

P R O J E T O P E P P E 2 2 . 1

28/1/80

"ORGANIZAÇÃO SOCIAL DA ASSISTÊNCIA MÉDICA  
DIRIGIDA AO GRUPO MATERNO-INFANTIL"

FINEP  
24 DEZ 80 016073  
PROTOCOLO

Coordenador:

*Dra. Marília Bernardes Marques*

Pesquisadores Assistentes:

*Sérgio Koifman*

*Célia Maria de Almeida*

*Letícia Krauss Moreira de Souza*

*Etheline Margareth Lewis*

Auxiliares de Pesquisa

*Sherrine Maria Njaine Borges*

*Eliana Cláudia Taddei*

Início :09/78

Término:02/80

281/et

N. 39

1649

Parte II

PARTE II

1. ALGUNS ASPECTOS RELACIONADOS COM A MORTALIDADE INFANTIL...

*Etheline Margareth Lewis*

2. RELATÓRIO DE ATIVIDADES...

*Célia Maria de Almeida*

3. NOTAS SOBRE A MORTALIDADE INFANTIL E NATIMORTALIDADE  
NO PERÍODO 1900-1930...

*Eliana Cláudia Taddei*

4. A POLÍTICA DO TRABALHO FEMININO. CONTRIBUIÇÕES PRIMEIRAS  
À HISTÓRIA DO TRABALHO FEMININO NO BRASIL...

*Sherrine Maria Wjaine Borges*

5. A UTILIZAÇÃO DOS ANTICONCEPTIVOS ORAIS E SUA APLICAÇÃO EM  
PROGRAMAS DE PLANEJAMENTO FAMILIAR...

*Sergio Kolman*

ALGUNS ASPECTOS RELACIONADOS COM A  
MORTALIDADE INFANTIL

Ethelene Margareth Lewis

1651

## I - INTRODUÇÃO

A pesquisa intitulada "Organização Social da Assistência Médica Dirigida ao Grupo Materno-Infantil" vem sendo desenvolvida desde meados de 1978 e tem como coordenadora a Prof. Dra. Marília Bernardes Marques. Para que se pudesse cumprir a primeira etapa do referido projeto, tornava-se necessária a realização de uma extensa revisão bibliográfica em diferentes períodos históricos que deveriam ser delimitados. Este procedimento vem sendo realizado e têm sido revistos livros, artigos de periódicos, teses e outros tipos de publicações da literatura especializada, principalmente em Pediatria, Obstetrícia, Ginecologia e Saúde Pública em todos aqueles aspectos relevantes para a pesquisa que ora desenvolvemos.

A pesquisa bibliográfica que ora procedemos, tem início na primeira década do século atual e se estende até os anos 50, inicialmente. Procuramos, não apenas relacionar os elementos necessários à identificação das obras, mas também analisar o conteúdo das mesmas, cumprindo uma etapa meramente descritiva dos documentos arrolados durante o referido período. Pretendemos desta forma, trazer uma contribuição a todos aqueles que se dedicam a pesquisa na área de saúde, por concordarmos com Yunes, Berquó e Novaes (1) quando afirmam que:

*"Existem algumas publicações brasileiras, que objetivam fazer esta compilação bibliográfica dos trabalhos científicos nacionais na área da saúde, mas são muito limitados, irregulares e incompletos".*

*"... no Brasil e, quiçá na América Latina, não há uma memória científica nacional".*

(Yunes, Berquó e Novaes, 1977)

Servirnos como ponto de partida para o atual levantamento bibliográfico, a Bibliografia Brasileira e Paulista de Medicina. Procuramos num primeiro momento catalogar 187 publicações referentes a diversos períodos, incluindo inicialmente um

classificação por assunto e obedecendo a ordem cronológica de sua publicação. Cumprida esta tarefa, passamos a analisar o conteúdo dos documentos coletados, estando esta fase numa etapa bastante inicial, tendo em vista o enorme volume de material já disponível para consulta. Começamos, todavia, pela abordagem de alguns aspectos relacionados com a Mortalidade Infantil, dando ênfase a Diarréia e Enterite, pelo seu papel decisivo como uma das principais causas na manutenção das elevadas taxas desta mortalidade. Procuramos relacionar este fator causal com os métodos de alimentação na infância e identificar que medidas foram adotadas neste sentido, visando o empreendimento de uma luta no combate da mortalidade infantil.

## II - MORTALIDADE INFANTIL .

- Diarréia e Enterite
- . Causas e Medidas Adotadas Para o Seu Combate

A enorme contribuição da infância para o obituário geral no Brasil é um fenômeno que se observa em nosso meio desde o século passado. (2, 3, 4, 5). Esta observação foi bem documentada por Moncorvo Filho, em 1908, ao publicar as "Estatísticas da Mortalidade Infantil no Rio de Janeiro" (5). Dos dados apresentados pelo autor, pode-se evidenciar um acréscimo da percentagem da mortalidade "infantil" (em menores de 10 anos) sobre a mortalidade geral desde 1895, tendo esta sofrido uma variação de 32 para 46%, no período compreendido entre aquele e o ano de 1905 conforme ilustramos na tabela 1.

TABELA 1 - MORTALIDADE INFANTIL  
Excluídos os Natimortos (pelas Idades)

Anos	0-1 ano	1-5 anos	5-10 anos	Total	Morta- lidade geral	Porcentagem da mortalidade infan- til sobre a geral
1895	2.884	2.490	514	5.888	18.226	32,0%
1896	2.984	1.820	438	5.242	18.154	28,1%
1897	2.920	1.346	249	4.515	13.287	33,0%
1898	2.934	1.537	284	4.655	14.747	31,0%
1899	2.981	2.235	465	5.681	15.600	36,4%
1900	2.400	1.618	432	4.450	13.971	31,8%
1901	2.638	2.097	557	5.292	15.409	33,5%
1902	2.806	2.098	583	5.487	16.501	33,2%
1903	3.435	2.686	784	6.905	16.343	42,4%
1904	4.167	3.302	1.059	8.528	18.666	45,1%
1905	3.769	2.513	554	6.926	14.663	46,0%

\* Fonte

Já naquela ocasião, podia-se observar também, que a contribuição da infância para o obituário geral se dava com percentagem tanto mais elevada quanto mais tenra a idade. Em síntese:

"Sob qualquer ângulo que se encarasse a mortalidade infantil esta vinha crescendo continuamente, e a estatística detalhada não só demonstrava o aumento progressivo em relação a todas as idades mas também, salientava o não pequeno número de óbitos de 0-1 ano, cuja percentagem em relação a mortalidade geral se elevava de 15,1% (TABELA 2) em 1895 para 21,1% em 1905".

(Moncorvo Filho, 1908)

\* Fonte: Moncorvo Filho (1908)

Estatística da Mortalidade Infantil no RJ - pág. 39

TABELA 2 - OBITOS INFANTIS

(Menos os Natimortos), Em relação à  
Mortalidade Geral - 0 A 1 Anno

Annos	Mortalidade geral	Morte infantil	Porcentagem
1995	18.226	5.888	15.1%
1996	18.154	5.242	16.0%
1997	13.287	4.515	21.0%
1998	14.747	4.655	19.0%
1999	15.600	5.681	18.0%
1900	13.971	4.450	17.1%
1901	15.409	5.292	17.1%
1902	16.501	5.487	17.5%
1903	16.343	6.905	17.7%
1904	18.666	8.528	18.9%
1905	14.663	6.826	21.6%

\* Fonte

Muito embora as estatísticas de Moncorvo Filho estivessem restritas ao Rio de Janeiro, é importante salientar que este quadro da mortalidade infantil não parecia diferir em muito para outras localidades brasileiras.

Mello e Ribas (4,6) em 1904, também tecem considerações a respeito da excessiva mortalidade na infância em São Paulo, tendo este em seu "Projeto de Organização de um Serviço para exame de Amas de Leite" (6) afirmado que:

*"Nesta cidade e nas diversas aglomerações do interior avulta a letalidade nas primeiras idades e a proporção dos óbitos das crianças de 0-2 anos eleva-se ordinariamente a 45-50% quase metade da mortalidade total".*

\* Fonte: Moncorvo Filho (1905)

1655

/...

Barroso (2) em 1898, mostrava que a mortalidade infantil sobre a geral atingia as proporções de 50 e até mesmo 60% em algumas cidades do país, chegando mesmo a citar São Paulo e Petrópolis como exemplos.

No que diz respeito as principais causas que pudessem explicar as elevadas taxas de mortalidade no Brasil, estas pareciam ser mais ou menos as mesmas verificadas em todas as cidades e causas múltiplas pareciam atuar para que elas permanecessem elevadas (5).

O estudo dos principais fatores responsáveis pelas elevadas taxas de mortalidade infantil no Brasil sempre destacaram, dentre as causas de ordem médica a influência decisiva das afecções ligadas ao aparelho digestivo (4,7) e isto é o que nos sugere Moncorvo Filho (1903) ao afirmar que:

*"Desde 1868 que é notória a hecatombe de criancinhas vítimas por moléstia do tubo gastro-intestinal".*

(Moncorvo Filho, 1903)

Estatísticas apresentadas pelo autor, em seu trabalho intitulado "Da Alimentação pelo Leite" (3) vem demonstrar que no triênio de 1888-1890, fora de 70% o percentual de mortes ocasionadas em crianças por afecções do aparelho digestivo.

A influência decisiva de tais afecções sobre a mortalidade infantil se perpetua, e durante todo o período de 1903-1926, diarreia e enterite figuraram em primeiro lugar, tendo sido responsáveis por aproximadamente 40% dos óbitos no primeiro ano de vida (Taddei, 1979).

A medida que se provava o papel preponderante das afecções do aparelho gastro-intestinal sobre a mortalidade infantil, buscava-se concomitantemente o conhecimento de suas principais causas bem como de seu tratamento. Em 1903, Mello destacava o calor como sendo uma das causas mais conhecidas das então chamadas "diarréias estivais". Além de Mello (4), é Moncorvo Filho (3) quem destaca as condições do clima entre uma série de outros fatores que mais fortemente atuavam no sentido de acarretar inculcáveis moléstias à infância. O processo de alimentação, to



davia, era para este e outros autores, o fator prioritário na de terminação de tais malefícios. De fato, de há muito se admitia a existência de uma relação direta entre a mortalidade infantil e os métodos de alimentação na infância. Ribas, em 1904, já afirmava que:

*"Uma má alimentação, o alimento artificial, a amamentação defeituosamente feita e executada sem precauções eram condições que favoreciam o aparecimento das afecções do aparelho digestivo e eram responsáveis diretas dos decessos infantis na proporção de 40-65%, verificando-se mesmo que em muitas localidades de São Paulo, o numero de obitos era superior a metade da mortalidade geral".*

(Emílio Ribas, 1904)

Tendo em vista a enorme contribuição das afecções ligadas ao aparelho digestivo na mortalidade infantil, era evidente para muitos pesquisadores no início deste século, que as elevadas taxas de mortalidade infantil só poderiam ser diminuídas na medida em que se conseguisse (8).

*"Fazer recuar aos justos limites a mortalidade pelas moléstias do aparelho gastro-intestinal, originadas pela falta de método e má alimentação na infância".*

(F. de Queirós Mattoso, 1905)

Já nessa época, podemos verificar que parecia ser consenso entre os pediatras, a superioridade do aleitamento materno ou natural em comparação com outros processos de alimentação infantil e este chegava mesmo a ser considerado o único meio racional para se alimentar um bebê (9).

*"As crianças alimentadas com leite materno ou de boa nutriz, escapavam via de regra, aos inumeros acidentes do periodo de lactação, aos terriveis efeitos de toxí-injecções intestinais e gastroenterites".*

(Emílio Ribas, 1904)

Admitia ainda Emílio Ribas, que quando estas afecções se apresentavam, corriam por conta de vícios na técnica de amamentação, ou de má alimentação, trazendo sobrecarga

ao estômago. Em vista disto, considerava ser dever fundamental dos higienistas e dos poderes públicos colocar em campo todos os recursos e medidas capazes de promover e favorecer o aleitamento natural, assegurar uma provisão de leite puro e são capaz de restringir aos limites do possível os desastres da alimentação artificial. Podemos depreender deste e de outros autores, que a promoção dos meios para ampliar a amamentação natural se constituía numa arma eficaz na luta contra a mortalidade infantil.

#### ALIMENTAÇÃO NA INFÂNCIA

##### - ALIMENTAÇÃO NATURAL

Dentre as medidas adotadas com o objetivo de promover e favorecer o aleitamento natural, destaca-se na década de 1901-10, a criação das "Gottas de Leite" no Brasil, instituições estas que surgiram originariamente na França (8, 10, 11, 12). A Gotta de Leite, conforme definição apresentada por Schutel, em 1907, era uma instituição altamente humanitária fundada com o fim de diminuir a mortalidade infantil, e que tinha por objetivo fomentar o aleitamento materno ou natural, distribuindo largamente conselho às mães e fornecendo leite de vaca esterilizado, quando o alimento ao seio era impossível (1). Data de 15 de fevereiro de 1905, a fundação da primeira Gotta de Leite em São Paulo, cuja organização obedecia à linhas gerais estabelecidas por instituições congêneres (8).

- 1º - propagar e dirigir o aleitamento natural
- 2º - fornecer leite esterilizado gratuitamente, e dirigir o seu uso no caso do aleitamento misto ou artificial, verificada a sua necessidade e estado de pobreza das mães
- 3º - fazer conferências semanais sobre higiene dos lactentes e pesagens por onde pudesse avaliar o progresso obtido pela criança
- 4º - consultas diárias para as crianças inscritas, bem como para as que se apresentassem sem essa formalidade, reconhecida a sua pobreza.

