmulas para cálculo de cada indicador.

Ações	Impacto esperado	Indicadores	Cálculo
1. Incentivo ao aleitamento materno.	– Redução da desnutrição e das doenças infecciosas.	– Percentual de crianças menores de 4 meses com aleitamento materno exclusivo.	– Número de crianças menores de 4 meses com aleitamento materno exclusivo/população menor de 4 meses x 100.
	– Redução das internações hospitalares no primeiro ano de vida.	– Percentual de internações hospitalares de crianças menores de 1 ano, residentes no município.	– Número de internações de crianças menores de 1 ano, residentes no município/número total de crianças menores de 1 ano x 100.
2. Combate às doenças preveníveis por imunização, incluindo a vacinação antipneumocócica e influenza.	– Redução da morbimortalidade por doenças imunopreveníveis.	– Cobertura vacinal de rotina de crianças menores de 1 ano. – Definição de indicadores conforme a realidade epidemiológica de cada região, como por exemplo: •Número de hospitalizações por tétano neonatal, por local de residência. •Número de hospitalizações por difteria, por local de residência. •Incidência de casos de sarampo confirmados. •Número de hospitalizações por coqueluche, por local de residência. •Número de hospitalizações por tétano acidental, por local de residência.	– Número de crianças menores de 1 ano, vacinadas com número total de doses preconizadas/população de crianças me-ores de 1 ano x 100. – Número de casos confirmados de sarampo no município/população residente no município x 1.000.

3. Combate às carências nutricionais, prioritariamente na faixa etária de 0 a 5 anos e maior de 60 anos.	– Redução dos índices de desnutrição global e de desnutrição por micronutrientes, especialmente Ferro e Vitamina A.	– Prevalência de desnutrição em menores de 5 anos, por local de residência.	– Número de casos de crianças com peso inferior ao percentil 10 e ao percentil 3 da curva de crescimento do Cartão da Criança/ população de 0 a 5 anos x 100.
	– Redução da morbimortalidade por doenças associadas à desnutrição, obesidade e desnutrição por micronutrientes.	– Prevalência de desnutrição em maiores de 60 anos, por local de residência.	– Número de hospitalizações de crianças residentes menores de 5 anos/população menor de 5 anos residente no município x 10.000 – Número de hospitalizações de adultos residentes com mais de 60 anos/população residente da mesma faixa etária x 10.000.
4. Controle das infecções respiratórias agudas, prioritariamente na faixa etária de 0 a 4 anos e maior de 60 anos.	– Redução da morbimortalidade por doenças respiratórias agudas.	– Coeficiente de hospitalização por IRA de crianças menores de 5 anos, por local de residência. – Coeficiente de hospitalização por doenças respiratórias agudas de idosos com mais de 60 anos, por local de residência.	– Número de internações de crianças menores de 5 anos por IRA/população de menores de 5 anos X 1.000. – Número de internações de pessoas maiores de 60 anos por doenças respiratórias aguda/população de maiores de 60 anos x 1.000.

5. Controle de doenças diarréicas, prioritariamente na faixa etária de 0 a 4 anos.	– Redução da morbi-mortalidade por doenças infecciosas intestinais. – Redução da desnutrição infantil.	– Coeficiente de óbito de menores de 1 ano por diarréia. – Percentual de internação de crianças menores de 5 anos, por desidratação.	– Número de óbitos de menores de 1 ano por diarréia/ total de óbitos de menores de 1 ano x 100. – Número de internações por desidratação de crianças menores de 5 anos, residentes no município/população da mesma faixa etária, residente no município x 100.
6. Controle do crescimento e do desenvolvimento, prioritariamente na faixa etária de 0 a 14 anos.	– Promoção da saúde infantil e da participação das famílias nos cuidados com as crianças. – Redução de distúrbios relativos ao crescimento e ao desenvolvimento.	– Prevalência da desnutrição em menores de 5 anos, por local de residência.	– Número de casos de crianças com peso inferior ao percentil 10 e ao percentil 3 da curva de crescimento do Cartão da Criança/população de 0 a 5 anos x 100.
7. • Higiene bucal supervisionada, na população de 0 a 4 anos. • Higiene bucal supervisionada, com evidenciação de placa bacteriana e bochechos fluorados, prioritariamente na população de 5 a 14 anos.	– Redução da incidência da cárie dental e da doença periodontal, de acordo com as orientações da Organização Mundial de Saúde em relação a cada faixa etária populacional.	– Cobertura dos procedimentos odontológicos preventivos na população de 0 a 14 anos.	– Procedimentos Coletivos – Número de crianças de 0 a 4 anos atendidas/população total de crianças de 0 a 4 anos x 100. – Procedimentos Coletivos – Número de crianças de 5 a 14 anos atendidas/população total de crianças de 5 a 14 anos x 100.

• Procedimentos cirúrgicos e restauradores, prioritariamente na população de 5 a 14 anos.	– Cobertura de procedimentos odontológicos curativos na população de 5 a 14 anos.		– Procedimentos Individuais – número de primeiras consultas em crianças de 5 a 14 anos/população total de crianças de 5 a 14 anos x 100.
8. Controle do pré-natal e puerpério.	– Diminuição da morbimortalidade na gravidez, parto e puerpério.	– Cobertura de consultas de pré-natal e puerpério de residentes no município.	– Número de consultas de pré-natal e de puerpério/número de partos no mesmo período.
	– Diminuição da morbimortalidade materna.	– Coeficiente de óbito de mulheres de 10 a 49 anos.	– Número de óbitos de mulheres de 10 a 49 anos/total de óbitos x 100.
	– Diminuição da morbimortalidade infantil.	- Percentual de recém-nascidos com peso menor que 2500g.	– Número de recém-nascidos com peso menor que 2500g/número de nascidos vivos pesados x 100.
	– Redução da prevalência de baixo peso ao nascer.		
9. Controle do câncer cérvico-uterino e de mama.	– Diminuição da morbimortalidade por câncer cérvico-uterino e de mama em mulheres de 15 a 59 anos.	– Coeficiente de coleta de exames de Papanicolau realizada em mulheres (15 a 59 anos).	– Número de coletas de exames de Papanicolau realizadas (em mulheres entre 15 e 59 anos)/população de mulheres entre 15 e 59 anos x 10.000.
10. Planejamento familiar.	– Redução da incidência de gravidez indesejada e de risco nas adolescentes.	– Coeficiente de hospitalização por parto e aborto na adolescência (10 a 19 anos), por local de residência.	– Número de internações de mulheres de 10 a 19 anos por aborto (curetagem) e parto/população feminina de 10 a 19 anos x 100.

11. Assistência básica aos acidentados e portadores de doenças do trabalho e notificação dos agravos e riscos relacionados ao trabalho.	– Redução da morbi-mortalidade por acidentes e doenças do trabalho.	– Taxa de mortalidade por agravos externos. – Coeficiente de internações por acidente de trabalho e doenças do trabalho. – Número de óbitos por acidente de trabalho.	– Número de internações por acidentes e doenças do trabalho/ população economicamente ativa.
12. Controle e tratamento dos casos de hanseníase e tuberculose.	– Redução da morbi-mortalidade por tuberculose e hanseníase.	– Percentual de cura dos pacientes de hanseníase, por local de residência. – Percentual de cura de pacientes de tuberculose, por local de residência.	– Número de casos PB e MB curados com PQT até 31-12/total de casos PB e MB detectados no ano do coorte, que iniciaram tratamento PQT x 100. – Número de pacientes curados do Programa de Tuberculose/número de pessoas cadastradas no Programa x 100.
13. Controle e tratamento de hipertensão arterial e diabetes *mellitus*.	– Redução da morbi-mortalidade por hipertensão arterial, diabetes, doenças cardiovasculares e suas complicações.	– Coeficiente de hospitalização por complicações de diabetes *mellitus*, por local de residência. – Coeficiente de hospitalização por acidente vascular cerebral e infarto, por local de residência.	– Número de internações por diabetes *mellitus* da população residente/total da população residente x 1.000. – Número de internações por acidente vascular, cerebral e infarto na população residente/total da população residente no município x 1.000.

14. Ações de controle de obesidade.	– Redução da morbi-mortalidade associada à obesidade.		
15. Prevenção de acidentes por quedas, prioritariamente na população maior de 60 anos.	– Redução da morbi-mortalidade por fraturas.	– Coeficiente de fraturas de colo de fêmur em maiores de 60 anos.	– Número de casos de fraturas de colo de fêmur em maiores de 60 anos residentes/população maior de 60 anos residente x 1.000.
16. Incentivo aos grupos de auto-ajuda, prioritariamente na população maior de 60 anos.	– Redução das internações por depressão.	– Coeficiente de internação por depressão em faixa etária maior de 60 anos.	– Número total de internações por todos os tipos de depressão/ população de maiores de 60 anos x 1.000.