Dois tipos de "Gottas de Leite" foram descritas por Schutel em 1907. Uma funcionando juntamente com os serviços de parto e onde predominava a alimentação natural, sendo portanto de caráter profilático. As Gottas de Leite que funcionavam isoladamente, tinham um caráter médico e a sua clientela era constituída pela classe mais pobre da sociedade e a alimentação precária consequente desta pobreza era atenuada com o fornecimento de bom leite esterilizado.

No Rio de Janeiro, a primeira Gotta de Leite, se encontrava em 1903, no seu terceiro ano de funcionamento (Moncorvo Filho, 1903). A Gotta de Leite de São Paulo, funcionava do mesmo modo que esta, que com o intuito de promover o aleitamento materno distribuía durante a consulta, instruções sobre o regime alimentar das crianças alimentadas ao seio, e conselhos eram impressos em linguagem acessível às mães, relativos a higiene em geral, e um guia de aleitamento natural era igualmente distribuído às nutrizas e mães que se apresentavam as consultas. Os lactentes que podiam apresentar perturbações digestivas proporcionadas pelos defeitos e falhas na técnica do aleitamento materno eram atendidos pelo inspetor do serviço para que tais perturbações pudessem ser corrigidas (11).

É interessante notar que apesar da crença de que as Gottas de Leite poderiam vir contribuir em larga escala para evitar a mortandade pela fome, miséria e má orientação (8), estas instituições estavam sujeitas as críticas de muitas pessoas que as incriminavam como sendo capazes de servir como um meio de propaganda do aleitamento artificial. No entanto, esta acusação era contestada por Mattoso em 1905, ao afirmar que:

*"A Gotta de Leite" nunca deverá servir de meio para propagar o aleitamento artificial ou facilitá-lo, quando se possa dar o aleitamento natural. Ella apenas virá em auxílio das crianças que não puderem ser alimentadas e necessitarem de leite em condições de lhes ocasionar o menor mal possível".*

(F. de Queirós Mattoso, 1905)

Schutel em 1907, (11) também afirmava que esta crítica não tinha razão de ser porque "nas Gortas de Leite, antes de qualquer outro conselho, era promovida uma tenaz propaganda em prol do aleitamento natural, como processo de alimentação por excelência e que não podia ser substituído por nenhum outro. Quando porém, este aleitamento era impossível pela falta de leite, por causas mórvidas, etc. impunha-se a administração de leite esterilizado a todas as crianças que leite necessitassem, como o mais inofensivo de todos os meios artificiais".

A prioridade conferida ao aleitamento natural também pode ser evidenciada quando se considera a questão da regulamentação das amas de leite no Brasil. Para Emilio Ribas (6) no caso da impossibilidade absoluta do aleitamento materno, dever-se-ia cogitar em primeiro lugar do aleitamento mercenário, da alimentação por uma boa nutriz. Desta forma, seria necessário submeter a exame e investigações rigorosas, todas as mulheres que se dedicassem a esta tarefa, de modo a apurar a sua integral normalidade fisiológica e o seu completo estado de saúde e abundante secreção de um leite normal e rico em matérias nutritivas. Cabe a Moncorvo Filho (13) a organização do primeiro "Serviço de Exame e Atestação das Amas de Leite Mercenarias" no Brasil. Neste serviço, fundado a 14 de julho de 1901, o exame era feito gratuitamente para as amas de leite, bem como para o público em geral, que deste modo encontrava maior garantia para o aleitamento de seus filhos. As estatísticas do serviço, apresentadas por Moncorvo Filho em 1903, após um ano e meio de funcionamento, mostram que 28.9% de 107 amas examinadas no referido período, haviam sido rejeitadas (tabela 3).

TABELA 3. TOTAL DAS AMAS EXAMINADAS - 107

Attestadas.....	76
Rejeitadas.....	31
Total.....	107

\* Fonte

\* Fonte: Moncorvo Filho (13)

São exatamente as condições pelas quais eram rejeitadas as nutrizes (tabela 4), que nos permitem compreender quão relevante era a questão da regulamentação das amas de leite naquela época. Esta se constituía de fato, em uma das medidas que deveriam ser aplicadas com o objetivo de proteger a infância (8), medida esta de decidida eficácia como elemento de combate a mortalidade infantil (4). No entanto, apesar da elevada mortalidade verificada nas crianças expostas às amas de leite, ainda em 1908 se alertava aos poderes públicos a necessidade da regulamentação, como medida social que há muito se impunha em prol da coletividade (14).

TABELA 4. CONDIÇÕES POR QUE FORAM REJEITADAS AS NUTRIZES MATRICULADAS NO SERVIÇO.

Tuberculose (incipiente 9, adiantada 2).....	11
Syphilis .....	3
Abcesso profundo da mamma com pús no leite .....	1
Insuficiência de leite ou leite pouco nutritivo.....	9
Eczema do seio .....	2
Eczema em varias partes do corpo.....	1
Immundicie extrêma.....	3
Alcoolismo .....	1
Total .....	31

Em 1914, Pestana (15) publica a estatística sobre a mortalidade das crianças expostas às amas de leite no período de 1903 a 1912, e afirma ser sabido que:

*"Em toda parte a mortalidade dos expostos é dupla da mortalidade dos que são criados pelas próprias mães".*

*(Synesio Rangel Pestana, 1914)*

Considerava, como sendo a principal causa da alta mortalidade verificada nas crianças expostas às amas mercenárias, a falta de assistência médica:

*"A maioria das mortes se verifica nos lactentes entregues às amas de leite, e estes, geralmente, encontram-se em condições de que*



seja hygiene alimentar. Alem da falta de cuidados necessarios ao que diz respeito a amamentação, ao aleitamento mixto na época própria para o desmama etc., há ainda a falta de medico no local o que obriga as mães a consultarem os curandeiros locais da redondeza que os tratam sabe Deus como, pela homeopathia ou pela allopathia".

(Synesio Rangel Pestana, 1914)

Como podemos observar, persiste ainda na segunda década do século atual, uma enorme preocupação por parte dos pesquisadores nacionais, no sentido de estudar a fundo, o capítulo da alimentação na infância (16).

"Havemos, porém, de porfiar em seu estudo, interrogando-lhes regras e incógnitas, batendo à porta de todos os regimens, ouvindo-lhe os resultados, sem fiar demais em promessas, para concluirmos, enfim, na perseverança da lei natural, pelo regimen materno que a natureza dosou, em cada espécie, por sua imagem e semelhança".

(Olympio Portugal, 1915)

"O aleitamento materno, o de ama, com as regras de seu exame, o aleitamento artificial, o mixto, as diversas espécies de leite animais, os leites modificados pela industria, o regimen lacteo-farinaceo propriamente, um por um deverão constituir etapas do nosso caminho".

(Olympio Portugal, 1915)

Outra medida utilizada, ainda nos anos 1901-1910, com o objetivo principal de fomentar o aleitamento materno, eram os concursos de robustez, considerados como sendo da mais alta relevância social (14). No Instituto dirigido por Moncorvo Filho, dez concursos deste genero já haviam sido realizados conforme publicação do autor documentada na Imprensa Médica em 1908. Estes concursos se estendem por muitos anos e em 1926, Clemente Ferreira (17) afirmava que:

"Os premios de boa saúde e de assiduidade tem feito sentir em todos os países que os adotarão benéfica e eficaz influencia sobre o incremento da amamentação materna - e melhor se-

guro de vida do recém nascido -, sobre a assiduidade e pois melhor treino das boas praticas puericolas por parte das progenitoras das classes proletarias, que frequentando com regularidade e solícitude os centros de hygiene infantil, os consultorios de pediatria e dispensarios de lactentes aprendem de modo objectivo os preceitos cardaes de maternologia, as noções essenciaes de puericultura e hygiene infantil e compenetraram-se sufficientemente da importancia dos cuidados e precauções, de que devem rodear seus filhinhos para evitar as doencas mais comuns nessa tenra idade - as molestias da nutrição, as enfermidades digestivas".

(Clemente Ferreira, 1928)

#### - ALIMENTAÇÃO ARTIFICIAL

Apesar de toda ênfase conferida ao aleitamento materno ou natural, durante a primeira década do século atual, o aleitamento artificial, como vimos anteriormente, tinha a sua indicação, especialmente nos casos onde o aleitamento materno era contraindicado devido a falta ou insuficiência de leite das nutrizes e as incompatibilidades decorrentes das necessidades de luta pela vida (3, 8, 11, 18). O leite era o alimento escolhido para formar a base do aleitamento artificial na dieta da criança.

A chamada da atenção para o nosso público para as vantagens de um leite puro e de origem conhecida se faz sentir em um dos trabalhos de Moncorvo Filho (3), datado de 1903. Ao tratar da alimentação pelo leite, o autor faz referência a uma publicação nos órgãos da imprensa do Rio de Janeiro, onde a Prefeitura havia encontrado em 35 vendedores ambulantes de leite apenas 6 comerciando com leite puro, os outros 29 surpreendidos mercadejando um líquido impurificado pela água, pelo amido e outras substâncias. Em uma das garrafas examinadas o líquido era composto de 40% de leite e 60% de água e polvilho. Este fato por si só, permite-nos compreender, conforme afirma Moncorvo Filho, que a falsificação do leite imperava entre nós e que a criação de um laboratório de bromatologia e a organização do serviço de fiscalização das vendas leiteiras nesta Capital eram de fato medidas que há muito se impunham, apesar de naquele ano (1903) estarem em

vias de funcionamento. Mattoso, em 1905, preconizava que uma vez reconhecida a necessidade do aleitamento artificial era imprescindível que ele se fizesse com leite de primeira qualidade, que a delicada técnica de seu preparo fosse observada e que se ensinasse a sua racional e científica utilização. As observações de Nunes (19) em 1905 são concordantes com as de Mattoso neste sentido, quando ressalta que tanto a qualidade como a dosagem do leite eram aspectos que mereciam do clínico cuidadosa atenção nos casos em que fosse preciso lançar mão deste processo de alimentação infantil.

No que diz respeito as qualidades que devia possuir o leite para que melhores resultados fossem alcançados com a amamentação artificial expõe aquelas reveladas pelo Prof. Adjunto Carrière ao Jornal Le Nord Médical, onde a esterilização do leite é colocada em pleno relevo; questão esta que para Nunes (1905) ainda não se cogitava em nosso meio, apesar de reconhecer que o comércio deste produto no Brasil já havia se tornado importante em quase todos os Estados do país. No entanto, pelo que pudemos deprender desta revisão bibliográfica, o leite esterilizado era amplamente indicado a todas as crianças. Ao contrário do que expõe o autor, a questão da esterilização do leite já era uma questão considerada entre nós, pelo menos a partir da última década do século passado.

*"Temos como certo que não vem longe o dia em que, obedecendo aos preceitos hygienicos, as autoridades sanitarias exigirão que seja esterilizado todo o leite destinado aos hospitaes, casas de caridade, de saúde, asylos e maternidades".*

*Dr. Carlos P. de Sã Fortes*

*Fonte: Moncorvo Filho - Da Alimentação pelo Leite*

A partir de 1902, o leite esterilizado já era distribuído (oferecido) gratuitamente por esta companhia ao Instituto de Proteção e Assistência a Infancia, onde funcionava um serviço de distribuição de leite esterilizado. O fornecimento gratuito de leite esterilizado e a orientação de seu uso no caso do aleitamento misto ou artificial era de fato uma das funções das Gortas de Leite (8).

/...



TRATAMENTO DAS DIARRÉIAS

Apesar da extraordinária frequência com que se dava a gastroenterite e também a sua gravidade, Mourão (1905) afirmava que esta afecção raramente matava, desde que se observassem os modernos preceitos do tratamento (20). Admitia ainda, que os aperfeiçoamentos da terapêutica haviam contribuído para transformar a gastroenterite numa afecção banal, de cura fácil. Mattoso (21), e, 1906, ao publicar um trabalho "Sobre o Tratamento das Gastro-enterites" também afirma:

*"A therapeutica clinica das gastro-enterites é das mais simples e efficazes, exigindo somente muito criterio, prudencia e observação da parte do clinico".*

(F. de Queirós Mattoso, 1906)

Como nos mostra o autor, o tratamento clássico era aceito em suas linhas gerais pela maioria dos pediatras. Em estudo apresentado por Mourão (1905), o autor apresenta três grandes indicações, que servem de base para o tratamento de todas as formas agudas das gastro-enterites. Estas, todavia, não diferiam daquelas adotadas pelo Prof. Terrien na França.

A primeira indicação apresentada, dizia respeito a interrupção da toxi-infecção intestinal através da suspensão da alimentação infantil.

*"Subtrahindo à criança o leite, quer de procedencia materna, quer de outra, dando-lhe como alimento agua, quer fervida quando de origem suspeita, quer pura, para combater a sede exagerada da criança, hydratar-lhe os tecidos, e ao mesmo tempo lavar-lhe os intestinos".*

(Mario Mourão, 1905)

A dieta hydrica no tratamento das gastro-enterites era considerada o aspecto mais relevante e seus efeitos eram os melhores (21). Para justificar quão eficaz era a dieta hydrica em toda e qualquer gastro-enterite, Mattoso afirmava que:

*"Na enfermidade de crianças do Hospital de Misericórdia, constantemente deu-se a dieta hydrica, cujas papelotas são...*

/...

receberam a prescrição da dieta hydrica".

(F. de Queirões Mattoso, 1905)

De certa forma, pudemos verificar ainda na primeira década do século atual, que já parecia existir certo consenso de que a dieta hydrica nenhum risco oferecia a criança.

"Sendo certo que ela poderia vir morrer da alimentação e nunca por passar 6 a 48 horas sob regimen da agua".