CERTIFICAÇÃO DA GESTÃO DAS AÇÕES DE EPIDEMIOLOGIA E CONTROLE DE DOENÇAS

O PROCESSO NO ESTADO DE PERNANBUCO

O processo de certificação na área de epidemiologia, prevenção e controle de doenças é regulamentado pela Portaria 1399/GM/MS de 14 de Dezembro de 1999, que disciplina as competências da União, estados e municípios e define a sistemática de financiamento das ações.

O Estado de Pernambuco e os 14 municípios habilitados na condição plena de sistema foram certificados pelo Ministério da Saúde em setembro de 2000. Em dezembro do mesmo ano, iniciaram-se os repasses financeiros aos municípios referentes às ações de epidemiologia e controle de doenças.

Em fevereiro de 2001, a FUNASA iniciou o processo de descentralização das ações de controle das doenças transmitidas por vetores para Estado e Municípios. Na ocasião, foram cedidos à SES/PE os servidores responsáveis pela execução de tais atividades.

Após a certificação, **os municípios passaram a assumir a responsabilidade de gerenciar e executar ações anteriormente incumbidas principalmente aos níveis Estadual e Federal.**

Para desenvolver essas novas funções, os mesmos passaram a receber mensalmente recursos financeiros específicos do Fundo Nacional de Saúde destinados à implementação das seguintes ações, entre outras:

- Investigação epidemiológica de casos notificados, surtos e óbitos por doenças específicas;
- Busca ativa de declarações de óbitos e de nascidos vivos;
- Disponibilização de exames laboratoriais;
- Monitoramento da qualidade da água;
- Coordenação e execução das ações de vacinação;
- Vigilância epidemiológica da mortalidade materna e infantil;
- Gestão dos sistemas de informação (SIM, SINAN e SINASC).

Para pleitearem a certificação, os municípios que atendem aos requisitos exigidos devem apresentar a documentação à DIEVIS/SES. A relação de documentos e requisitos já foi amplamente divulgada pela SES e está disponível para consulta no setor.

Situação Atual

Até o momento, 72 municípios (39,1%) foram certificados e outros 57 (30,97%) têm processos em fase de análise, perfazendo um total de 129 dos 184 municípios do Estado (70,10%). **A Secretaria de Saúde tem como meta certificar 80% dos municípios do Estado até julho de 2002.**

RELAÇÃO DOS MUNICÍPIOS CERTIFICADOS

Afogados da Ingazeira; Água Preta; Arcoverde; Barreiros; Belém de São Francisco; Belo Jardim; Bezerros; Bodocó; Bom Conselho; Brejão; Brejo da Madre de Deus; Buíque; Cabo; Caetés; Camaragibe; Carnaubeira da Penha; Camutanga; Canhotinho; Catende; Caruaru; Cedro; Chã Grande; Condado; Cortês; Custódia; Escada; Floresta; Gameleira; Garanhuns; Goiana; Glória do Goitá; Gravatá; Iati; Itamaracá; Itambé; Igarassu; Ipojuca; Itaquitinga; Jaboatão dos Guararapes; Jatobá; João Alfredo; Lagoa do Carro; Limoeiro; Macaparana; Maraial; Mirandiba; Moreno; Nazaré da Mata; Olinda; Palmares; Paudalho; Paulista; Petrolina; Quipapá; Recife; Riacho das Almas; Salgueiro; Saloá; Santa Cruz do Capibaribe; São João; São José do Belmonte; Serra Talhada; Sirinhaém; Sertânia; Surubim; Terra Nova; Venturosa; Vertentes; Vicência; Vitória de Santo Antão; Verdejante.

Com os municípios ainda não certificados, a Secretaria celebrou convênios provisórios que disponibilizam recursos para a estruturação e implementação das ações de vigilância epidemiológica, ambiental e de controle de doenças transmitidas por vetores. Este tipo de convênio tem a desvantagem de não permitir o repasse dos recursos de incentivo transferidos fundo a fundo pelo Ministério da Saúde.

Foi instituído um grupo técnico com representantes da FUNASA, DIEVIS e COSEMS com o objetivo de orientar e observar *in loco* a condição específica dos municípios não certificados. Até o momento, foram supervisionados 104 municípios (56,52%).

Nossa meta é supervisionar 100% dos municípios não certificados, até fevereiro de 2002.

GOVERNO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE SAÚDE

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
PUBLICAÇÃO DA DIRETORIA DE EPIDEMIOLOGIA E VIGILANCIA SANITARIA(DIEVIS) /SES-PE
Os dados provem dos sistemas de notificação do Sistema Único de Saúde.

Secretário de Estado da Saúde: Guilherme Robalinho • ***Conselho Editorial:*** Zuleide Dantas Vanderley (Diretora de Epidemiologia e Vigilância Sanitária); Jaime Brito de Azevedo (Diretor Executivo de Vigilância Sanitária); Maria de Fátima CM Henriques (Diretora Executiva de Vigilância Epidemiológica) • ***Colaboradores das Áreas Técnicas da DIEVES, desta edição:*** Zuleide Dantas Vanderley, François J. Figueirôa, Goretti Godoy, , Maria do Carmo Barbosa da Mota, Aparecida Sampaio Elesbão e Maria de Fátima CM Henriques. ***Revisão:*** Juliana Freire • ***Projeto Gráfico e Diagramação:*** Bruno Souza Leão • ***Foto da capa:*** Rendas de Olinda • ***Tiragem:*** 5000 cópias • ***Endereço:*** Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco, Praça Oswaldo Cruz, S/N. Boa Vista. CEP 50050-210 • ***Fones:*** 3412 6248 e 3412 6250 • ***E - mail :*** dievis@saude.pe.gov.br

Boletim EPIDEMIOLÓGICO
Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

2002 NOV 2 8
22 JAN 2002

Editorial

A análise do comportamento das doenças e agravos é uma tarefa árdua e muitas vezes subestimada entre as prioridades dos gestores e administradores da Saúde, pressionados para dar respostas às situações cotidianas da assistência. Entretanto, conhecer o perfil epidemiológico das mesmas favorece a tomada de decisões e uma adequada capacidade de resposta governamental. O conhecimento da estrutura de morbimortalidade é imprescindível, particularmente agora, quando doenças antigas ressurgem com outras características e doenças novas disseminam-se com velocidade impensável algumas décadas atrás.

O **Boletim Epidemiológico da Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco** volta a circular após quase três anos de interrupção, contribuindo para a divulgação de dados epidemiológicos e também do conjunto de ações realizadas pela **Secretaria Estadual de Saúde**. Visa, ainda, promover a divulgação das experiências de êxito realizadas pelas **Diretorias Regionais** e **Secretarias Municipais de Saúde,** que contribuíram para a descentralização e controle das ações de vigilância epidemiológica das doenças.

Nos números subseqüentes, iremos analisar individualmente cada doença, facilitando uma melhor compreensão do seu perfil epidemiológico no Estado e municípios. Para tanto, gostaríamos de contar com a participação dos setores de epidemiologia das Secretarias Municipais para contribuir com sugestões de conteúdo e matérias para nossas próximas edições.

Esperamos que o **Boletim** contribua efetivamente para o avanço da municipalização e que se torne um instrumento para o planejamento das ações de vigilância epidemiológica, sanitária e ambiental.

Zuleide Dantas Vanderley
Diretora de Epidemiologia e Vigilância Sanitária

Ano I Nº 1
Diretoria de Epidemiologia e Vigilância Sanitária

ANEXO 9

AIDS

A epidemia de AIDS em Pernambuco iniciou-se em 1983, apresentando desde então tendência ao crescimento, conforme pode ser verificado na tabela 1. A taxa de detecção entre indivíduos do sexo masculino nos anos de 1983 a 1986 era de 0,03 e 0,53 casos/100.000 habitantes, respectivamente, chegando a 10,06 casos/100.000 habitantes no ano 2000. Para o sexo feminino – epidemia iniciada somente em 1987 - a taxa foi de 0,20/100.000 habitantes, chegando a 0,80/100.000 habitantes no ano de 2000. A diminuição do número de casos referentes aos últimos anos pode dever-se a atraso de notificação à Secretaria de Saúde e não necessariamente a uma real diminuição.

Ainda na tabela 01, pode-se verificar o quanto vem crescendo o número de casos entre mulheres, observando-se que a razão que em 1987 era de até 13 homens para cada mulher passou nos últimos anos para até 02 homens para cada mulher. O comportamento masculino contribui em muito para tal situação, sobretudo na região Nordeste, uma vez que o preconceito dos homens e o baixo empoderamento das mulheres dificulta o uso da camisinha mesmo em relacionamentos estáveis. Estes fatores levaram a um novo direcionamento das campanhas contra a AIDS enfocando uma maior participação dos homens nas medidas de prevenção.

Um dado positivo nos últimos anos tem sido a redução da proporção de óbitos em decorrência da AIDS, graças a uma política eficaz de distribuição de medicamentos antiretrovirais aos portadores de HIV. Tal medida, além de aumentar a sobrevida destes pacientes, permite um retorno às atividades produtivas e, consequentemente, a melhoria da qualidade de vida.