(F. de Queirões Mattoso, 1905)

"Os efeitos da dieta hydrica são maravilhosos quasi: Diminuindo o contingente das toxinas e auxiliando a eliminar as já formadas, as melhoras da criança são promptas e quasi imediatas. A febre cae, as urinas augmentam, o facies da criança melhora.

(Mario Mourão, 1905)

No início da segunda década, todavia, Clark (22) publica em trabalho intitulado "Perigo de Jejum Prolongado em Crianças com Perturbações Digestivas", onde procura alertar aos seus colegas sobre o valor do tempo que deve reger a prescrição do regime de chá e água nas crianças com diarréia, de origem tóxica ou intecciosa. Esta, no entanto, já havia sido a nosso ver, uma das preocupações de Mattoso em 1906, quando sugeria que:

"O tempo em que o doentinho fica sob esse regimen varia conforme o resultado que se vae obtendo, desde 6 horas nos casos mais simples, até 48 horas nos mais persistentes".

(F. de Queirões Mattoso, 1906)

A segunda indicação no tratamento das gastroenterites dizia respeito à eliminação dos venenos já formados (20). Isto era obtido através da medicação purgativa, lavagens do estomago e clysteres. Os purgativos eram em nosso país, considerados o meio eliminador por excelência (Mourão, 1905). Xarope de chicória composto, era indicado nas crianças muito novas as colherinhas de hora em hora até a modificação completa das fezes.

"Nas crianças de mais meses o que me tem dado resultado é o atchairo sulfato de magnesia em dose francamente purgativa,

/...

nunca inferior a 20 grammas, dissolvido em água e dado uma vez à criança, devendo ser considerado nessa dose a quantidade que se perde".

(Mário Mourão, 1905)

Mourão, jamais empregava os calomelanos por considerá-lo fraco e de efeitos hipotéticos, o que não se dá, como afirma, com os salinos ou com o rhuibarbo do xarope de chicorea, que tem a enorme vantagem de não repugnar a criança, geralmente rebelde.

Ao contrário de Mourão, Mattoso (21) recorria ao uso de calomelanos sempre que precisava intervir junto aqueles casos mais graves e com vários dias de doença. A seu ver, "o calomelanos é o purgativo e desinfectante intestinal por excellencia, na clínica infantil". A única cautela considerada necessária no uso deste medicamento estava na prudência das doses e no modo de administrar. Além da medicação purgativa, recomendava-se que a medicação eliminadora deveria ser feita por meio de clisteres (20 e 21).

A terceira grande indicação que serve como base para o tratamento da gastro-enterite visa o combate de certos sintomas predominantes (20). No que diz respeito aos anti-sépticos intestinais, pudemos verificar que em 1905, alguns estudiosos os consideravam desnecessários e inúteis, achando que os purgativos eram a melhor medicação anti-séptica. Mattoso (21), por exemplo, preconizava o calomelanos em doses fracionadas. Mourão, preconizava quase que sistematicamente, o bicarbonato de sódio, achando-o "quase um heróico como medicação única nas gastro-enterites das crianças".

Uma das grandes preocupações dos pediatras no tratamento das gastro-enterites dizia respeito a alimentação da criança a medida que esta ia melhorando e que ia se suspendendo a dieta hídrica.

"Passado o regimen da dieta hídrica, surgem as dificuldades para começar a alimentação da criança de modo a não lhe faltar necess. elementos de nutrição, intoxicação e de digestão".

/...

Não era aconselhável voltar logo ao leite porque este

... "Torna-se um verdadeiro veneno nesses casos, e é preciso que se favoreça a perfeita integridade dos órgãos gastrointestinais para que ele possa ser aceito sem prejuízo".

(F. de Queirós Mattoso, 1906)

Mattoso (21) recorria ao caldo de legumes, simples ou engrossado com creme de arroz, por Méry. Esse regimen podia ser prolongado por uma semana e a criança ia-se reconstituindo e os últimos vestígios da moléstia desapareciam. Em seguida, procurava-se fazer com que a criança fosse aleitada naturalmente, mesmo quando já se achava sob regime artificial.

Uma das melhores soluções para a alimentação natural consistia no uso da Babeurre (Mattoso, 1906) muito eficaz na alimentação e medicação dos doentinhos de gastro-enterite, principalmente nas formas entero-colíticas, qualquer que fosse a idade e com manifestações rebeldes e prolongadas (Mattoso, 1906). O seu emprego é como o do leite nos primeiros dias, podendo mais tarde ser usada na mesma quantidade que o leite.

De um modo geral, esta era a conduta adotada no tratamento das gastro-enterites e esta era aceita em suas linhas gerais pela maioria dos pediatras (Mattoso, 1906).

Em 1913, Valladão (23) nos mostra que:

"A therapeutica classica dos purgativos e adstringentes foi sendo aos poucos substituída por um sistema racional de tratamento, baseado no emprego de medidas dietéticas destinadas a facilitar a nutrição e remover as proprias causas do mal".

(Mathias Valladão, 1913)

Nesse sentido, o uso de farináceos já havia sido preconizado, bem como o leite desnatado (babeurre) e finalmente o regime mixto, lacteo-farinaceo. O uso de leite albuminoso (Eiweissmilch) no tratamento da diarréia das crianças parece ter alcançado sucesso maior. Este tratamento foi aconselhado por Finkelstein e Myer que começaram a diminuir a quantidade de lac

/...

tose contida no leite por ser a fermentação do açúcar a causa primária das desordens digestivas. (23)

Nos anos 30, pudemos verificar que muito embora não houvesse necessidade imperiosa de novo método terapêutico destinado ao combate da diarréia das crianças maiores, de muito menor gravidade comparada a do lactente, surge um novo método de tratamento, "A Dieta de Heissler-Moro", de ação rápida e eficácia que se aproximava a 100%. O método consistia primitivamente, no emprego de maçãs, a que se juntou posteriormente bananas. A dieta Heissler-Moro era destinada a princípio, somente ao tratamento das diarréias das crianças maiores, mas pouco a pouco foi tendo dilatado o campo de suas aplicações, a ponto de ser naqueles dias bastante empregada no tratamento não só das diarréias do adulto e do velho, como também nos lactentes:

III - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 - YUNES, J., E. Berquó e Novaes, H.M. (1977): Reprodução Humana .  
"Análise Crítica da Literatura Referente à Saúde Materno-Infantil"
- 2 - BARROSO, S. (1898): Da Suspensão do Leite Nas Diarrhêas Verdes Infantís, rev. Med. São Paulo 1 (10): 187-190, mai
- 3 - MONCORVO Filho (1903): Da Alimentação pelo Leite Gaz. clin. de São Paulo 1(7): 293-313, ago
- 4 - MELLO, B.V. de (1904): A Mortalidade Infantil em São Paulo Suas Causas e Meios de Remedial-a Imp. Méd. 12(11): 248-252, dez
- 5 - MONCORVO Filho (1908): Estatísticas da Mortalidade Infantil no Rio de Janeiro Imp. Méd. 16(3): 37-42
- 6 - RIBAS, E. (1904): Projeto da Organização de um Serviço para Exame das Amas de Leite Imp. Méd. 12(11): 252-253, dez
- 7 - DIAS, C.M. (1938): Contribuição à Luta Contra a Mortalidade Infantil no Distrito Federal Arch. Ped. Ano 10, 118: 497-506, julho
- 8 - MATTOSO, F. Q. (1905): As Gotas de Leite rev. Méd. São Paulo, 8 (4): 73-76, fev
- 9 - VIANNA, M. (1905): Intolerância pelo Leite da Mulher Gaz. Clin. São Paulo 3 (3): 118-120, mar
- 10- MONCORVO Filho (1904): Da Alimentação das Crianças no Rio de Janeiro Gaz. Clin. São Paulo 2 (9): 380-391, set
- 11- SCHUTTEL, H.F. (1907): As Gotas de Leite rev. Méd. São Paulo 10 (14), jul



- 12 - BRITO, S. (1907): A Gota de Leite ou Consulta de Lactentes  
Rev. Méd. São Paulo 10(10): 202-204, mai
- 13 - MONCORVO Filho, A. (1903): Do Exame das Amas de Leite Gaz.  
Clin. São Paulo 1(2): 41-6, mar
- 14 - MONCORVO Filho, (1908): Assistência à Infância no Rio de  
Janeiro Imp. Méd. 16(1): 8-14, jan
- 15 - PESTANA, S.R. (1914): Serviço Médico do Asylo de Expostos  
e da Secção de Amas de Leite, da Santa Casa de Misericór  
dia de São Paulo, durante a Anno de 1912 Rev. Méd. São  
Paulo 17(11): 181-183, jun
- 16 - PORTUGAL, O. (1915): Curso de Puericultura Ann.Paul. Med.  
Ar. 5: 283-291
- 17 - FERREIRA, C. (1928): Os Prêmios de Saúde e Sua Influência  
como Factor de Puericultura Ped. Prat. 1(3): 95-98, mai
- 18 - MATTOSO, F.Q. (1907): A "Gotta de Leite" em São Paulo Rev.  
Méd. São Paulo 10(22): 465-469, nov
- 19 - NUNES, C.P. (1905): Hygiene da Infância Qualidades que de  
ve possuir o leite e sua dosagem para amamentação ar-  
tificial das creanças Rev. Méd. São Paulo 8(4): 78-80,  
fev
- 20 - MOURÃO, M. (1905): Diarrhêa Grave das Crianças Gaz. Clin.  
São Paulo 3(6): 231-236, jun
- 21 - MATTOSO, F.Q. (1906): Sobre o Tratamento das Gastroenteri  
tes Gaz. Clin. São Paulo 104(1): 26-33, jan
- 22 - CLARK, O (1913): Perigo do Jejum Prolongado Rev. Méd. São  
Paulo 16(23): 415-416, dez

/...

21.

- 23 - VALLADÃO, M. (1913): O Leite Albuminoso (Eiurissmilch) no Tratamento da Diarrhêa das Crianças Ann. Paul. Méd. Ar. 1(3): 69-74, out
- 24 - LAGES Neto, J. (1932): Sobre a Nossa Experiência com a Dieta Heissler-Moro no Tratamento das Diarréias Infantis Ped. Prat. 4(5): 225-228, mai-out.

/nb

1672



## RELATÓRIO DE ATIVIDADES

POR *Celia Maria de Almeida*  
PERÍODO - *janeiro a dezembro 1979*

No início de nosso trabalho junto ao Programa de Estudos e Pesquisas Populacionais e Epidemiológicas - PEPPE, fomos designados para trabalhar no projeto de pesquisa sobre circulação de medicamentos que seria desenvolvido pelo sub-grupo de Organização da Atenção Materno-Infantil na Área de Prática.

Entretanto, após curto período, dificuldades as mais diversas inviabilizaram, nesse momento, o bom encaminhamento desses estudos.

Fomos então solicitados para integrar a equipe junto ao projeto "Organização Social da Atenção Materno-Infantil", que já vinha sendo desenvolvido há algum tempo pelo referido grupo, o que possibilitaria inclusive o armazenamento de informações e dados que talvez possibilitasse o desenvolvimento posterior de temas mais específicos, como a questão do consumo de medicamentos.

Coube-nos a discussão da produção de conhecimento médico sobre o tema atenção Materno-Infantil, centrado na discussão sobre a mortalidade infantil, no período 1900-1950.

O resultado do trabalho desenvolvido este ano, em tempo parcial, está a seguir. O material levantado foi até os anos 30.

### INTRODUÇÃO

Este relatório, longe de significar um trabalho acabado e que pretenda enunciar algumas conclusões, representa a tentativa de esboçar algumas idéias a respeito da produção do conhecimento médico sobre a mortalidade infantil, especificamente em porta-

1673

de-primária, prática -  
das intelectuais mē

dicos da época sobre o assunto, as modificações que essa percepção vai sofrendo com o passar da História, e se possível, quais os condicionantes que a determinam.

Rosen, em seu livro "The Evolution of Social Medicine" (38), ao discorrer sobre a evolução da Medicina Social, refere que uma mudança substancial ocorre no início deste século na incorporação do Social no pensar a saúde e doença, uma vez que "não era mais possível considerar a pobreza como uma punição "natural" do pobre por seus defeitos", passando-se então a diagnosticá-la como uma doença social. "Era igualmente claro que para se manter a comunidade num estado saudável devia-se tratar das conseqüências da pobreza para a saúde. Este foi o contexto inicial do qual tanto a medicina social como a sociologia médica emergiram".(39)

Indica ainda que Grotjahn, na Alemanha, em 1911, publica uma série de princípios fundamentais para um estudo sistemático da doença do ponto de vista social, tais como a possibilidade de controle das "doenças de importância social", o significado da educação para a saúde nessa conexão, e o papel do médico na promoção da higiene social para toda a população. Enfatizou ainda a necessidade da utilização dos métodos estatísticos na condução desses problemas, assim como da demografia, da antropologia, da economia e da sociologia. Considerou também a degeneração física e social como um dos principais problemas de higiene, enfatizando a importância da eugenia.(40)

Rosen afirma ainda que "medicina social na forma que se desenvolveu na Alemanha, em particular as idéias de Grotjahn, teve uma ampla influência sobre o desenvolvimento deste campo em outros países", indicando também que as nações em desenvolvimento apenas muito recentemente começam a se movimentar neste campo.(41)

Sobre o problema da eugenia, Jurandir Costa ao discutir a História da Psiquiatria no Brasil, refere que no período... 20-30, "a eugenia era um tema cultural retomado pelos psiquiatras nos seus programas de higiene mental... A questão do cuidado eugênico da "raça brasileira", foi introduzida no Brasil de início pelos intelectuais e só em seguida pelos médicos"(\*) (42)

(\*) Eugenia é entendido aqui pelo autor, de acordo com o fisiologista inglês Galton para designar "o estudo dos fatores socialmente controláveis que podem elevar ou reduzir as qualidades físicas dos povos, tanto física quanto mentalmente".(42)

A atenção materno-infantil aparece como preocupação dos médicos no Brasil, no final do século XIX e início do século XX. A primeira instituição específica para esse fim, foi criada no Rio de Janeiro em 1901 - Instituto de Assistência e Proteção à Infância. O Governo Federal cria em 1920(Decr. nº 3.987, de..... 02/01/1920) o serviço de higiene e assistência à Infância no distrito federal(diretor - Fernandes Figueira); em 1923 instituiu-se a Inspetoria Federal de Higiene Infantil na Bahia(presidente - Martagão Gesteira),e em 1925 foi instituída a Diretoria de Higiene Infantil e Escolar em S. Paulo. Os serviços de atenção à gestante e ao parto iniciam também nas primeiras décadas do século: em 1904, fundada a Maternidade das Laranjeiras, criou-se o primeiro centro de amparo à mulher grávida, e em 1923, no Primeiro Congresso Brasileiro de Higiene, é aprovado por unanimidade o estudo das bases de um serviço pré-natal, proposta encaminhada por Fernandes Magalhães.(44)

Partimos do pressuposto de que o interesse pela atenção materno-infantil e a organização de serviços específicos para esse fim, se inserem no processo de organização de sedes sociais que objetivam ordenar e orientar a sociedade brasileira, em basando em pressupostos "científicos" o controle social(aqui entendido como forma de manutenção de dominação de determinados grupos sociais sobre outros).