Em Pernambuco, o perfil epidemiológico em relação ao tipo de exposição vem apresentando mudanças, marcadamente um grande aumento da proporção de casos em heterossexuais. Nos gráficos 1 a 4, referentes a quatro cortes no período de 1983 a 2001, pode-se observar essa mudança. No 1º período (1983-1986), predominava a transmissão do HIV entre homens que fazem sexo com homens (HSH) e bissexuais (BSX), correspondendo a 89,7% dos casos. No 2º período (1987-1991), ainda que os casos de transmissão entre relações homossexuais e bissexuais predominasse, surgiram os primeiros casos de Aids entre heterossexuais (15%).

Desde então a tendência é de crescimento entre estes últimos, chegando a corresponder a 43,3% dos casos no último período (1997-2001), enquanto que entre homossexuais e bissexuais totaliza 33% dos casos.

No gráfico 05, observa-se que a maioria dos casos ocorreu em pessoas jovens: cerca de 81,4% tinha entre 20 e 44 anos.

A tendência de heterossexualização da epidemia também vem acontecendo no restante do Brasil, e uma das conseqüências mais evidentes é o crescimento da AIDS em mulheres e crianças pela transmissão materno-infantil (gráfico 06).

Hoje é recomendado que durante o pré-natal o médico solicite a sorologia para o HIV, pois, uma vez diagnosticado precocemente, viabiliza-se o uso do AZT a partir do terceiro mês de gestação e reduz-se as chances de transmissão do HIV para o bebê de 30% para 3 a 7 %.

Gráficos 01 a 04 - Distribuição dos Casos Acumulados de Aids, por Período e por Categoria de Exposição. Pernambuco, 1983 - 2001

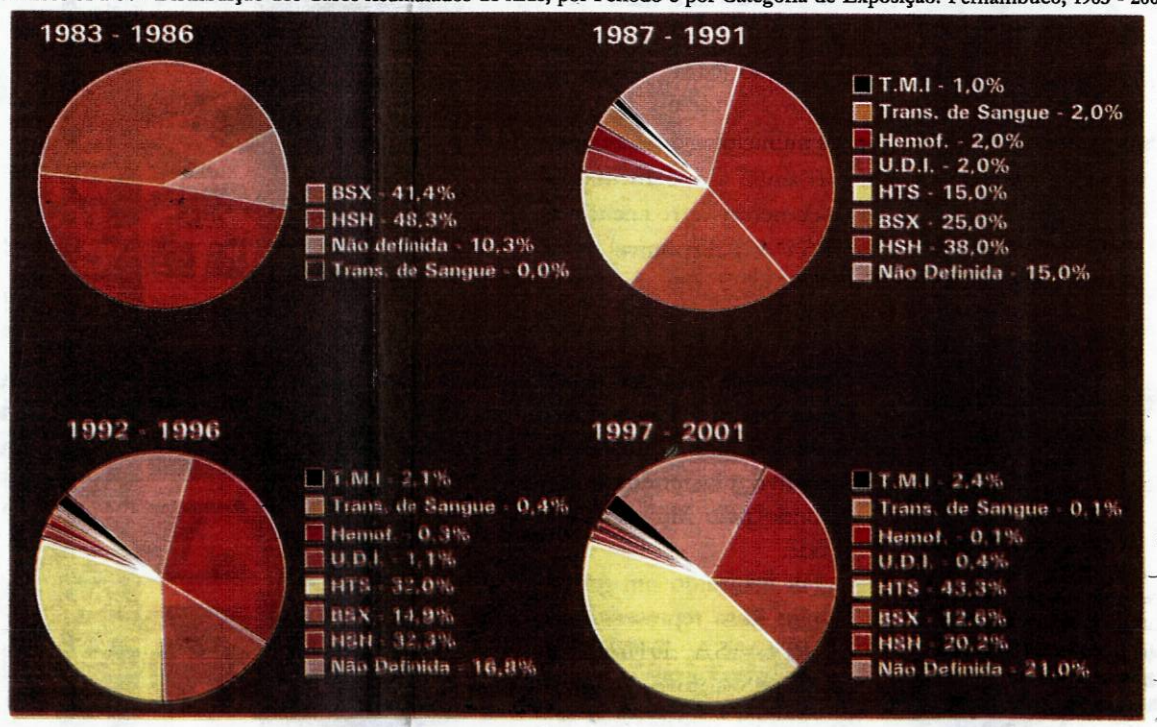
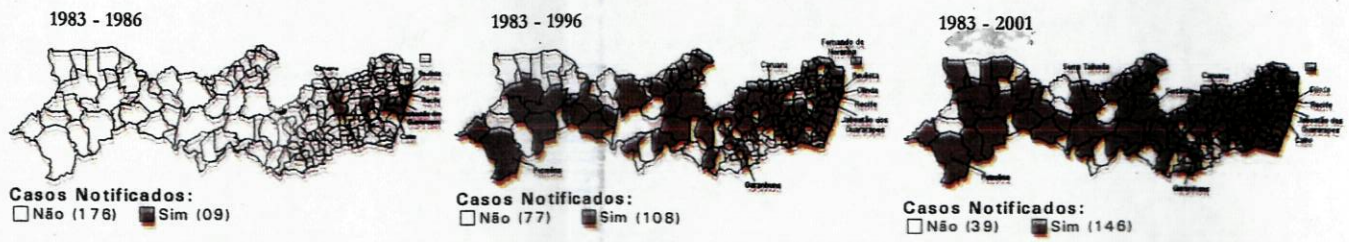


Tabela 01 - Casos de Aids, Taxa de Detecção (100.000 hab.) Nº de Óbitos, por Sexo e Ano Diagnóstico. Pernambuco 1983 - 2001

ANO	Masculino			Feminino			Razão	Total*		Óbito	
	Nº	%	Taxa	Nº	%	Taxa	M/F	Nº	Taxa	Nº	%
1983	1	100,0	0,03	0	—	—	—	1	0,0	1	100,0
1984	2	100,0	0,06	0	—	—	—	2	0,0	1	50,0
1985	9	100,0	0,28	0	—	—	—	9	0,1	6	66,7
1986	17	100,0	0,53	0	—	—	—	17	0,3	11	64,7
1987	66	93,0	2,02	5	7,0	0,20	13	71	1,0	59	83,1
1988	84	91,3	2,53	8	8,7	0,25	11	92	1,3	67	72,8
1989	152	92,1	4,53	13	7,9	0,22	12	165	2,4	128	77,6
1990	161	90,4	4,78	17	9,6	0,26	9	178	2,5	132	74,2
1991	185	83,3	5,37	37	16,7	0,45	5	222	3,1	142	64,0
1992	213	84,2	6,14	40	15,8	0,43	5	253	3,5	156	61,7
1993	264	82,5	7,21	54	17,5	0,46	5	308	4,2	197	64,0
1994	283	81,3	7,95	65	18,7	0,49	4	348	4,7	209	60,1
1995	319	82,9	8,87	66	17,1	0,45	5	385	5,2	243	63,1
1996	414	75,8	11,59	132	24,2	0,63	3	546	7,4	304	55,7
1997	419	73,1	11,62	154	26,9	0,70	3	573	7,7	259	45,2
1998	467	67,1	12,85	229	32,9	0,85	2	696	9,3	201	28,9
1999	400	69,0	10,93	180	31,0	0,79	2	580	7,7	196	33,8
2000	371	68,5	10,06	171	31,5	0,80	2	542	7,1	197	36,3
2001	166	63,6	4,47	95	36,4	0,91	2	261	3,4	87	33,3
TOTAL	3883	75,9		1288	24,1		3	5249		2598	49,5

Fonte: SES/DIEPI/Programa Estadual DST/AIDS - Casos notificados até 25/10/2001 - Dados sujeitos à revisão

Mapas 01 a 03 - Distribuição Espacial dos Municípios com Pelo Menos um Caso de Aids Registrado. Pernambuco 1983 - 2001



Fonte: SES/DIEPI/Programa Estadual DST/AIDS - Casos notificados até 25/10/2001 - Dados sujeitos à revisão