Marisa Correa, afirma que "uma das características da constituição do pensamento científico no Brasil é o fato de que sua expressão, na forma de discursos ou de práticas sociais, aglomera categorias que serão mais tarde tratadas separadamente. Os discursos sobre raça, sexo, crime, loucura, aparecem ainda entrelaçados e é só muito lentamente, ao ser postas em prática que essas categorias começam a ter existência autônoma em relação umas às outras. Isso se explica dado que as elites que constituem os primeiros clientes das instituições ao saber - tendo elas próprias organizado essas instituições - são as fundadoras de uma visão global e indiferenciada das categorias que compõem a população brasileira, o povo... Ironicamente, o mesmo discurso que pretende homogeneizar a realidade - escondendo, portanto, as possíveis fontes de conflito - revela no processo de se concretizar, as desigualdades geradoras de tensão social. Isso ficará bastante claro nas discussões sobre raça, por exemplo, mas é aparentemente também no tratamento dado ao sexo, loucura ao crime".(45)

Não temos hipóteses claramente definidas a serem verificadas; temos uma idéia mais geral que orienta nosso trabalho: a de que o estudo da atenção materno-infantil, inserida numa "sociedade disciplinar" que se relaciona com o avanço capitalista, demonstra e permite discutir as formas específicas que essa disciplinarização vai assumir no Brasil ao início do século.

Por outro lado, o levantamento da produção de conhecimento médico neste campo, nos parece de extrema utilidade para compreender os modelos e propostas que impregnam os cuidados à mãe e à criança até os nossos dias.

A idéia de centrar essa discussão sobre os dados e enfoques emprestados aos significados dos altos índices de mortalidade infantil, natimortalidade e mortalidade neonatal, se fundamenta em que esses coeficientes sempre foram altos e de certa maneira, sempre são convocados para justificar as propostas e medidas de atuação em saúde para esse grupo da população, nos mais variados períodos.

Longe estamos, entretanto, principalmente no conteúdo deste relatório, do propósito desse trabalho. Quando muito, o que apresentamos aqui é uma tentativa de melhor ordenação das informações contidas nos textos primários, onde supomos ter identificado o material que fundamentaria nossa hipótese.

A partir de uma análise mais cuidadosa desse material, o que pretendemos levar adiante, acreditamos conseguir-se-á chegar a uma melhor aproximação do tema de organização social da atenção materno-infantil no Brasil.

## II - LEITURA DOS TEXTOS PRIMÁRIOS

### 1. O X Congresso Internacional D'HYGIENE et de Demographie

Poucos são os documentos localizáveis que discutam a atenção materno-infantil e em particular a mortalidade infantil na primeira década do século vinte.

Naqueles que foram analisados, sempre aparece a preocupação com a prole e conseqüentemente com a mãe, ainda que justificada por motivos diversos, dentro de uma perspectiva eugênica, ou seja, perspectiva de melhoramento da "raça brasileira".

Outra característica que se identifica é a valorização do conhecimento produzido no exterior, sobretudo na França e Ale

manha, com importação das conclusões ou sugestões propostas nestes países, para a solução dos problemas nacionais.

Entretanto, essa transposição é feita ou de forma incompleta, ou "atrasada", não conseguindo perder seu caráter de adaptação.

Assim, as idéias e assuntos discutidos no X Congrès International D'Hygiène et de Demographie, realizado em Paris em 1900, vão aparecer nos textos brasileiros após 1910.

Observa-se uma preocupação constante com as degenerações, com as taras, que levam à constituição de uma prole fraca, doente e tarada.

A puericultura é vista como uma ciência que estuda três grandes capítulos(2):

1. puericultura antes da procriação (higiene dos pais);
2. puericultura depois da concepção até o nascimento (Higiene da mulher grávida e da parturiente);
3. puericultura após o nascimento (higiene da criança).

E a ênfase maior é localizada no primeiro, que coloca as medidas higiênicas e profiláticas como fundamentais.

J. COMBY, médico do Hôpital des Enfants Malades, em Paris, em uma comunicação no referido Congresso, assim se refere ao assunto:

*"L'hérédité, dans son sens le plus large, pèse d'un grand poids sur la descendance des... êtres vivants. On doit être pénétré de cette vérité si l'on veut tracer les règles si complexes... et si délicates de l'élevage des enfants. Dans cette grande question de la puériculture, je n'envisagerai qu'un des facteurs, l'état des... parents, et encore devrai-je me restreindre pour rester sur le terrain de l'hygiène et de la... prophylaxie."*

Não se colocava claramente o problema da transmissão das doenças ao conceito, ao contrário, afirmava-se que mesmo que não houvesse transmissão direta do germe patogênico à criança durante a gestação, os filhos de pais doentes (de sífilis, tuberculose, por exemplo) herdariam de seus pais as mesmas distrofias, as mesmas imperfeições orgânicas, uma vez que esses adultos produziram uma "procriação imperfeita". O autor explicita que não vaise proo



cupar com transmissão direta das doenças infecciosas, enquanto doenças, mas com as condições de inferioridade que essas doenças produzem nos procriadores e a repercussão disso nos produtos da concepção.(2)

Outros fatores enumerados como exaltadores das "taras hereditárias" são a consanguinidade, a intoxicação química (por chumbo, por mercúrio, etc.) e o alcoolismo. Desses três, o alcoolismo é o que é apontado como o mais maléfico, enquanto ressalva-se, parcialmente, o primeiro.

Arriscaríamos dizer, que os casamentos consanguíneos eram prática freqüente na época, inclusive, para a manutenção da própria raça, das estirpes nobres e aristocráticas; a burguesia industrial que começa então a se formar, começa buscar casarseus filhos com descendentes de "boas famílias" aristocráticas, para assim legitimar ou garantir seu "status social" recentemente adquirido, interferindo então nessa tradição.

Assim, parece-nos que o cuidado com que os médicos tocam no assunto, respalda-se nessa realidade. Pode-se ler:

*"On a dit que consanguinité, que les unions entre proches parents avaient une influence fâcheuse sur la santé des enfants et menaçaient les familles... d'une dégénérescence profonde et rapide. On a mis sur le compte de ça consanguinité, l'idiotie, la surdi-mutité, les malformations, etc. Il y a lieu toutefois de distinguer.*

*Si les procréateurs consanguins (cousins germains par exemple) sont sains des deux côtés, leurs..... enfants ou des chances pour être vigoureux et bien conformés. Dans le cas contraire, si l'arthritisme, les névroses, les grandes dystrophies héréditaires règnent dans l'une ou l'autre branche, il y a danger de dégénérescence pour la progéniture. Comme le dit avec raison M. Le Centre, la consanguinité exalte les taras héréditaires, mais elle ne les crée pas. La faiblesse innée ou acquise des parents, sans consanguinité, peut aboutir aux mêmes résultats, et l'on a vu des époux trop jeunes ou trop vieux,.... épuisés par l'âge, par la misère, par les privations, par les souffrances morales ou physiques, engendrer des êtres petits, faibles, insuffisants par le corps et par le cerveau. L'infériorité des procréateurs, pour être acquise passagère, n'en re-*

*...a pas d'effet sur les enfants" (3)*

Então, portanto, que alguns casamentos não consanguíneos, mas sujeitos a determinadas condições podem ser bem mais perniciosos.

Quanto às intoxicações químicas são claramente tratadas como doenças profissionais.

O alcoolismo, por sua vez, é atacado com veemência, principalmente o pai alcoólatra.

*"Mais l'alcoolisme, avant tout, doit attirer notre attention. L'alcoolisme du père ou de la mère, à plus forte raison des deux procréateurs, menace... gravement les enfants. Tous les médecins, tous les hygiénistes sont d'accord sur ce point.*

*Les enfants des alcooliques sont délicats, chétifs, de taille inférieure à la normale, prédisposés aux névroses, aux convulsions, à l'idiotie, à l'épilepsie, à la microcéphalie, à l'hydrocéphalie, sans parler des tendances à boire, de la dipsomanie... qu'ils semblent pouvoir hériter directement de leurs ascendants.*

*Les exemples abondent des dégénérescences d'origine alcoolique."(4)*

Citando vários exemplos descritos por vários autores, conclui-se:

*"Demme (de Berne), Comble (de Lausanne) ont fait des enquêtes probantes sur la descendance des alcooliques et ils sont arrivés aux mêmes conclusions que Morel: l'alcoolisme des ascendants conduit les descendants à la dépravation morale, à la marie, à la paralysie progressive, à la mélancolie, au suicide, à la mortalité précoce, à la débilité physique, à l'idiotie, etc."(5)*

Vale lembrar que é descrito por vários autores que o alcoolismo grassava entre a classe operária, que vivia em condições bastante precárias.(6)

Como medidas profiláticas a serem adotadas, propõe-se que os médicos poderiam ser consultados para opinar sobre a saúde dos cônjuges e sobre os casamentos, pois, como se faz para a espécie animal é preciso selecionar os procriadores humanos, para o proveito da sociedade e futuro da raça. Além disso, enumeram alguns "conselhos" que deveriam ser seguidos pela população, propondo-se aqui o exame pré-natal.

*"S'il n'a pu empêcher les unions hygiéniquement mal assorties, le père néanmoins donnera ces conseils, en recommandant à ses clients de se mettre dans de bonnes conditions physiques au moment de la conception, de ne pas se livrer à cet acte quand ils sont malades, enrhumés, grippés, épuisés, ou en... état d'ivresse, etc."(5)*

É portanto, a intervenção direta na vida dos indivíduos, visando a uma ordem social necessária ao desenvolvimento da ordem econômica. A preocupação com a reprodução da força de trabalho, que a nosso ver informa todo esse discurso, é explicitada:

*"On ménage les vaches pleines et les juments poulinières, on se garde bien de les surmener, on les nourrit largement, pour avoir de bons produits, ayant la plus haute valeur marchande. Ne pourrait-on faire autant pour l'espèce humaine? Les enfants sont-ils moins utiles que les veaux et les poulains ?*

*Les économistes de la bonne école sont d'accord avec les hygiénistes et les démographes pour proclamer la haute valeur du produit humain.*

*Nos devons donc demander, pour la femme enceinte, un traitement de faveur destiné à amener à son terme, dans les conditions les meilleures, l'enfant que'elle a conçu."*(7)

Através de um discurso calcado no problema da degeneração, a medicina defende os interesses da classe dominante, relacionados à qualidade da raça e à reprodução da força de trabalho. Reivindica o papel do médico "como legislador", uma vez que a profilaxia proposta é a reforma legal. Apela ao Estado para que assuma seu papel no estabelecimento dessa nova ordem. Essas seriam as tônicas do século XX recém-iniciado.

*"Il faut regarder en face et attaquer vigoureusement ce mal une race décadente, ruinée physiquement, moralement et économiquement le plus grand, le plus terrible que le monde ait jamais connu. Ce sera l'œuvre du XX<sup>e</sup> siècle. Le XIX<sup>e</sup> siècle a étudié la plaie, en a cherché la cause, en a vu les progrès, en a compris le danger; c'est au siècle suivant d'apporter le remède."*(8)

Nos demoramos citando esse texto porque agrega muitos dos assuntos discutidos separadamente por vários autores da época e ainda porque muitas dessas idéias serão defendidas aqui no Brasil posteriormente, como veremos mais adiante.

PINARD, no mesmo Congresso apresenta uma comunicação onde relaciona o trabalho feminino em pé, com o peso do recém-nascido e a prematuridade, reivindicando o repouso obrigatório regulamentado por lei para a mulher grávida durante os 3 últimos meses antes do parto. Enunciando o problema de um outro ponto de vista que seria "terminologicamente médico", PINARD coloca o problema da alta mortalidade peri-natal, devida à baixo peso ou prema-





turidade, no "sobre-trabalho" a que a mulher grávida era submetida.(9)

"Il este bien entendu que je ne veux et ne dois m'occuper ici de l'influence des maladies de .... l'organisme maternel pendant la grossesse, ni de celle des rapports pathologiques des éléments de l'œuf humain sur le développement du fœtus. Ces questions ressortissent à la médecine proprement dite. Je ne m'occuperai pas davantage des causes aussi nombreuses qu'exceptionnelles qui peuvent produire une expulsion prématurée. Ce que je dois rechercher, et ce que je vais essayer de démontrer, c'est la cause vulgaire, le facteur commun et si puissamment dangereux qui abrège la durée de la vie intra-utérine, alors que la mère este exempte de maladie et que l'enfant se développe d'une façon normale, qui fait, si l'on veut accepter cette expression, ce que fait le coup de vent qui détache de l'arbre bien portant de l'uit sain, mais vert. Cette cause, c'est surmenage."(9)

É importante anotar que essa apresentação suscitou grande debate no plenário, onde os médicos discutiam o tempo de licença, o tipo de trabalho que seria ou não prejudicial, as conseqüências sociais e financeiras de medidas desse tipo, etc.