Gráfico 05 - Casos de Aids, por Faixa Etária. Pernambuco 1983 - 2001

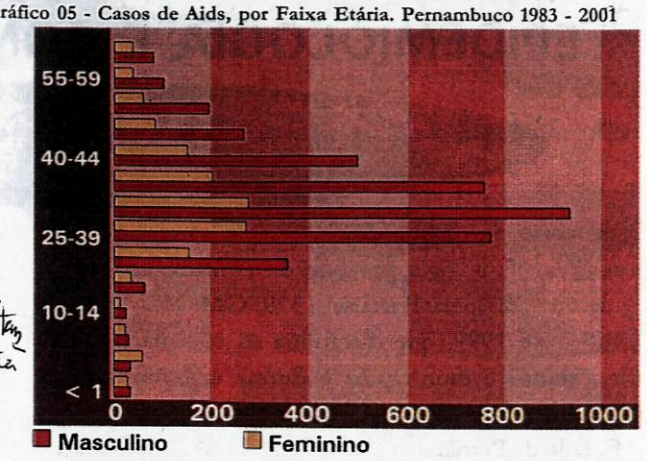
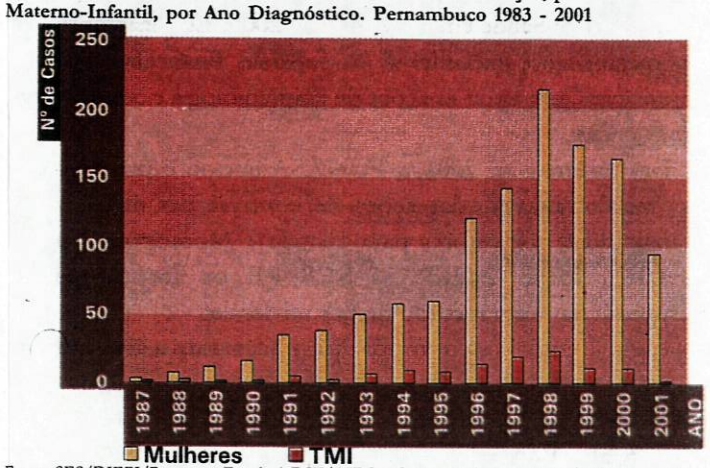


Gráfico 06 - Casos de Aids em mulheres > 13 e em crianças, por Transmissão Materno-Infantil, por Ano Diagnóstico. Pernambuco 1983 - 2001



Fonte: SES/DIEPI/Programa Estadual DST/AIDS - Casos notificados até 25/10/2001 - Dados sujeitos à revisão

A Interiorização da Epidemia da Aids em Pernambuco

A AIDS vem apresentando-se como uma doença eminentemente urbana: desde a sua introdução nos grandes centros urbanos nos Estados Unidos e Europa ela vem disseminando-se sobretudo nas maiores cidades. No Brasil, a epidemia que teve início nas cidades de São Paulo e Rio de Janeiro vem sofrendo nos últimos vinte anos um processo de expansão para outros centros urbanos, e cada vez mais se interiorizando.

Desse mesmo modo se manifesta a epidemia em nosso Estado, que nos primeiros anos atingiu mais acentuadamente a Região Metropolitana - responsável até hoje por cerca de 82,4% dos casos – e hoje atinge a maioria das cidades pernambucanas, sobretudo os grandes centros urbanos de interior como Caruaru (3,1%) e Petrolina (1,9%). Isso tem levado a Secretaria Estadual de Saúde a buscar a interiorização da assistência a pacientes HIV / AIDS, já contando inclusive com **centros de referência** para este atendimento nas cidades citadas acima.

Hoje, dos 185 municípios do Estado de Pernambuco, apenas 39 ainda não têm registro de casos, 40 municípios têm apenas um caso e 46 destes têm entre 1 e 2 casos.

ADOLESCER

COMPREENDER
ATUAR
ACOLHER





MINISTÉRIO DA

BASES PARA UMA RE-SIGNIFICAÇÃO DO TRABALHO DE ENFERMAGEM JUNTO A@ ADOLESCENTE

*Flávia Regina Souza Ramos**

***Enfermeira/ ABEn-SC, Doutora em Filosofia e Enfermagem/ UFSC, Professora adjunta UFSC.**

Todos passam pela experiência de "adolescer". Para entrar na vida adulta ninguém escapa à adolescência, por mais diversos que sejam os modos de vivê-la. A partir do momento em que a sociedade moderna passou a reconhecer a adolescência no processo de vida humana - quando esta tornou-se fato passível de compreensão, simbolização e representação – pudemos tomá-la como fenômeno individual e social.

Como parte inexorável do processo de viver humano-social, o adolescer, assim como o nascer, envelhecer e morrer, se dá em sociedades concretas, em dadas condições de existência. Para além das diferenças individuais, o viver humano é marcado pelo seu tempo e espaço, pelas possibilidades socialmente criadas para a humanidade em geral e para cada ser em particular, em face de suas também mutáveis necessidades. Em sociedades marcadas pela desigualdade, ou melhor, em sociedades que não cessam de inventar novas formas de exclusão, os modos com que se expressam a complexidade e a diversidade do processo de adolescer evidenciam o enorme desafio dos direitos humanos.

Longa foi a história até chegarmos à Declaração Universal dos Direitos Humanos e longa será ainda a luta pela conquista de seu usufruto por todos. A possibilidade da igualdade é a possibilidade da diferença, da tolerância, da justiça e da solidariedade e é fundante de todos os direitos que se possa afirmar ou reivindicar, sejam civis, econômicos, políticos, culturais ou religiosos.

> *Creio que a humanidade se divide entre aqueles que consideram a vida como algo suposto (evidente) e aqueles que não podem dar um suposto a vida, antes, têm como tarefa fundamental sobreviver... nossa humanidade se divide entre aqueles que nascem, de fato, com direitos e aqueles que nascem, de fato, sem eles.* (JON SOBRINO, apud OAB, 1998, p. 40)

Podemos pensar os direitos humanos como uma resposta, uma defesa do homem contra si mesmo; um reconhecimento e esforço da vontade humana de se contrapor à própria tirania, à própria crueldade, aos próprios conflitos entre inte-

resses e paixões litigantes.

Podemos pensar a adolescência como experiência especialmente exposta a este paradoxo – o de que nossos direitos "universais" ainda são contingentes e negociáveis; o de que só precisamos falar de direitos porque existe a verdade abusiva da dor e do sofrimento, ou pior, da adversidade indignamente imposta e desnecessária.

Podemos pensar ainda, como já o fazemos, mesmo que por costume, o direito à vida e à vida com qualidade, ou o direito à saúde, como compromissos fundamentais e formalmente assumidos por alguns setores, especialmente por aqueles serviços situados no setor saúde.

Se assim pensarmos, o compromisso com a saúde e qualidade de vida da população jovem brasileira adquire uma nova radicalidade, no sentido de um confronto essencial com demandas e desafios que, embora não se restrinjam aos limites dos serviços de saúde, incorporem estes espaços assistenciais como um importante lócus de transformação e de garantia ao usufruto de direitos.

A organização dos cuidados em saúde, fortemente relacionada e sustentada pelo trabalho e cuidado de enfermagem, continua exigindo novas pautas, propostas e metodologias de intervenção. Além disso, não prescinde de novas formas de compreender os processos sociais, biológicos, subjetivos e institucionais que conformam a qualidade de vida d@s adolescentes brasileir@s e, portanto, as diferentes vulnerabilidades aos agravos em saúde e as insuficiências das modalidades de ações e serviços a que têm acesso.

Novas formas de conceber e atuar só são elaboradas num processo em que confluam perspectivas diferenciadas - do ponto de vista e das situações peculiares de todos os sujeitos (profissionais, adolescentes, família) -, em que interesses e estratégias compartilhadas fortalecem o espaço institucional em articulação aos múltiplos espaços de estruturação da vida individual e coletiva.

A busca de referenciais teórico-metodológicos que fundamentem novas proposições do cuidado de enfermagem junto a adolescentes ainda é recente e, embora já se possa dispor de conhecimentos e práticas importantes, ainda carece de aprofundamentos, discussão e divulgação ampliada, para uma mais abrangente capacitação dos seus trabalhadores, nos mais diversos contextos assistenciais ou campos de trabalho.

A proposição de estratégias que facilitem o acesso destes trabalhadores a instrumentais de trabalho, aqui entendidos como conhecimentos e recursos capazes de operar, subsidiar e ou intermediar transformações desejadas quando colocadas a serviço da recriação dos agentes do trabalho, é o objetivo primeiro desta publicação. Daí decorre uma outra característica fundamental: a de que acreditar na possibilidade de re-significação do trabalho de enfermagem junto a adolescentes pressupõe acreditar no potencial de recriação e re-apropriação de instrumentos de ação, numa perspectiva autonomizante do trabalhador, sem a qual não seria possível a desejada construção de laços de solidariedade e compromisso com a qualidade de vida destas populações, nem tampouco o estabelecimento de relações de respeito ao outro como sujeito de direitos e autonomia.

Uma obra que se coloca a caminho de uma re-elaboração de experiências significativas nos encontros entre trabalhadores de enfermagem e adolescentes não poderia faltar à possibilidade de estabelecer, também com os leitores aos quais se dirige, um diálogo significativo. Para isso, toma-se como requisito e ponto de partida a apresentação do próprio eixo substancial desta proposta ou marco referencial a partir do qual se elaborou, se organizou e se buscou consistência e coerência

entre um projeto técnico-político profissional e as contribuições de seus diversos autores.

Neste texto inicial, portanto, são apresentados os pressupostos que fundamentam a visão sobre a adolescência e o trabalho da enfermagem, que estarão presentes nos diversos desdobramentos temáticos que compõem a obra. Tal marco, a ser retomado e trabalhado ao longo dos 5 capítulos, pode ser sintetizado em:

Pressupostos fundamentais – conceituais da saúde d@ adolescente
Adolescência ,
Os espaços do adolescer – família, escola e meio social
Processo saúde-doença

Pressupostos básicos – estruturantes da ação em saúde d@ adolescente
Políticas para a juventude
Processo de trabalho em saúde e de Enfermagem
Tecnologia e trabalho em saúde

Pressupostos instrumentais – estratégicos para a ação em saúde d@ adolescente
Direitos e Bioética
Qualidade de vida
Promoção à saúde
Vulnerabilidade
Educação e saúde

Adolescência

- A concepção de adolescência predominante no interior das práticas de saúde que a tomam como seu objeto de intervenção confere à esta uma natureza a-histórica, estereotipada e naturalizada, situada como conjunto de fenômenos biológicos e universais do processo de crescimento e desenvolvimento. Esta forma de conceber denuncia os limites do recurso à adolescência como categoria instrumental para a apreensão e transformação das condições de saúde, num modelo centrado em intervenções sobre condições e problemas específicos, não convertidos em uma política de atenção global a este grupo e que subordina todos os aspectos relativos à saúde ao âmbito biológico.
- Apesar do forte componente físico-corporal presente nas transformações próprias da adolescência, elas não são naturais ou decorrentes unicamente de um processo evolutivo orgânico. A vida adolescente e as necessidades em saúde relacionadas são, antes de qualquer coisa, processos produzidos no âmbito das sociedades, definindo-se e modificando-se na interação com seus diversos componentes - econômicos, institucionais, político-éticos, culturais, físico-ambientais. É no concreto da vida, na construção/reconstrução e apropriação ou não de seus bens e valores materiais e culturais, na interação destes com processos somáticos, genéticos e físico-ambientais, que se definem os diversos modos de vida adolescente.

- A adolescência, compreendida para além de sua demarcação temporal, incorpora a idéia d@ adolescente como protagonista na construção de seu processo de vida pessoal e coletivo, o que lhe confere um potencial de emancipação, autonomia e responsabilidade social. Além disso, @ adolescente é cidadão que têm, além dos direitos básicos, aqueles próprios à sua particular existência: o que remete a especial consideração à sua diversidade, unicidade e direitos à proteção contra as diversas formas de violência, exploração e riscos a que está exposto e também à informação, à escolha, ao prazer, à auto-descoberta, à expressão e, principalmente, à esperança e à uma perspectiva de futuro.

Os espaços do adolescer – família, escola e meio social

- O processo de adolescer possui componentes genéticos e biológicos, conhecimentos e valores construídos ao longo das experiências de vida, além de uma estrutura psico-emocional e potencial para o questionamento e a criação. As marcas sociais desse processo fundam-se na história familiar e de socialização, nas relações de igualdade/desigualdade vividas em torno das categorias de gênero, classes sociais e etnia, no partilhamento de preceitos de moralidade e hierarquizações, entre outros tantos elementos que dão contorno à subjetividade humana.
- A família precisa ser aprendida em sua historicidade e permanente transformação, envolvendo finalidades, estruturas, conformações e significados diversos, bem como compromissos mútuos, interações, desempenho de papéis, transmissão de cultura, hábitos, valores e modos de vida.
- O contexto familiar é fundamental na definição das experiências de crescimento, desenvolvimento e construção da identidade d@ adolescente e deve ser visualizado como processo dinâmico em que histórias de vida e projetos individuais interagem e se conformam num complexo de relações plurais e não excludentes, de afetos, de poder e resistência, de conflitos e dominação, de cooperação e harmonia, entre outras.
- Com tal compreensão, se torna possível desenvolver projetos integrados de acordo com as necessidades, potencialidades e peculiaridades de cada família e comunidade, propondo ações que contemplem conteúdos nos planos afetivo, de sobrevivência e de conquista de direitos de cidadania; vinculando propostas de maximização do potencial dos membros da família com a condição de famílias cidadãs e de comunidades saudáveis.
- A educação constitui um dos direitos fundamentais da criança e d@ adolescente, devendo ser assegurada pelo Poder Público encarregado de fornecer as condições necessárias à sua efetivação. "A criança e o adolescente têm direito à educação, visando ao pleno desenvolvimento de sua pessoa, preparo para o exercício da cidadania e qualificação para o trabalho..."*.
- A escola coloca-se na vida d@ jovem como uma instituição de grande significado, por proporcionar o exercício de sua identidade para além da família, em contatos com contextos de condicionamentos e diferenças sociais, e por criar condições para a produção e o acesso a novos saberes e ao conhecimento socialmente produzido e sistematizado. A escola é também um espaço privilegiado para a promoção de saúde num enfoque ampliado, na perspectiva de construção de cidadania e de envolvimento dos diversos atores que compõem este universo: adolescentes, estudantes, profissionais de educação, familiares, líderes comunitários e profissionais de saúde.

*Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), Capítulo IV, Artigo 53.

- Na abordagem dos espaços do adolescer – família, escola e meio social – incidem questões como o trabalho infanto-juvenil, condições de habitação, segurança, alimentação, esporte, lazer, educação, direitos sexuais e reprodutivos, prevenção e combate ao uso de substâncias psicoativas, prevenção e manejo de situações de violência.

Processo saúde-doença e políticas para a juventude

- O compromisso historicamente assumido pela Saúde Coletiva aponta para um novo paradigma na compreensão do processo saúde-doença, entendendo-o como um processo histórico e social, problematizando a organização das práticas em saúde, enfatizando a promoção de saúde a partir da reorganização da vida social e não apenas a partir dos serviços de saúde, articulando, portanto, estratégias mais amplas de construção da cidadania e de transformação da cultura da saúde. No entanto, a incorporação deste paradigma ainda está inacabada, predominantemente focalizada no reforço dos serviços e pouco comprometida com a participação social, a qualidade de vida e perspectiva da eqüidade, ambientes e políticas saudáveis.
- No Brasil, impõe-se a necessidade de configuração de uma política para a juventude que seja organizada e avaliada intersetorialmente e implementada interdisciplinarmente, dado o caráter multidimensional da adolescência e da necessidade de suporte social a que remete. Para tal, @ adolescente precisa ser abordad@ a partir de seus espaços de convivência e inserção, do meio social em que vive e na diversidade em que se apresenta, incluindo a família em seu eminente caráter de formação, a escola como um espaço de socialização e formação, os espaços de trabalho e preparação profissional, até mesmo a rua como espaço de moradia.
- Existe despreparo dos serviços de saúde para o trabalho com adolescentes, para a atenção às peculiaridades e complexidade das suas necessidades, faltando espaços e suporte apropriados às suas demandas, seja no campo da orientação, proteção ou recuperação da sua saúde. Os sentidos do corpo e da vivência juvenil, bem como as desigualdades e diferenças de distintas ordens são freqüentemente ignoradas, num processo de homogeneização e simplificação da saúde adolescente.
- A definição de ações promocionais e interventivas em saúde e enfermagem, a serem desenvolvidas com adolescentes e suas famílias de acordo com cada realidade local, pode se referenciar em proposições adequadas às necessidades em saúde construídas com base em direitos à qualidade de vida e de serviços sociais; em demandas legitimamente apresentadas por adolescentes e suas famílias; na consideração aos fatores concretos geradores dos processos de saúde-doença.
- As transformações que se realizam n@ adolescência abarcam distintos e integrados processos de desenvolvimento social, familiar, físico-pubertário, psico-emocional e intelectivo. Questões de saúde-doença relativas a esses componentes só podem ser adequadamente dimensionadas se forem situadas em contextos específicos e traduzidas com a participação dos sujeitos que as vivencia.

Processo de trabalho em saúde e de Enfermagem

- A Enfermagem é entendida como uma prática social que se articula às demais práticas, especialmente àquelas

que se conformam como trabalho coletivo que responde pela produção de serviços de saúde. A compreensão da enfermagem como processo de trabalho considera as condições histórico-sociais concretas que determinam as especificidades de sua inserção e organização no interior do trabalho em saúde, das quais decorrem processos particulares de trabalho, por referência a objetos, finalidades e instrumentos diversificados e com características centralizadas em torno das ações de cuidar, administrar e educar. Desta diversidade são construídos modos de pensar e fazer enfermagem nos mais diversos contextos de serviços, com potenciais de intervenção crítica e transformadora, em alianças com setores da população e com os demais profissionais.

- A enfermagem tem uma responsabilidade fundamental no trabalho em saúde com adolescentes, tendo em vista a busca da eqüidade na realização das práticas, a ampliação da autonomia e co-responsabilização de adolescentes homens e mulheres no lidar com a vida e a prevenção de agravos que trazem sofrimentos ao adolescente.
- Nas suas ações junto a adolescentes, a enfermagem deve se basear nos princípios da *articulação interinstitucional*, da *interdisciplinaridade*, da *instrumentalidade* de ações de capacitação e mobilização para a construção de práticas emancipatórias e da *transversalidade* do compromisso com a promoção à saúde d@ adolescente nos inúmeros espaços de atuação.