## 2 - Os Textos Brasileiros

A revisão dos textos produzidos no Brasil, no período 1900-1930, demonstra a uniformidade na afirmação de que são altos os índices da mortalidade infantil, sobretudo nas primeiras idades. Muitos também são os esforços no sentido tanto de explicar esse fenômeno, quanto de demonstrar que não significa em si um dado alarmante.

Lançando mão de números absolutos ou de comparação direta de indicadores como natalidade, mortalidade, natimortalidade, e apontando sempre para as dificuldades da falta de registro e da pouca confiabilidade dos dados, os autores ensaiam explicações que não avançam muito além do que a simples leitura direta da grandeza numérica. Utilizam-se também, os dados de outros países, que são colocados lado a lado com os coeficientes nacionais de forma mecânica.

Não se trata aqui de utilizar o instrumental teórico de que a epidemiologia dispõe hoje, para criticar a análise feita no início do século. Mas sim de registrar como eram inter-

pretados e utilizados esses dados, ensaiando algumas temáticas de explicação do processo que determinou essa produção.

Chamam atenção os frequentes argumentos não meramente técnicos, denotando talvez uma vinculação clara com um projeto de classe, a colocação do político pelo biológico, o que aproxima a medicina dos interesses do grupo dominante e define sua contribuição à reprodução ideológica.

Assim, encontra-se frequentemente afirmações do tipo:

" A saúde publica na cidade do Rio de Janeiro muito tem melhorado; basta verificar-se que , enquanto ha 5 annos a cifra da mortalidade geral sobrejupava a da natalidade, n'uma proporção de 6.1 por mil habitantes hoje demonstra a demographia que a natalidade excede a mortalidade geral em 01.3. por mil.

O excessivo atarismo da mortinatalidade talvez encontre explicação n'uma serie de factores entre os quaes releva notar a illegitimidade, a falta de educação physica, moral e intellectual das mães, a disseminação de muitas affecções e intoxicações como a siphilis, a blennorrhagia, a tuberculose, a malaria, o alcoolismo e outras, os trabalhos excessivos nos ultimos mezes de gestação, etc.etc.

Interessam naturalmente muito mais do que o que vem de ser discutido as causas da mortalidade infantil no Rio de Janeiro.

Além das epidemias como a variola, a febre amarella e o sarampão, que em muitos annos tem sido a causa de um numero extraordinario de obitos infantis, não se pôde deixar de conhecer o effeito directo e indirecto da tuberculose, da siphilis e do alcoolismo.

No tocante á primeira idade, além das causas citadas, deve-se accentuar a ignorancia das mães que, por esse facto mais que pela miseria, é a causa da morte de seus filhos em baixa idade por molestias dosapparelhos digestivos e respiratorio." (10)

As conclusões são imediatas, encobrindo ou ignorando as várias mediações existentes entre causa e efeito. Moncorvo Filho (o mesmo autor citado acima) ao discutir a alta mortalidade infantil no Rio de Janeiro, emprega o número de casamentos, chamado aí de "estatística da nupcialidade" para prever um aumento da natalidade, o que a seu ver, diminuiria a mortalidade infantil, justificando sua tese de relatividade dos altos índices, em vista do crescimento populacional.

"Como os dados correlatos tem interesse na comparação a que se é levado a fazer, início com a estatística da nupcialidade tomada no decurso de 13 annos.

Por essa estatística se vê que, acompanhando o progresso do nosso país o numero de casamentos tem augmentado consideravelmente nestes últimos annos, o que reconhece de certo por causa a melhoria da situação financeira do povo, conforme affirmou Uffelmann."

...O algarismo da nupcialidade tendo augmentado consideravelmente no Rio de Janeiro, nestes últimos annos, dá esperanças de que por esse facto augmente tambem o coeffericiente da natalidade." (11)

As causas biológicas são colocadas lado a lado com as causas sociais, às vezes, com maior peso de responsabilidade na discussão dos altos índices de mortalidade encontrados. A questão é colocada como um problema de números.

"O cotêjo entre o algarismo da mortalidade geral e a natalidade demonstra com evidencia que hemos melhorado consideravelmente, pois havendo sido registrado em 1899 que a mortalidade geral sobrepujava a natalidade em mais de 6 individuos para... 1.000 habitantes, já revellam hoje as estatísticas um excesso da natalidade (01.3) sobre a letalidade geral." (12)

Ainda que identificando a importância do nível de vida da população na avaliação dos coeficientes de mortalidade, identifica-se a localização da causa no efeito. Privilegia-se as condições de um determinado grupo social, tomando-o como sendo a população em geral.

"As causas que na Capital do Brasil influem sobre todos esses dados demographicos são mais ou menos as mesmas verificadas em todas as cidades, notando-se que, havendo melhorado de modo extraordinario as condições de salubridade do Rio de Janeiro, graças a obras radicaes de saneamento que, completadas, não tardarão a tornal-a mais bella e a mais saudavel cidade do mundo, e a melhoria das condições financeiras da população, tu do leva a crer que a mortalidade diminuirá sensivelmente, a natalidade augmentará, como já vai succedendo com pujança com a nupcialidade. ... Que a natalidade cresceu, é indiscutível. A anti-natalidade excessiva talvez resulte por causa o elevado algarismo de illegitimidade, a falta de educação physica, moral e intellectual das mães, a disseminação de muitas affecções e interações de effeitos prejudiciaes á prole, como a sypilis, a brucellogia, a tuberculose, a marria, o alcoolismo e outras, os trabalhos excessivos durante a gravidez, etc., etc." (13)

Outro autor, Olympio Portugal, em artigo publicado no mesmo período (1909), realça a "força vegetativa" do crescimento populacional, "que é o expoente máximo da vitalidade de um povo", privilegiando esse "coeficiente vegetativo" como melhor indicador do que a mortalidade para a avaliação da população.

"A dēzima obituarial da infancia é na realidade muito alta em S. Paulo, desconforme com a taxa geral dos obitos e com o registro de muitas cidades de menor progresso sanitario.

Mas não é licito que, no penderar de tal factor, se erija indefezo o valor bruto do numero, quando, por mais funesto que elle se apresente à hygiene, equilibra em dados benemerentes na demographia paulista.

E' alta a mortalidade da infancia na capital, não ha duvida; mas corresponde-lhe sobre vulto e a sobreleva a taxa da natalidade. No jogo dos dois factores, cresce o de nascimento, sobrepuzando o da morte e dando saldo e bom saldo em favor do crescimento da população. De modo que o coeffericiente physiologico, a força vegetativa propria da cidade, é seiva que se avigora e pulenta no censo urbano, dando victoria ao elemento anthropologico sobre as adversidades do meio." (14)

"...Se a nossa vitalidade propria se affirma com tal vigor, não é absurdo - o que aliás é um grande mal - a elevada taxa obituarial das crianças; pois é corrente, em hygiene, que forte natalidade corresponde a grande mortalidade, exposta aos conflictos do meio maior somma do fragil elemento das primeiras edades." (14)

Nessa primeira dēcada do sēculo, começam a surgir alguns trabalhos que pregam a superioridade da profilaxia e da medicina preventiva sobre a medicina curativa, denunciando a dicotomia existente, o desprestígio da especialidade entre os médicos e colocando a significação econômica da vida humana. Clemente Ferreira exemplifica o que afirmamos:

"A socialização da medicina tem posto em vistoso destaque a significação economica da vida do homem, e nos dias que vivem ninguem contesta mais que a saúde das colectividades representa um factor poderoso da fortuna publica, um fundamento básico da riqueza nacional, do mesmo modo que a saúde de cada um constitui o elemento capital, o bem mais precioso do patrimonio individual."

"...O papel da medicina curativa se restringe à propagação da vida e a actuar no âmbito e campo da medicina preventiva de hygiene prophylactica; e por isso, em todos os países e em todos os povos as actividades primas, os esforços e esforços coactados convertem para as obras de saneamento, para a abnegação e execução de medidas hygienicas."



que objetivem a economia de vidas humanas, a redução do tributo mortuario que a sociedade paga ineluctavelmente à molestia e à morte."(15)

E, mais adiante:

"... mais quanto assim fazendo o profissional procede contra si mesmo, age em desacordo flagrante com os seus interesses materiais, pois cada medida de prophylaxia posta em pratica equivale a uma reduçao no numero dos elientes, a suppressao de um certo grupo de molestias. O futuro pertence portanto a medicina preventiva, a hygiene defensiva das massas, e o papel social de medico higienista resalta em toda a sua redovante importancia, em todo o seu valor philantropico e utilitario. Entao serao julgados com justica e apreciados com criterio e gratidao os funcionarios da hygiene, os advogados dos direitos da saude publica, qualificados ainda hoje em parte no parlamento de seientistas ociosos. Entao o publico reconhecera que o medico da saude, o apostolo da hygiene, desempenha uma funcao de alto quilate e que os seus esforcos fecundos, actividade e zelo alvejam impedir que as molestias se manifestem, supprimir as occasoes de intervir ao medico clinico e ao pharmaceutico."(16)

Vários autores referem-se as melhorias no nível de saúde verificadas após a "Reforma Sanitária de Oswaldo Cruz", de 1904, que possibilitou a extinção da febre amarela e a urbanização da cidade do Rio de Janeiro, capital da República. Nas exaltações a esses feitos, sobressai a aprovação dos médicos à preservação do local onde se localizava a elite dirigente. São frequentes as afirmações que reconhecem as condições ambientais e de saneamento como determinantes do nível de saúde. Localiza-se o apelo ao Estado na execução dessas medidas "não estando o povo educado na alta conveniência da prática do mutualismo, para assegurar-se os meios necessários de lutar contra a doença", e a adoção de práticas sancionadoras, pois "não se conseguiu ainda fazer adotar uma lei de vacinação obrigatória, medida que o exagerado instinto de liberdade do povo dificulta."(17)

Em 1923, realiza-se no Rio de Janeiro o Primeiro Congresso Brasileiro de Higiene. Nos detemos um pouco neste evento, porque acreditamos tenha congregado profissionais expressivos da época, e seus Anais contem dados importantes para a análise e compreensão da produção científica sobre a mortalidade infantil e a atenção materno-infantil de então.



ta e de outras feitas, neste e em outros assumptos ao em vez de phrases retumbantes dedicassem ao prestigio de nessa patria actos efficientes. Advinham protectorado scientifico nessa cooperação valiosa, que nos é trazida em nome da philantropia e de altas razoes de defesa sanitaria internacional. Mas, nesse conceito, soffrem e admittem o mesmo protectorado as grandes nações de alta cultura e veikas civilizações autonomas quanto a nessa patria, e como ella consciēntes de seus altos destinos historicos. Aproveitam aquelles povos, nos mais relevantes de seus serviços de hygiene e de medicina social o concurso benfazejo da Fundação Rockefeller, instituto que se internacionalizou na belleza de seus intuitos de solidariēdade humana. Não assim, meus nobres colēgas, na subordinação e prejuizos, inacceptaveis, na impostura de uma soberania que ninguem nos contesta e ousará jamais subtrahir, agimos em beneficio da Patria e actuamos pelo seu renome. E' outro e bem diverso o verdadeiro nacionalismo, aquelle em que se devem inspirar as normas de nossas actuação de medicos." (18)

O pronunciamento de Clementino Fraga, tem outra tônica e ressalta o político da ação higienista. De forma sutil e rebuscada, chama atenção para a importância política da Reforma Sanitária que serviu especificamente a alguns interesses. Ironicamente, deixa entrever desavenças entre os próprios médicos, muito menos técnicos e muito mais políticos. Mais uma vez, nos chama a atenção essa postura de eminentes médicos dessa época: eram técnicos respeitáveis, mas seus discursos estão sempre referidos à dinâmica social e política, ao mesmo tempo que transparece claramente a origem de classes (arriscaríamos dizer, em grande maioria da aristocracia agrária ou da burguesia emergente, mas fundamentalmente dos primeiros, imbuído de forte ideologia liberal).

"Em torno da última reforma de Saúde Pública, no conceito de Miguel Couto a mais ampla e mais profunda, e mais sábia reforma porque já passaram em nossa terra os serviços de hygiene, em torno da nova lei sanitária, estalou sem demora o movimento de combate, quasi a passo igual do proteccionismo mezureiro. Bem symptoma, pensei entre mim, vendo com surpresa, que, do cōro de apparesentes vezes discrepavam, vindando a monotonia das rabes inoxidaveis. Uma primeira consequencia do movimento ressaltava: a reforma não era mais uma reforma que se fazia e acabava, porem de natureza permanente e de carater de actualidade." (19)

(19) Fillos, 1908





impessoal, alinhando na sã razão aritmética u -  
ma força na ordem material. Certo que, a medici -  
na social representa para a organização solida -  
ria a fatalidade do progresso e a segurança do  
trabalho útil, estimando precisamente na valoriza -  
ção do homem. Por suas condições profissionais o  
médico é o portador das necessidades das clas -  
ses mortais, que procuram a vida e encontram mui -  
tas vezes a morte no trabalho anônimo. Os pro -  
fissionais liberais, que a medicina social tortura  
e esmaga na simulação da abastança, são os medi -  
cos os que de perto conhecem os males proletários,  
que com elles lidam, não raro testemunhas compas -  
sivas do sofrimento; por outra parte os estudos  
de hygiene pública naturalmente nos collocam na  
intimidade dos problemas de governo, quando os go -  
vernos acaso se lembram que nas camadas inferio -  
res da sociedade ao menos a vida se pôde ter di -  
reito."(20) (\*)

Defende a criação do Ministério da Saúde e a insti -  
tuição de uma Escola de Saúde Pública, e a centralização admi -  
nistrativa federal, para a uniformização dos serviços de saúde.