Tecnologia e trabalho em saúde

- O trabalho em saúde se processa como ação dirigida a necessidades específicas, com base em modos de projetar transformações desejadas. Assim, a atuação projetada se fundamenta em modos de conceber tais necessidades, de vislumbrar valores e potenciais mudanças, de organizar e concretizar a ação e de buscar instrumentos que possam intermediar tal intervenção transformadora. Este conjunto de instrumentos, na forma de saberes, técnicas, métodos e equipamentos que apontam opções e propõem soluções nas práticas da atenção à saúde, é entendido como tecnologia do trabalho em saúde. Incorporam, deste modo, formas de pensamento, experiência e enfrentamento, construídas socialmente, difundidas e empregadas no interior de práticas institucionalizadas, não exclusivamente, mas estrategicamente.
- O trabalho voltado à atenção ao adolescente deve buscar o desenvolvimento de tecnologias apropriadas à complexidade de suas demandas, aos diferentes espaços de ação e à perspectiva crítica em relação ao próprio modo de trabalhar, no plano assistencial, gerencial e educativo, promovendo o exercício autônomo, responsável e criativo da ação em saúde.

Direitos e Bioética

- O trabalho em saúde, no enfrentamento direto com os reflexos da exclusão e iniqüidade social, vive dramaticamente os desafios recolocados pelo paradigma bioético e, portanto, deve se propor à discussão sobre valores fundamentais como os de vida, autonomia e equidade, através de um esforço interdisciplinar, científico e crítico que busque orientar e legitimar as ações humanas sobre a vida, numa proteção mais consciente e responsável desta; na perspectiva de se instrumentalizar para o controle racional das aplicações e implicações individuais e

sociais dos saberes e práticas sobre a vida e de reavaliação dos valores que a inspiram e sustentam.

- No plano concreto das ações de saúde, as opções políticas e técnicas devem corresponder aos valores e princípios socialmente eleitos e à possibilidade de auto-determinação dos sujeitos individuais. Desde as decisões que definem os investimentos do Estado, em todas as esferas da vida social até o micro-espaço da relação terapêutica entre um trabalhador da saúde e um indivíduo que necessita de atenção, confrontam-se valores em exercícios de poder que ampliam ou restringem o pleno gozo de direitos e a qualidade de vida.
- @s adolescentes devem ter seus direitos sexuais respeitados e defendidos, consideradas suas especificidades e necessidades para o desenvolvimento de uma sexualidade saudável, o que inclui*: - O direito à liberdade sexual; - O direito à autonomia sexual; - O direito à privacidade sexual; - O direito à igualdade sexual; - O direito ao prazer sexual; - O direito à expressão sexual; – O direito à livre associação sexual; - O direito às escolhas reprodutivas livres e responsáveis; - O direito à informação baseada no conhecimento científico; - O direito à educação sexual compreensiva; - O direito à saúde sexual.
- @s adolescentes devem ter seus direitos reprodutivos respeitados e defendidos, consideradas suas especificidades e necessidades, o que inclui**: - Direito de decidir livre e responsavelmente sobre o número de filhos e o espaçamento entre os nascimentos; - Direito de adotar decisões relativas à reprodução sem sofrer quaisquer discriminações, coações ou violência; - Direito ao respeito pleno à integridade, privacidade e consentimento informado; - Direito de controlar os próprios corpos, sem coerção, discriminação ou violência; - Direito à promoção de relações de respeito mútuo e de igualdade entre homens e mulheres; - Direito a serviços de saúde reprodutiva integral e de boa qualidade: com enfoque integrado de necessidades, em matéria de nutrição, saúde reprodutiva, educação, orientação e promoção de capacidades criativas; permeáveis ao acesso a informações e meios para alcançar o nível mais elevado de saúde reprodutiva, incluindo medidas de apoio ao auto-controle da fertilidade e proteção da gravidez, parto e puerpério; relações baseadas no respeito aos valores culturais e religiosos.

Qualidade de vida

- A qualidade de vida não deve ser circunscrita a indicadores para o planejamento e a avaliação dos resultados dos serviços de saúde em suas relações à situações de carecimento e sofrimento sobre as quais se quer atuar. Embora tal dimensão seja de grande importância, é necessário remeter o conceito de qualidade de vida aos próprios modos de andar a vida, reveladores de satisfações e demandas, inclusões e exclusões, complexas interações coletivas e particulares com ambientes naturais e sociais, incluindo acesso a escolhas e modos de satisfazer carências, possibilidades e limites do processo de viver, além de construções culturais e simbólicas sobre este mesmo processo.
- A qualidade de vida entrelaça elementos da história pessoal e da organização da vida cotidiana historicamente conformada e impõe aos serviços de saúde o desafio de formular novas estratégias de intervenção sobre esta vida cotidiana, o que não poderá se efetivar sem uma mudança radical de princípios e valores que fundam a própria lógica de organização destes serviços.

*Basedos na Declaração aprovada durante o XV Congresso Mundial de Sexologia, ocorrido em Hong Kong, China, em agosto de 1999, na Assembléia Geral da World Association for Sexology (ver na íntegra no cap. III)

**Baseados na Plataforma para Ação, Quarta Conferência Mundial sobre a Mulher, Beijing 1995 / Programa de Ação, Conferência Internacional de População e Desenvolvimento, Cairo 1994, Sexology (ver na íntegra no cap. III)

Vulnerabilidade

- A eleição do conceito de vulnerabilidade se faz pelo reconhecimento da pluralidade e diversidade da vida humana e, portanto, do viver adolescente, e impõe a ruptura com modelos de ações dirigidas a um sujeito universal inexistente, por proposições que partam das diferenças construídas, mantidas e transformadas na vida social, incorporando no direcionamento da assistência a discussão sobre estilo de vida e agravos à saúde, bem como de elementos que determinam a necessidade de atenção mais específica como educação, cultura, trabalho, justiça, esporte, lazer, entre outros.

Educação e saúde

- Num contexto social excludente, os referenciais e práticas propostos pela Educação Popular e Saúde, em sua crítica aos modos tradicionais de tomar a educação no interior dos serviços de saúde, se mostram alternativas legítimas de enfrentamento, fundadas na reflexão acerca da realidade e de condições de vida, na valorização da experiência e das abordagens educativas emancipatórias.
- Este enfoque educativo pressupõe a perspectiva de trabalho com indivíduos e grupos, acentuando a condição de sujeitos plenos e plurais, utilizando metodologias participativas e fundando-se no entendimento d@ adolescente como protagonista. Desta forma, @ adolescente passa a ser vist@ como fonte de iniciativa, de liberdade e de compromisso; e o processo educativo remete, fundamentalmente, ao compromisso ético com a causa da dignidade plena d@ adolescente, incluindo a possibilidade de construção coletiva do conhecimento em saúde, pela aproximação com as formas de viver das pessoas, pelo exercício da fala e da escuta e pela relação mais afetiva e solidária entre técnicos e população, de modo a abrir espaços singulares para re-contextualizar seus propósitos em bases dialógicas.

Ao propor um referencial norteador para o trabalho de promoção à saúde d@s adolescentes, pretende-se contribuir não apenas no sentido de uma instrumentalização como domínio técnico de metodologias, mas no sentido de apropriação de novas formas de pensar e atuar, possíveis de serem coletivamente construídas, atualizadas e reformuladas. Deste modo, este texto inicial coloca-se como delineamento inacabado e motivador de novas possibilidades de apreensão, superação e transformação dos limites que conformam o processo de adolescer e o processo de trabalhar em saúde.

Referências Bibliográficas

Casaldáliga, D. P. **Comentário ao artigo 2º da Declaração Universal de Direitos Humanos**. In: Ordem dos Advogados do Brasil. Direitos Humanos; conquistas e desafios. Brasília: OAB, 1998.

O ADOLESCENTE NO **ESPAÇO PÚBLICO DA RUA**

Judith Sena da Silva Santana *

*Enfermeira ABEn-BA. Doutora em enfermagem (UFRJ). Professora da Universidade Estadual de Feira de Santana.

O fenômeno dos meninos e meninas de rua vem sendo produzido por uma história de desrespeito aos indivíduos que compõem a sociedade, em especial a criança e @ adolescente.

Vivendo o cotidiano da rua, existem dois tipos de crianças e adolescentes. Há aqueles que passam o dia na rua fazendo seus biscates ou simplesmente perambulando que, quando se cansam, geralmente à noite, voltam para suas casas, mantendo o vínculo familiar. Esses são denominados "menin@s na rua". E há aqueles que já perderam o vínculo com a família ou cuja perda está se processando. Estes, ou não dormem mais em casa, ou o fazem esporadicamente e são considerados "de rua".

Inicialmente, é preciso desmitificar a polêmica que se criou em torno do termo "menin@ de rua". Crianças e adolescentes encontram-se na rua por circunstâncias alheias ao seu controle e desejo. Assim, mantêm com a rua uma relação de sobrevivência. São levadas a inserir-se no movimento próprio da rua porque viver é estar em movimento e esta é a instância limite que ainda lhe possibilita manter o processo vital, embora em níveis indignos e muitas vezes levando-@s à morte.

Não existe nenhuma fusão menin@-rua, mas uma interação provocada pela exclusão social. A rua representa o espaço de produção de bens de sobrevivência e, embora possibilitando a manutenção da vida, produz a morte, recebe-@, mas maltrata. Além disso, quanto mais ele se associa a esse espaço, mais distante vai se tornando das políticas sociais e da pauta de preocupações da sociedade.

De modo semelhante a todos @s adolescentes, @s menin@s de rua possuem necessidades peculiares à fase de desenvolvimento na qual se encontram. Dentre essas necessidades está a saúde, compreendida no eixo a partir do qual a maturação biológica e o desenvolvimento das habilidades se processam.

A situação de vulnerabiblidade explica-se pelo fato de que não estão tendo o necessário, nem material, nem afetivo, para desenvolverem seu potencial genético e suas habilidades pessoais. Esta vulnerabilidade social se instala na medida em que, não recebendo, não tem a chance de aprender com a sociedade o cuidado do outro de desenvolver o pensamento coletivo, porque não lhe foi oportunizado.

Algumas causas são aventadas para explicar a saída d@ menin@ para a rua. Dentre elas, destacam-se a pobreza e a violência vivenciada no meio familiar. Em determinados casos, a violência sofrida em casa chega a ser mais atemorizante do que na rua. Em outros, @ menin@ é obrigad@ a ir para a rua buscar dinheiro para trazer para casa. Nessa permanência na

rua conhece outr@s menin@s na mesma situação, e muitas vezes há tempos e, portanto, mais experientes. A formação do grupo passa a se constituir um motivo a mais para pernoitar na rua.

Estes adolescentes estão expostos a situações de violência das mais diversas. Em geral, são desconfiad@s. Vivem em constante insegurança, com receio de serem agredid@s ou violentad@s por marginais, pela própria polícia, ou por pessoas preconceituosas. Por isso, quase não dormem à noite e, quando o fazem, é em lugares escondidos, como terrenos baldios, em cima de árvores ou de marquises de pontos de ônibus. Roupas podem ser guardadas em algum buraco feito na terra (para não perderem ou não se lhe tomarem), ou desprezadas quando tomam banho, por não terem onde lavar nem guardar.

Na aproximação com @s adolescentes em seu cotidiano de rua, descobre-se no seu vocabulário a existência de termos bastante peculiares, os quais, no conjunto, representam um código de preservação do grupo. Quando se trata de assuntos considerados impróprios pela sociedade em geral - como consumo de substâncias psicoativas, sexo, violência, roubo -, recorre-se a vocábulos apenas compreendidos internamente, para não comprometer a segurança e a integridade do grupo. Por mais que o profissional se considere entrosado ou desfrutando da confiança, nota-se uma certa desconfiança em abrir o significado dessas palavras secretas.

Conhecer os vocábulos próprios do grupo, sempre mutantes e regionalizados, é indispensável para que o profissional compreenda o que se passa na convivência coletiva e nas singularidades, já que a fala é o símbolo da comunicação por excelência. Assim, em alguns grupos, "abada" é cola, "back e baseado" são cigarro de maconha, "bagulho" é droga.

São acometidos pelos mais diversos tipos de violência: física, sexual, psicológica e negligência.

Se o processo de adolescer, normalmente, traz dificuldades para qualquer adolescente em graus variados, certamente para aqueles que não dispõem das condições materiais e afetivas mínimas de sobrevivência, essa etapa pode se apresentar, normalmente, desestruturadora. Imaginemos uma adolescente de rua em sua menarca, ou tendo que vender seu corpo para sobreviver, sem noção de doenças sexualmente transmissíveis, ou @ adolescente usuári@ de substâncias psicoativas ou ainda aquele que é expulso de casa pelo padrasto, companheiro da mãe. Todas essas questões repercutem na saúde e requerem atenção especial e sobre as quais pouco se tem investido.

A família constitui-se como o primeiro elemento socializador da criança, com quem aprende as noções de certo e errado, hábitos, costumes, crenças e valores. É a partir dela que a criança aprende a relacionar-se com o mundo e com seu eu, valorizando, ignorando ou reprimindo.

Entendemos que a ocupação, pela enfermagem, dos espaços além dos limites das instituições, com ações estratégicas, planejadas e compartilhadas, configura-se como grande contribuição para a ruptura do processo de exclusão social. Restringir sua ação ao espaço circunscrito pela instituição pode significar desconsiderar quem está fora dela. É colocar-se acriticamente, como instrumento de manutenção de uma ordem estabelecida que marginaliza os indivíduos. Esta é uma proposta estratégica que reforça e amplia a atuação da enfermagem enquanto profissão, uma vez que lhe permite intervir nos diversos níveis de prevenção, consolidando sua prática social. Contribui, também, para a reflexão crítica sobre o papel

da enfermagem frente às necessidades de transformação das sociedades e da própria prática profissional.

A valorização do espaço enquanto locus privilegiado no qual se expressam as formas reais de existência tem sido ponto de discussão presente nos estudos atuais sobre condições de vida e saúde, considerando-se que os grupos humanos organizam-se ou dispõem-se em diferentes espaços geográficos não aleatoriamente, mas de acordo com o que lhes é determinado pela condição de classe, função e poder e pela forma como são distribuídos os capitais cultural (conhecimento), econômico e simbólico (PAIM, 1995).

Transportando esse raciocínio para o processo saúde-doença, pode-se afirmar que o ser humano está exposto aos riscos inerentes às posições ocupadas no espaço social e que saúde-doença é também conseqüência do acesso a esses capitais, uma vez que *muitas diferenças, que geralmente se associam ao efeito do espaço geográfico, por exemplo, à oposição centro-periferia, são efeitos da distância no espaço social, quer dizer, da distribuição desigual das diferentes espécies de capital no espaço geográfico.* (BORDIEU, 1989, p. 138)

PANTOJA E MORAES

Desse modo, a configuração das condições social, econômica e política de determinada área-território de abrangência, incluindo seus recursos para a implantação e implementação de ações de saúde, impõe-se como atividade precípua para atingir as necessidades d@s adolescentes, sujeitos particulares. Outrossim, considerando o dimensionamento do contingente d@s adolescentes em situação de exclusão em relação a idade, sexo, ocupação e os mapeamentos dos locais de permanência dos mesmos tornam mais exeqüíveis às ações propostas.

Não obstante a tais colocações, Rezende (1986) considera que a enfermagem moderna, ao nascer no bojo do capitalismo, constitui-se produto dessa ordem social, evoluindo da atividade caritativa para a utilidade social, em atendimento às demandas do capitalismo. Também faz menção à dificuldade de o profissional assumir uma postura dialética face aos condicionamentos superestruturais impostos pelo sistema vigente, que está montado de forma a promover o comodismo, a alienação e a pobreza política, que são muito mais graves que a pobreza material.

Utilizar o referencial da dialética no trabalho de enfermagem com adolescentes é compreender que este não é o receptor de cuidado, mas o sujeito capaz de contribuir em todo o processo saúde-doença; que precisa desenvolver a consciência de direitos para lutar por eles, que tem de ser considerado dentro de sua realidade social, econômica, política, histórica e mística e de que a saúde-doença é a síntese dessas múltiplas determinações. É cuidar d@ adolescente para que se torne cidadão.

Quando a enfermagem consegue dar esse salto qualitativo na atenção, torna-se mais factível a mudança da situação dos envolvidos, *pois é um espaço que permite uma prática transformadora* (ALMEIDA, ROCHA, 1986, p. 115). Transformar a condição de saúde-doença em que se encontram os meninos de rua é uma urgência que se impõe para toda a sociedade e todos os profissionais da área, sem perder de vista a perspectiva estratégica de construção de uma sociedade solidária, na qual não existam menin@s de rua.

A organização de um serviço para atendimento de adolescentes em situação de rua, requer a observância de critérios que são fundamentais para que @s mesmos menin@s, ali, sintam-se bem: sensibilização da equipe para com a situação

d@ adolescente; consciência com a situação de exclusão social; abordagem de aspectos que compõem o cotidiano de vida na rua; interdisciplinaridade e intersetorialidade para a solução de problemas; regularidade no serviço e disponibilidade para o atendimento individual; estabelecimento de vínculo adolescente-profissional, conhecimento sobre o processo de adolescer. É, ainda, fundamental para a organização de serviços a avaliação das ações realizadas.