Nos vários trabalhos que relatam a organização sani -  
tária dos Estados, propõe-se sempre a necessidade da reformula -  
ção administrativa.

Defende-se como pontos "capitais a serem atendidos "  
em qualquer programa de administração sanitária:

1. redução da mortalidade geral;
2. proteção da maternidade e da procriação;
3. proteção da pré-natalidade;
4. amparo das várias idades infantis;
5. desenvolvimento físico e moral da criança;
6. hygiene pessoal e mental;
7. educação sanitária;
8. hygiene do trabalho;
9. hygiene da alimentação pública, das habitações,  
etc.

Ressalta-se a importância da atenção materno-infan -  
til. Exalta-se a ação de controle da Saúde Pública, para evitar  
os problemas da ignorância das gentes, e do sistema de comércio  
que visa o lucro e a fraude ao tratar dos assuntos de interesse  
para a saúde coletiva, (como a alimentação, o abastecimento de  
leite), assim como no controle do exercício ilegal e das falhas  
éticas.

(\*) Artigos diversos

A "falta de educação" da população é freqüentemente lembrada como determinante de muitos de seus problemas de saúde e aconselha-se reiteradamente a "divulgação das regras que a experiência aconselha nas classes populares". Defende-se o desenvolvimento da Saúde Escolar, definindo-se a escola primária como "o melhor instrumento" para a introdução da educação higiênica. (21)

Outro assunto colocado em discussão no Congresso é o problema da Eugenia. Em conferência onde desenvolve um tema sobre os serviços prē-natais no Rio de Janeiro, Fernando Magalhães discorre sobre a importância política do controle da raça, na condução da nação, principalmente em um mundo ameaçado pelas "falsas democracias" que abusaram da ignorância e fraqueza coletiva.

"Ao mundo americano, cheio de seiva nova e advertido do tragico termo do poderio europeu, cabe agora o grande encargo de redimir a humanidade. O credo politico das nações jovens será a transcrição das regras capitais da medicina social. O exemplo vem, fecundo e forte, da cabeça do continente, onde os homens para galgar os postos de commando e de decisão escrevem seus documentos em torno das exigências da boa raça, fazendo bandeira de partido a guerra sem treguas aos vícios e flagellos da humanidade.

Este Congresso, cujos organizadores merecem o reconhecimento nacional, tem de ser antes de tudo, um appello vibrante para que se altere a forma politica do continente, entregue até hoje aos erros de algumas vontades combinadas, tripudiando sobre a indiferença de quasi todo o povo, que não pensa porque não sabe e por que sofre. A sciencia social foi até agora pa-lavresca e theoretica, e o brado de liberdade, que ha um seculo ecoa por todo o mundo, des-vairou os nescios e atordoou os fracos; triste consequencia das doutrinas que as grandes cabeças engendraram para que os pequenos cere-bros interpretem e executem. Agora porém, o que se tenta e o que se ha de conseguir não é mais esse regime de liberdades mentidas e nefastas e sim a organização da solidariedade sincera, que não derrama pregões sobre o atur-dimento dos ineuitos, mas illumina o espirito e revigora o corpo, constituindo a consciencia do cidadão, liberto do avultado espolio de um seculo de democracias theoreticas - esse emaranhado de codigos e de leis que mais constran-gem do que protegem - e comprehendendo final-mente que a harmonia universal basta a simplicidade majestosa do Decalogo." (21)

E, mais adiante:

"Por isso, meus senhores, saudemos no Brasil, o movimento energico e creador da transformação de homens para reintegral-os na fortuna do seu vigor. Do centro do país parte o exemplo da campanha de apuro da raça; eis o primeiro grande serviço que, por estimulante, fructificará na prosperidade nacional. A orientação presente de se praticar a medicina social ha de ser, em prazo curto, o grande episodio historico da nação que, após 1888, não mais deu outra prova de sua grandeza. Surja pois daqui o clangor de rebate em pro da nova aggremação politica. O partido da eugenia brasileira, (\*) remodelando o individuo que por seu turno modificará os costumes geradores das leis supremas, ao envez de pleitear os codigos complexos cujo liberalismo se deforma todos os dias pela necessidade de adaptação, tanto a inercia dos mandados como ao excesso dos mandantes. Tal partido parece entre nós tocar a phase das realidades com a construcção basica do seu nucleo. A tentativa anterior do trabalho pela saúde collectiva cuidou antes dos phenomenos consequentes do que das causas primordiais. Começa-se porém a olhar para a sementeira da nação que é o esplendor da sua riqueza, o braço da sua força, o fulcro da sua prosperidade, o prestigio do seu pensamento e a serenidade da sua justiça. Determinando assim, a medicina social desvenda os mysterios da geração humana, cuja frente, o ventre materno, merece a guarda de sua sabedoria porque a vida dos povos depende, acima de tudo, do farto e robusto viveiro de seus cidadãos. Dos tres factores economicos de uma nação - a terra, o capital e o braço, - este predomina: o sólo mais fertil, o sub-solo mais rico, nada valem sem o individuo que os explore." (22)

Um discurso que exalta o controle, a ordem, a moral, a autocracia, e reconhece a importância do braço humano no desenvolvimento da nação. Atribui à "medicina social" papel preponderante nesse processo de "apuro da raça", e justifica a preocupação com "o ventre materno" e, portanto, com os serviços prénatais, pela função de reprodução da força de trabalho, afirmando que "a maternidade é o patriotismo das mulheres", citando Alexandre Dumas e Roosevelt.

É unânime o reconhecimento da alta natimortalidade no país, e das precárias condições dos serviços de atenção à gestante e ao parto.

(\*) grifo nosso

Reinvidica-se que a assistência à "mulher-mãe" é um encargo obrigatório do Estado, pelos motivos apontados anteriormente, e também uma legislação protetora "da mulher-mãe desvalida".

Ainda que citando autores estrangeiros e a conferência Internacional do Trabalho de Washington em 1919, para fundamentar a necessidade de legislação protetora da mulher, percebe-se que a preocupação não é no caso, fundamentalmente, com o trabalho, com a produção, mas sim com a raça, com o produto da concepção, com a função procriadora atribuída à mulher.

"Conclue-se por conseguinte que, apesar da diversidade das legislações, todo o mundo civilizado admite que é dever do Estado proteger e socorrer a maternidade. Assim pensando, redigiu o professor Pinard o artigo 19.º do seu projecto apresentado a Câmara dos Deputados da França em 1920 nos seguintes termos: "Sendo a reprodução um facto sociológico essencial, a maternidade deve ser honrada e remunerada pela nação", e Bar na sua lição inédita de 1902 ensinou: "Na sociedade, cada qual paga sua parte de impostos diferentes; a mulher paga com os filhos, e precisa garantir-lhe esse modo de pagamento". Assim se faz em todos os pontos do mundo onde os responsáveis pelo futuro da humanidade sentem o valor e a grandeza do indivíduo, só elle, em numero e em perfeição, capaz de construir uma patria nobre e forte, edificada naquelle regimen de educação que Bossuet louvou nos sábios do antigo Egypto, o regimen que faz os corpos robustos, os espiritos solidos, as mulheres fecundas e as crianças vigorosas." (23) (\*)

Chama a atenção, mais uma vez, a emissão de opiniões, por parte de médicos, que vinculam estreitamente a prática profissional à prática política. Esse autor exemplifica bem uma postura que vemos defendida por vários médicos da época: a centralização, o autocratismo, a perda de autonomia, como forma de solucionar os problemas de saúde e políticos do país.

"No Brasil, embelezado de maravilhas e deserto de ideais, sofrendo o confronto penoso entre a sua magnificência e a sua ignorância, a sua opulência e o seu fôlho, a sua riqueza e a sua miséria, a sua fartura e as suas doenças, já é tempo de despertar, como obrigação impreterável dos governos a cuidado pela formação dos cidadãos."

... A lei tem de evitar a obrigatoriedade de sair do país e de visitar os recantos do país que, para esse, como para muitos outros effei-



tos, não pôde reconhecer os melindres regionaes das unidades federativas entumescidas no orgulho secundario de uma autonomia desagregante. O que ahí fica, talvez seja uma heresia jurídica; pouco importa, porque é um dogma de eugenia, de segurança nacional e acima da constituição politica ha de se collocar forçosamente a constituição physica do Brasil. Na Camara franceza, Brousse, em 1891, exclamava: "Quando votamos uma lei social cumpre indagar qual o nosso dever e qual o nosso direito sobre os envolvidos por essa lei; nosso direito é tomar todas as medidas para conservar a raça; nosso dever é dar o necessário áquellas que se impõem os maiores sacrificios ajudando-nos nesta obra nacional". Remetto este trecho de pensamento patriótico aos legisladores da minha terra e recorro, para curá-los do fetichismo constitucional a verdade do - "Quid leges sine moribus?" - que, no discurso de clausura no Congresso de Natalidade de Nancy em 1919, o presidente Deschanel traduziu eloquentemente: "A acção das leis seria inefficaz se não fosse secundada pelos costumes; e de uma obra moral que se trata, é a hygiene dos espiritos que cumpre melhorar, é a esterilidade da alma a vencer, é o mal de opinião, é uma crise de vontade que deve ser curada. Enquanto não se chega aonde é preciso chegar, desarmemos os braços da attitude de espectação succumbida e levantemo-los no gesto da iniciativa energica. Não é difficil no Rio de Janeiro estabelecer um serviço pre-natal em termos de efficiencia e em condições de exemplo estimulante." (24)

Finalmente, justificado assim, propõe o autor um serviço prē-natal que seria entregue a uma direcção especial, e que teria como características:

"Poderei traçar aqui as linhas geraes desse serviço, entregue a uma direcção especial estabelecendo:

a) - o censo, o directo de preferencia, pela notificação compulsoria da gravidez, medida de todo alcance e de toda razao, no que pese a critica sentimental dos indecisos, mal substituído pelo censo indirecto á custa da verificação consequente ao serviço das visitadoras;

b) - a inscripção das grávidas, postulantantes de amparo do estado, na caderneta de maternidade, indicativa das leis que a protegem, dos princípios de hygiene que elles são necessarios dos conselhos de ordem prophylactica e therapeutica, da annua obstétrica pessoal;

c) - a investigação systemática pelas visitadoras, a um tempo elementos de preparanda, fontes de informações e pontos de instrucção;



d) - a assistência hospitalar, distribuída por três institutos de maternidade, urbano, suburbano e rural, com auxílio das guardas - as de abrigo, podendo receber pequeno número de mulheres em parturição normal; as de socorro atendendo às solicitações, prestando os serviços imediatos e de urgência, providenciando a remoção para as maternidades;

e) - assistência domiciliar, na hipótese do parto normal e do domicílio compatível, fornecidos os recursos necessários para o momento;

f) - os dispensários, instalados nas maternidades e nas guardas, para onde são levadas as mulheres pela intervenção suasoria das visitadoras a fim de serem verificadas, em exames repetidos, as suas condições de estado geral e local, a sua situação econômica, tudo fazendo para que no domicílio possa a gente seguir os princípios da higiene e da dietética;

g) - os refúgios onde descansem, no último mês da gestação, as mulheres desabrigadas de tecto adequado e desprovidas de nutrição própria;

h) - os ninhos, recolhendo as crianças, momentaneamente órfãs dos cuidados maternos pela internação das mães;

i) - o ensino técnico preparando o profissional, médico, parteira ou enfermeira, podendo instruir aqui, no mistério de enfermeiras especializadas as mulheres vindas de diversos pontos do país e para lá volvendo, ao cabo da aprendizagem, para praticarem e disseminarem os preceitos da puericultura;

j) - a fiscalização e o auxílio às associações privadas de assistência, mutualidade, conforto moral, previdência e educação."(25)

Outros autores justificam suas preocupações eugênicas pelas necessidades demográficas, as exigências de povoamento que impõem a necessidade de reduzir as devastações causadas por uma elevada mortalidade infantil. Ou então, o desfalque determinado pela Guerra Mundial teria valorizado em extremo o "capital vivo", e daí os governos estariam empenhados em refazer seus povos. Propõe-se no Estado de São Paulo a criação de uma Inspetoria de higiene infantil e de assistência médica e profilática às primeiras idades com 4(quatro) seções: maternidade ou serviço... pré-natal, primeira infância, segunda infância ou período pré-escolar e período escolar.

Encontram-se outros trabalhos que poderiam ser considerados mais estritamente técnicos. Estes definem como principal objetivo da Higiene Infantil a redução da mortalidade in-

fantil, atribuindo a esse indicador a propriedade de refletir fielmente as condições sanitárias de um determinado lugar.

"Uma vez que a Higiene Infantil tem como principal objectivo a diminuição da Mortalidade Infantil, - parece-nos o conhecimento desta deve constituir a base das providencias a serem tomadas. A mortalidade infantil representa com effeito, não apenas o indice de que se tem a fazer, mas tambem o padrão por onde aferir-se dos resultados obtidos. Mais ainda: a mortalidade infantil é "o indice mais sensível do bem estar social e das condições sanitarias de um dado lugar", no dizer de Newsholme e, reduzi-la é, sob condições normaes, o meio mais facil e seguro de reduzir o coeffericiente geral de morte." (26)

Já se referiam os autores à multicausalidade ou seja, às múltiplas variáveis que determinavam os altos índices de mortalidade infantil. Porém, prefere-se sempre destacar uma causa como prioritária ou fundamental.