Faz-se necessário que a enfermagem repense o seu fazer na saúde, frente aos graves problemas da população pauperizada, tornando-se agente de inclusão dos marginalizados, acreditando que a vida em sociedade deve caminhar para a superação das relações desiguais que geram e mantêm o fenômeno menin@s de rua.

A possibilidade de atuação da enfermagem junto aos adolescentes em situação de rua deve passar, num primeiro momento, por uma etapa de aproximação gradual. Geralmente, ao passar pela rua, vemos crianças e adolescentes perambulando, engraxando sapato, tomando conta de carro ou vendendo gêneros alimentícios variados (balas, amendoim, frutas, picolé e sorvete) ou permanecendo por mais tempo em locais de maior aglomeração de pessoas. Nesses locais, em geral, existe alguém de mais idade, um barraqueiro, um vendedor que conhece a todos que atuam naquela área. Identificá-lo pode facilitar o acesso aos meninos.

O profissional deve colocar-se como presença no espaço geográfico da rua para identificar os meninos, seus locais e horários de atuação, atividades, faixa etária aparente, contactantes, parceiros, comportamento, relacionamento com os adultos trabalhadores, transeuntes e policiais. Esta fase da observação é muito importante. É importante estar atento para todos os detalhes que contribuem para o reconhecimento desse universo da rua. Informações subjetivas podem ser captadas através da comunicação não verbal: o choro, o riso, a raiva, o medo, a vergonha, além de outros.

Depois de algum tempo e de algumas visitas ao espaço geográfico de atuação d@s menin@s, o profissional não mais se constitui num estranho. A partir das relações existentes entre eles é possível intensificar a aproximação para desenvolver os laços de confiança. Nessa fase, pode ser recomendável evitar contatos com policiais ou quaisquer outros profissionais ligados à segurança, vigilância ou fiscalização, sob pena de romper o vínculo de confiança e ser considerado pel@s menin@s como alguém que está ali para puní-l@s ou entregá-l@s à justiça.

O segundo momento diz respeito ao contato d@ profissional com o grupo. Geralmente, a apresentação é realizada a depender das circunstâncias, podendo se realizar com um grupo, esclarecendo qual é a intenção de sua presença, de onde vem (a que instituição está ligad@), o que pode oferecer-lhes e porque está envolvid@ nesta atividade. É importante não criar a expectativa de que falarão sobre eles nesse primeiro contato, mas poderão fazer algumas queixas e farão algumas perguntas, inclusive para detectar se terão algum benefício nesta relação que se inicia.

Também é importante não alimentar sonhos materiais que não possam ser concretizados, devendo ficar assegurada a intenção de manter com eles uma relação de apoio no que concerne aos aspectos de saúde. Por menos recursos que possua o profissional, ele sempre pode ser útil em algum aspecto, mesmo que seja uma orientação - a depender do material presente no momento - que pode ser resolvido já no primeiro contato. É possível que algumas das informações dadas pel@s adolescentes não correspondam à verdade, o que deve ser encarado como uma forma de se proteger de alguém pouco conhecido.

Nessa etapa é possível planejar a discussão de temas sugeridos pel@s adolescentes de acordo com suas necessida-

des. A abordagem dos temas deve ser feita a partir de linguagem acessível e feita utilizando metodologias criativas e participativas. Pode ser realizada em locais públicos onde exista o mínimo de condições para o trabalho. @s própri@s menin@s encarregar-se-ão de indicá-lo. Deve-se ter o maior respeito pelas suas histórias de vida, mesmo diante de situações claras de infrações cometidas, buscando sempre as suas explicações e evitando julgamentos de valor.

A solução dos problemas evidenciados implicará em ações articuladas, multiprofissional e intersetorialmente, desde o tratamento de doenças até a reinserção familiar, escolar e social, considerando-se o tempo para o despertar do desejo e participação d@ adolescente. Neste sentido, deve-se estimular para que @ adolescente participe ativamente na solução de seus problemas de saúde, discutindo, sugerindo e auto-cuidando-se, tornando-se independente e resolutivo para elaborar o seu projeto de vida. Caso seja possível localizar as famílias, deve-se trabalhar essa possibilidade juntamente com @s adolescentes.

Princípios a serem considerados na atenção à saúde d@ adolescente em situação de rua

- Contribuir para dar visibilidade à questão de crianças e adolescentes em situação de rua;
- Viabilizar no setor saúde e por meio da parceria intersetorial, a assistência à clientela de adolescentes em situação de rua, segundo suas necessidades.

Tecnologias em saúde e enfermagem - o adolescente em situação de rua

Objetivos

- Subsidiar a enfermagem na abordagem e o atendimento das necessidades de saúde d@ adolescente em situação de rua;
- Instrumentalizar a enfermagem para o cumprimento de seu papel de agente de inclusão social d@s adolescentes excluídos.

Apoio social

- Encaminhar @s adolescentes a instituições públicas, não-governamentais e comunitárias para apoio às suas necessidades de assistência e às de suas famílias;
- Articular-se com o movimento "Meninos e Meninas de Rua" para ações conjuntas;
- Propor a criação de uma rede de apoio e acompanhamento d@ adolescente incluindo o Programa de Saúde da Família (PSF), igreja, escola, associação de bairro, clube recreativo, parentes e amigos indicados por ele.

Gerenciamento dos serviços de saúde e ações de enfermagem

- Promover a articulação entre instituições de saúde e outros setores da políticas públicas, buscando a garantia quanto ao direito constitucional de prioridade no atendimento para crianças e adolescentes;
- Articular-se com os agentes de saúde do Programa de Agentes Comunitários de Saúde(PACS)/Estratégia de Saúde da Família para a identificação de adolescentes em situação de rua, assim como para alcançar suas famílias.

Processos educativos e de comunicação em saúde

- Desenvolver o trabalho de educação em saúde para adolescentes e famílias com vistas ao auto-cuidado;
- Dar visibilidade a situação de adolescentes de rua, discutindo esta situação com a equipe de saúde e com a comunidade em geral no sentido de criar alternativas para o enfrentamento do problema.

Medidas assistenciais

- Oferecer atendimento ambulatorial e hospitalar de acordo com as necessidades identificadas.

Referências Bibliográficas

ALMEIDA, M. C. P. de; ROCHA, J. S. Y. **O saber de enfermagem e sua dimensão prática.** São Paulo: Cortez, 1986.

BOURDIEU, P. **O poder simbólico.** Rio de Janeiro: Bertrand, 1989.

PAIM, J. S. **Abordagens teórico-conceituais em estudos de condições de vida e saúde:** algumas notas para reflexão e ação. In: SEMINÁRIO LATINO-AMERICANO SOBRE CONDIÇÕES DE VIDA E SITUAÇÃO DE SAÚDE. São Paulo, 1995.

REZENDE, A . L. M. de. **Saúde:** dialética do pensar e do fazer. São Paulo: Cortez, 1986.

Leitura complementar recomendada

ASSIS, S. G. de. **Trajetória sócio-epidemiológica da violência contra crianças e adolescentes:** metas de prevenção e promoção. Rio de Janeiro, 1995. 167p. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas da Saúde. **Cadernos juventude, saúde e desenvolvimento**. Brasília : Ministério da Saúde, v. 1, 1999.

CRUZ NETO, O . et al. Entre o determinismo e a superação: algumas considerações. In: MINAYO, M. C. de S. (Org.). **O limite da exclusão social:** meninos e meninas de rua no Brasil. Rio de Janeiro: Hucitec, 1993.

DORIN, L. **Psicologia da adolescência**. 5. ed. São Paulo: Ed. do Brasil, 1978.

GOMES, Romeu. **O corpo na rua e o corpo da rua:** a prostituição infantil feminina em questão. São Paulo: Unimarco, 1996.

MACHADO, D. Higiene mental. In: MARCONDES, E. (Coord.). **Pediatria básica.** São Paulo: Sarvier, 1987.

MARQUES, L. F.; DONEDA, D.; SERAFIM, D. O uso indevido de drogas e a Aids. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos juventude, saúde e desenvolvimento.** Brasília: Ministério da Saúde, v. 1, 1999.

MONTEIRO FILHO, Lauro. O adolescente de rua. In: MAAKAROUN, M. de F.; SOUZA, R. P. de; CRUZ, A. R. **Tratado de adolescência:** um estudo multidisciplinar. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 1991.

PETRONE, Ana E. R. A relação enfermagem adolescente. In: MAAKAROUN, M. de F.; SOUZA, R. P. de; CRUZ, A. R. **Tratado de adolescência:** um estudo multidisciplinar. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 1991.

RAPPAPORT, C. R. (Org.). **A idade escolar e a adolescência.** São Paulo: EPU, 1982.

SANTANA, Judith Sena da S. **Saúde-doença no cotidiano de meninos e meninas de rua:** ampliando o agir da enfermagem. Rio de Janeiro, 1998. 283 p. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro.

14-7-05

BIBLIOTECA
DO
INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS
"ANGEL SALAZAR"