"Naturalmente, como sõe acontecer com as coisas sujeitas a multiplas variaveis, as interpretações tem sido as mais diferentes. Uns attribuem a mortalidade infantil ao leite deteriorado ou falsificado. Outros, às habitações insalubres e superlotadas. Muitos, à miseria ou à eliminação necessaria dos fracos (R. J. Pearson). E dahi surgem as proposições mais dispares quanto ao methodo a ser seguido.

Um facto, porém, vem encontrando, na realização pratica, a saneção que o bom senso já tinha deixado entrever. Na escala zoologica o homem é o unico animal que durante mais de 360 dias vive sob a tutela absoluta da mãe. O periodo vegetativo de um largo anno em que a criança dorme onde se a colloca, cobre-se com os abrigos que se lhe dão, come o que se lhe traz á boca, que vive, enfim, a vida que a cercania lhe proporciona, fíliou de uma maneira indissolúvel a mortalidade das crianças à ignorancia das mães.

"As mais cuidadosas investigações foram feitas em Nova York sobre os effeitos das varias agencias em trabalho para a redução da mortalidade infantil. A unanime opinião dos medicos que fizeram as observações foi de que nem as exactas qualidades do leite, nem a ambiencia em torno da criança eram factores tão importantes quanto o cuidado intelligente da mãe." (Ashby)." (27)

Importante notar que grande parte dos autores dos trabalhos levantados possuíam cargos nos seus serviços públicos de saúde ou representavam instituições corporativas, ou eram nomes que tinham participado do aparelho de Estado, assumindo cargos de chefias, em órgão do setor saúde.

Em 1929, realiza-se o V Congresso Brasileiro de Higiene, que inclui entre as teses a serem debatidas, o estudo das causas da natimortalidade e da mortalidade infantil.

São apresentados então trabalhos realizados em vários estados que tentam discutir os altos índices de mortalidade infantil e natimortalidade dos anos 20.

Diferente do que se encontrou até então, esses estudos não se constituem em simples listagem de dados, mas sim em tentativas de explicitação das causas do fenômeno e de proposição de medidas que possibilitem combatê-lo.

Assim, apresentam-se alguns inquéritos de mortalidade realizados na tentativa de descobrir as causas dos altos índices encontrados, e ainda que privilegiando uma ou outra causa como determinante, enumeram-se todas as demais, e em alguns trabalhos de forma bastante completa. O social é quase que eminentemente contemplado, e aliás, essa visão do social é colocada inclusive como a visão fundamental que distingue o médico higienista ou sanitarista do clínico. Explicita-se claramente que o pediatra, por exemplo, por melhor médico que seja, não possui elementos que lhe permitam visualizar a criança não como indivíduo isolado, mas como fazendo parte de contexto que atua sobre ela e determina seu estado de saúde, sua vida ou sua morte.

Importando métodos de inquéritos americanos, se preconiza estudar algumas variáveis.

*"Assim determinaram-se, em bases rigorosas, as ligações com a mortalidade infantil de: a) idade do infante; b) condições sazonas; c) sexo; d) estado de saúde das mães; e) factores relacionados com a frequência de nascimentos (idade materna, número do ordem, intervalo do nascimento anterior e da prenhez seguinte); f) factores associados ao parto; g) tipos de alimentação; h) raças e nacionalidades; i) factores sociais e economicos (condições da habitação, salário do pai, trabalho materno durante a prenhez ou a vida do infante...) etc..." (28)*

Reconhecem-se e lamentam-se as deficiências do registro de dados, e da estatística que permitir melhor dimensionar e avaliar os problemas de saúde e consequentemente orientar a solução. Quase que se subordina a ação sanitária acertada e portanto eficiente, a um estudo estatístico bem encaminhado.

"É de lamentar que no Brasil ainda não tivesse sido compreendido o alto valor que a estatística tem nos Serviços de Higiene e Saúde Pública. Ela é a bússola que orienta todo o trabalho e a balança que mede a eficiência das medidas postas em prática. Sem estatísticas tudo é feito às cegas e por conseguinte sem orientação e sem controle.

Se tivéssemos estatísticas bem organizadas o problema da mortalidade na infância já tinha sido posto em evidência, com tal clareza que, sem dúvida, sobre este já estariam, neste momento, voltadas as vistas dos que se interessam pelas questões sociais. Entretanto, assim não acontece, porque, infelizmente, as estatísticas não são organizadas e, só com dificuldade, se conseguem os dados indispensáveis para se mostrar aquilo que é uma triste realidade."  
(27)

Persiste a vinculação direta de ação sanitária e eugênia.

"Se levarmos a rigor, o problema da mortalidade infantil é muito mais complexo do que parece a primeira vista. Em geral, começa a ser encarado do início da vida extra-uterina, no entanto assim não devia ser porque antes do nascimento há um período que encerra uma série de outros problemas sociais que pediam ser todos englobados. Sendo a infância a renovação da raça, todos estes deviam, sob o ponto de vista sanitário, estar reunidos."  
(30)

Afirma-se enfaticamente que "a mortalidade infantil tem com fatores isentos de caráter patológico as mais estreitas relações".

A afirmação de que a mortalidade constitui um problema político-social é freqüente. Nos questionários e levantamentos apuram-se dados da natureza referentes à instrução, profissão, estado civil, habitação, renda, repouso durante a gravidez, etc.

A instrução, a educação é frequentemente responsabilizada:

"A instrução se encontra em produção excessivamente reduzida - 171 analfabetos em 200 indivíduos! É o maior péssimo da terra, do país em geral, que impede o progresso material, social, político e econômico! Reduz a capacidade de trabalho do indivíduo, que produz menos e trabalha mais, que os animais, e muitas vezes mesmo menos que ...

... e muitos outros analfabetos! Quanta ignorância! Quanta falta de sentido de seu trabalho! Quanta falta de iniciativa! Quanta estreiteza de visão!"

ta; livre, porém, segregada do resto do mundo, impermeável às ideias e pensamentos escriptos, que constituem a maior fonte de progresso e aperfeiçoamento, pois representam a contribuição da elite de toda a humanidade. Como instruir, como inculcar noções de hygiene, como ensinar essa massa formidável de analfabetos e preservar a saúde, defender a estirpe, como induzê-los a vida nova?"(31)

Explicam-se pela falta de instrução todos os problemas que a população apresenta, e coloca-se nela a possibilidade libertadora para o povo (aqui entendido como as camadas mais pobres) que tem quase que por herança uma secular debilidade.

"Todos os outros factores de ordem geral, como habitação, educação, mentalidade, pôde se dizer, que são secundarios, oriundos e dependentes daquelles. Antes de resolvermos os nossos problemas sanitarios de natureza social, precisamos primeiramente provocar uma revolução mental no seio do povo, rasgando-lhe as vendas da ignorancia, quebrando-lhe as grilhetas da rotina, instruindo-o. Paiz novo, de immigração, onde todos os annos milhares de filhos de outras terras vêm collaborar no nosso desenvolvimento economico, são em numero incontavel os que aqui prosperam, adquirem situação de conforto, bem estar, abstança e, não raro, attingem posição de destaque e de commando na nossa industria, lavoura e commercio, amontoando fortunas que são apontadas como as maiores da terra. Essas probabilidades estão todas abertas aos nacionaes, que não as sabem aproveitar, deixam se ficar na indifferença dolente dos seres inferiores. O colono italiano, japonês, portuguez, hespanhol, uma vez aqui aportado, atira-se ao trabalho e no fim de alguns annos é fazendeiro ou estabelecido no commercio, negociando por conta propria; se enriquece, muda-se para as capitães, constrõe palacetes, mette-se no alto commercio ou industria e torna-se milionario.

Quantas vezes tal já aconteceu ao nacional? Não sei; certamente, porém em numero incomparavelmente menor. Precisamos modificar a mentalidade da nossa gente, fazer desaparecer de uma vez as tendencias ancestraes de desambição, de volubildade, de indifferença deante do desconforto, a desnecessidade de melhorar e progredir herdadas, talvez, dos aborigenes ou do sangue escravo. Precisamos inculcar-lhe idea-fôrça, precisamos torná-lo ambicioso, quebrar-lhe o indifferencialismo que o deixa permanecer pobre e muitas vezes insano, ao meio de tanta riqueza, em occasião em que todos se enriquecem.

Mas, como? Temos uma carta de abecê e vamos! Isto lhe dá força e energias cyclopias, lhe ensina a caminhar, aguçar-lhe a vista, faz-o sair em direção a luz, tanto a luz da curva da es-



trada; vencerá na certa!  
Precisamos de instrução! Esta devia ser a preocupação máxima dos governos, desde o da União até o do mais longínquo município perdido na imensidade do país. Não é possível educação sanitária suficientemente extensa e eficaz entre analfabetos." (32)

Exaltam-se as más condições de vida do operariado, identificando-se inclusive os determinantes disso.

"Com o analfabetismo dominante poderemos relacionar de modo directo a falta de aperfeiçoamento do nosso operariado em geral, a desvalorização do trabalho dos nossos artífices, cujos conhecimentos são rudimentares e estacionários, jogando-os a uma situação de permanente inferioridade.

Em Recife, o operário de fábrica, o artífice e os demais componentes das classes obreiras não logram em sua maioria um aperfeiçoamento que lhes assegure salários regulares, e, assim, vida algo compensadora.

Attingindo a idade adulta analfabeto e tendo adquirido apenas conhecimentos empíricos e rudimentares, de um ofício através de sua inata habilidade e inteligência, o nosso proletário vive com a sua família em doloroso pauperismo." (33)

E, a relação desse estado de coisas com a doença

"Mas, há a registrar outras feições revestidas pela ignorância, influentes no obituario infantil, como a falta de conhecimento dos preceitos de hygiene individual, o desasseio corporal dos pais, extensivo às crianças, que vivem em meio do mais repugnante suinismo, nos 30.000 mucumbes em que habita a nossa pobreza. E' incontestável a contribuição da falta de hygiene nos lares pobres, facilitando a irrupção e propagação de diversas doenças de caracter infecto-contagioso como as febres eruptivas, as infecções do grupo coli-typhico, as dysenterias, os seus puerperios." (34)

Entretanto, as justificativas e explicações tendem ao reducionismo e freqüentemente as soluções apontadas tem pouco que ver com as causas que pretendem eliminar.

Assim, ao apontar o problema da alimentação como causa de mortalidade, e em participar a falta do aleitamento materno, outro autor assim se refere ao problema:



"É no aleitamento materno devidamente controlado, pela educação que nos achamos a solução do problema. Em Recife não se pode resolver o problema só com a educação é preciso que se combata a miséria. Esteu cansado de observar que o impedimento do aleitamento materno reside na necessidade que tem a mãe de procurar trabalho que lhe garanta os meios de subsistência, por isso já fiz uma campanha em prol da casa maternal, ideia combatida pela quasi totalidade do nosso corpo medico."

"...Mas como já vos disse, o impedimento do aleitamento é causado quasi que tão somente pela miséria. Quando vos falli da miséria não é no sentido de alguém desprovido inteiramente de recursos, faço minhas as palavras Van Luyen de que miséria é o trabalho debilitante e estenuante das fabricas, é o envenenamento profissional das mães cujos filhos se resentem dos efeitos nefastos. Miséria é a alimentação de má qualidade devido ao salario pouco remunerado pago com o sacrificio da vida. Miséria é o abandono forçado do lar pela fabrica, é a renuncia ao carinho dos filhos e as alegrias da maternidade. Miséria é a separação materna prolongada e demorada. Miséria é a contaminação perigosa creches e todas as desvantagens e perigo do aleitamento artificial.

Portanto, entre nós somente a lucta contra a ignorancia não é bastante é preciso combater a miséria tambem porêm combatendo-a torna-se necessario que se faça a educação porque não é o bastante o aleitamento materno, é preciso que elle seja controlado. Por pensar que o factor educação é o mais importante foi que institui as visitas domiciliares, systematicas, a todas as creanças que nascem em Recife."(35)

Ao lado desse enfoque, aparecia tambem o argumento de que a mortalidade infantil seria "um agente selecionado, cujo trabalho se desenvolvia eliminando os fracos e, assim, assegurando aos fortes uma diminuição de concorrência".(36) Ao criticar esse posicionamento, o autor assim se posiciona:

"Uma das objecções lançadas contra a intervenção de philantropos, governos e associações beneméritas no problema da mortalidade infantil foi de que as medidas por elle propugnadas em favor da ampliação das possibilidades de subsistencia da criança, representam um attentado a seleção natural.

...No presente instante, desapareceram as lições que dividiam a humanidade em fortes e fracos.

...A primeira manobra está tão relacionada com a economia que podemos proclamar que a única divisão consistente com o momento é em ricos

o pobres.  
Até no sentido antropológico já se compreende a existência de duas "raças sociais", a dos ricos e a dos pobres, cujos caracteres morfológicos muito dependem da alimentação. A profissão, a alimentação, os cuidados de que se cõhea o indivíduo em relação ao meio e às doenças transmissíveis influem decisivamente, e por demais sabido, na sua hygiene e no seu organismo." (37)

Outra correlação que também é feita é de salário baixo e alta mortalidade.

Por outro lado, são incluídos nas causas de morbidade infantil e natimortalidade: uniões ilegítimas, que possibilitam tanto a prosmicuidade sexual, como o desvirtuamento da vida regrada e concebem filhos ilegítimos que são renegados pelos pais; a falência dos valores morais e religiosos, que fazem com que principalmente as mulheres desistam de sua função de esposas e mães, em "nome de prazeres e do culto à beleza e à juventude"; ao uso de métodos anticoncepcionais e à prática do aborto criminoso; as doenças venéreas, entre as quais a blenorragia e a sífilis, a esta ultima cabendo papel de destaque.

Enfim, argumentos morais dos mais variados são utilizados, e a solução proposta quase sempre é a educação: alfabetizar a população, introduzir a educação sanitária, inclusive sexual nas escolas primárias, ensinar regras de hygiene e hábitos para as mães e as gestantes, visitar os domicílios, fazer exame pré-nupcial, etc.

Para tanto, é necessário melhor aparelhar os serviços de saúde, no caso, os serviços de pré-natal e de atenção ao parto e puerpério e os dispensários de crianças, e incentivar as iniciativas filantrópicas como gotas de leite, casas maternais, creches, maternidades, etc.

Reivindica-se que o Estado assuma seu papel no controle dos altos índices de mortalidade, uma vez que a ele interessa ter uma população hinda, que pover os grandes espaços territoriais vazios e trabalho para o desenvolvimento econômico da nação.

1701

Os médicos, nesse discurso, se colocam acima da população e dos seus conflitos e ao lado do Estado. De forma compreensiva e humanitária percebem os problemas dos grupos mais

pobres e oferecem as soluções pelo caminho da educação, da instrução, da intervenção em seus hábitos e costumes. Apreendemos determinantes econômicos e sociais dessa situação de miséria e doença, mas não conseguem ultrapassar o plano da denúncia.

O compromisso parece ser muito maior com a classe dominante e com a manutenção da ordem burguesa, necessárias inclusive para a permanência e desenvolvimento do controle médico.

Mesmo a legislação social é vista como de difícil aplicabilidade no Brasil, uma vez que importada de outras realidades, e a culpa é também aqui, da "falta de educação" e despreparo da população.

Critica-se enquanto isso, qualquer outra forma de recurso de que essa mesma população possa lançar mão para resolver seus problemas de saúde. Assim, as "curiosas", parteiras são atacadas violentamente, pregando-se em alguns casos a aliança com elas e a tentativa de normatização e interferência em suas práticas, como uma estratégia de controle.

## NOTAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 - Trabalho apresentado por A. PINARD, no X Congrès International D'Hygiène et de Demographie, Hygiène de la femme enceinte - De la puériculture intrauterine, define essa classificação. Masson et Cie Éditeurs, Paris, 1900, pág. 417.
- 2 - Trabalho apresentado por J. COMBY, no X Congrès International, D'Hygiène et de Demographie, Hygiène des Collectivités (première enfance, exercices phisiques, écoles, hopitaux, prisons, etc.) - crémation, Paris, 1900, Masson et Cie Éditeurs, pág. 411.
- 3 - Idem, ibidem, pág. 412.
- 4 - Idem, ibidem, pág. 414.
- 5 - Idem, ibidem, pág. 415.
- 6 - Condições da classe operária - citar Engels, bibliograf. Ana Arauca.
- 7 - Obra citada referência(2), pág. 416.
- 8 - Idem, ibidem, pág. 416.
- 9 - Obra citada referência(1), pág.420. O autor relaciona vários trabalhos que discutem esse tema:
  1. Documents pour servir à l'histoire de la puériculture intra-uterine. Thèse doct., Paris, 1898, Dr. François - Charles Bachimont.
  2. De l'influence du repos sur la durée de la gestation Étude Statistique. Thèse doct. Paris, 1899, M<sup>e</sup> Lucha Sarrante Lourié.
- 10- MONCORVO FILHO - Estatística da Mortalidade Infantil no Rio de Janeiro, memoria apresentada ao II Congresso Internacional das "Gotas de Leite", de Bruxelas, publicado na Imprensa Médica, vol. XVI, nº 3, 10 de fevereiro de 1908 - pág. 40.  
O autor refere-se nesse trabalho, a outro texto - subsídio ao estudo da mortalidade das crianças no Rio de Janeiro, Rio de Janeiro 1901, premiado no IX Congresso Brasileiro de Medicina e Cirurgia.

- 11 - Idem, págs 38 e 41.
- 12 - Idem, pág. 41
- 13 - Idem, pág. 42
- 14 - OLYMPIO PORTUGAL, II.-Mortalidade Infantil em São Paulo, Revista Médica de S. Paulo, Ano XIII, N.5, 15 de março de 1910. págs 81 e 82.
- 15 - CLEMENTE FERREIRA -Eficácia da Ação Higiênica como fator de redução do coeficiente mortuário na cidade de São Paulo, Imprensa Médica, vol XII , nº 1, 7 de julho de 1904, pág. 4.
- 16 - Idem, pág. 5.
- 17 - PLACIDO BARBOSA e SAMPALCO VIANNA, assim se referem ao discutir a "Nosologia e mortalidade da Cidade do Rio de Janeiro", Revista Médica de S. Paulo, vol.XVII , nº 13, julho de 1914, págs. 210 a 218. As citações encontram-se nas págs. 216 e 217.
- 18 - Annaes do Primeiro Congresso Brasileiro de Higiene, discurso inaugural de Carlos Chagas, pág. 14.
- 19 - Idem, discurso de Clementino Fraga, pág 17.
- 20 - Idem, discurso de Clementino Fraga, pág. 18.
- 21 - Esses assuntos são tratados em vários trabalhos.
  1. G.H. de Paula Souza - O Estado de São Paulo e alguns de seus Serviços de Saúde Pública;
  2. A. de Paula Rodrigues - Abastecimento Higiênico de Leite;
  3. Almeida Junior - Alimentação na Idade Escolar e Pré-Escolar;
  4. Fernando Magalhães - Serviços Pré-Natais no Rio de Janeiro - meios de estendê-los ao resto do país;
  5. Leirão da Cunha - Valor da Enfermeira no Serviço de Saúde Pública;
  6. Amaury de Medeiros - Higiene Infantil e Estatística, Propagação e Educação Sanitária.

7. Ferreira Lima - Considerações sobre a Estatística Demó-grafo-Sanitária de Florianópolis;
8. Clemente Ferreira - Organização da Higiene Infantil na Cidade e no Campo;
9. Ethel Parsons - Organização do Serviço de Enfermeiras de Saúde Pública;
10. Cassio Miranda - Estado Atual da Organização Sanitária no Maranhão.
  
- 21 - Annaes do Primeiro Congresso Brasileiro de Hygiene, Os Ser-  
viços Prê-Natais no Rio de Janeiro - meios de estendel-os  
ao resto do paiz, trabalho apresentado por Fernando de  
Magalhães, 1923, pág. 225.
- 22 - Idem, pág. 226.
- 23 - Idem, pág. 228.
- 24 - Idem, pág. 229.
- 25 - Idem, pág. 230.
- 26 - Annaes do Primeiro Congresso Brasileiro de Hygiene, Organi-  
zação da Hygiene na Cidade e no Campo, apresentado pelo  
Dr. J. Castilho Junior, 1923, pág. 159.
- 27 - Annaes do Primeiro Congresso Brasileiro de Hygiene, Organi-  
zação da Hygiene Infantil na Cidade e no Campo, apresenta-  
do por Dr. M.J. Ferreira, 1923, pág. 165.
- 28 - Annaes do Quinto Congresso de Hygiene, Alguns Aspectos do  
Inquérito de Mortalidade Infantil em oito districtos bra-  
sileiros, trabalho apresentado por J. Barros Barreto e E.  
Jansen de Mello, 1929, pág. 282.
- 29 - Annaes do Quinto Congresso Brasileiro de Hygiene, Mortali-  
dade Infantil, apresentado por Fernando de Freitas e Castro,  
1929, pág. 376.
- 30 - Idem, pág. 377.
- 31 - CLOVIS CORREA DA COSTA, Inquérito clínico sobre a mortalida-  
de no Rio de Janeiro. Annaes do Quinto Congresso de Hygiene,  
1929, pág. 355.



- 32 - Idem, pág. 372.
- 33 - GERALDO DE ANDRADE, Primogenitura e Mortalidade Infantil em Recife, Annaes do Quinto Congresso Brasileiro de Hygiene, 1929, pág. 355.
- 34 - Idem, pág. 270.
- 35 - ARTHUR SÁ - Mortalidade Infantil: a Resolução do Problema, Annaes do Quinto Congresso Brasileiro de Hygiene, 1929, pág. 522.
- 36 - GERALDO DE ANDRADE, Concepcionismo inconsciente e mortalidade infantil, Annaes do Quinto Congresso Brasileiro de Hygiene, 1929, pág. 261.
- 37 - Idem, pág. 261 e 262.
- 38 - ROSEN, G. - The Evolution of Social Medicine, in Freeman H.E., Service. S. e Reeder, L.G. - Hawdbook of Medicine Sociology, Prentice - Hall, Inc. n.4, 1963, pág.18-51. Tradução para o português, mimeo, Biblioteca da ENSP. 41 págs.
- 39 - Idem, pág. 31 e 32, da tradução referida.
- 40 - Idem, págs. 33 a 35.
- 41 - Idem, pág. 35.
- 42 - COSTA, J.F. - História da Psiquiatria no Brasil, editora documentário, Rio de Janeiro, 1976 e Citado pelo autor, pág. 35.
- 43 - Idem, pág.3
- 44 - PINTO MANOEL - Mortalidade materna e mortinatalidade: o serviço Pré-Natal, Folha Médica, 24(4), págs. 32-35, Rio de Janeiro, fevereiro, 1943.
- 45 - CORRÊA, MARISA - A Escola Nina Rodrigues e a ideologia científica como forma de controle social, projeto de pesquisa, UNICAMP, fevereiro, 1978, mimeo, 27 págs., Citação pág.4.

NOTAS SOBRE A  
MORTALIDADE INFANTIL E A NATIMORTALIDADE  
NO PERÍODO 1900-1930

Ilustre Clotilde Faddei

1707

## 1 - INTRODUÇÃO

Procuramos verificar como o conhecimento científico se incorpora ao cuidado médico dirigido à mulher e à criança, a partir do início do século até 1930.

Não se trata de acompanhar somente a evolução do saber médico enquanto "evolução do saber científico" nas áreas específicas de pediatria, ginecologia e obstetrícia mas também de procurar compreender como ele se insere no quadro de toda uma política de saúde que determina prioridades, formula programas e concretiza ações dirigidas ao grupo materno-infantil, em um dado momento histórico; procura-se identificar em que momentos o avanço do saber médico se cristaliza efetivamente em ações de assistência médica e programas para a saúde do grupo materno-infantil; tenta-se perceber como o conhecimento médico se vincula a conteúdos ideológicos prevalentes e resultantes da forma como se organiza a sociedade, em momentos dados da nossa história.

Acreditamos que o ponto de partida deva ser a própria análise das condições de saúde do grupo em estudo, da forma como se organiza a assistência médica e o conteúdo dos programas a ele dirigido, nesse momento da história do país.

Assim, procuramos rever textos e artigos publicados a partir de 1900 até 1930 em revistas médicas especializadas e de saúde pública. Sem dúvida, a questão principal se coloca sobre a elevada mortalidade infantil. Pouco há na literatura pesquisada a respeito da morbomortalidade materna não só no que diz respeito a estatísticas como a programas que visem a redução da mortalidade e controle das patologias mais prevalentes na mulher, gestante e puérpera. A questão é quase sempre colocada pelo ângulo dos benefícios que o controle pré-natal oferece à criança.

Em linhas gerais, é bastante uniforme, desde o início do século, a forma como médicos e higienistas colocam a questão da mortalidade infantil. A tônica do discurso predominante é o valor da vida humana e o esforço para sua preservação, principalmente

a partir da 1ª. Grande Guerra, quando o capital humano tende a ser extremamente revalorizado, a exemplo dos países europeus. Fernando Magalhães <sup>(9)</sup> explicita bem esta idéia

*"A tentativa anterior do trabalho pela saúde coletiva cuidou antes dos phenomenos consequentes do que das causas primordiales. Começa-se porém a olhar para a sementeira da nação que é o esplendor da sua riqueza, o brasão da sua força, o fulero da sua prosperidade, o prestigio do seu pensamento e a serenidade da sua justiça. Determinando assim, a medicina social desvenda os mysterios da geração humana, cuja frente, o ventre materno, merece a guarda de sua sabedoria porque a vida dos povos depende, acima de tudo, do farto e robusto viveiro de seus cidadãos. Dos tres factores economicos de uma nação - a terra, o capital e o braço, - este predomina: o sólo mais fértil, o sub-sólo mais rico, nada valem sem o individuo que os explore".*

Em contrapartida, é frequentemente realçada a escassez de recursos e a insuficiência de instituições dirigidas ao cuidado da mulher e da criança, quer por parte do Estado, como de particulares. Magalhães <sup>(9)</sup> afirma

*"O que existe, nada é: um pouco, um quasi nada de assistência hospitalar, organizada pobremente, n'um mixto de sciencia e de philantropia, dados com a singeleza do imprescindível; uma legislação summaria talvez desattendida; um compromisso internacional ainda não executado. Esta parcimonia responde ao numero incalculavel dos sacrificados e dos inaproveitaveis, numero que a estatística, em pontos sobrios, já marcou como o da mais de metade de mortos no primeiro de transito pela vida".*

E acrescenta

*"Por aqui e por lá o fructo humano evolve, de finha ou prospera, dentro do nosso sistema, ao saber de*

acaso, em precárias condições de molestia e de indulgências por aqui e por lá a puericultura, defeituosa ou ausente, prepara um tipo frágil e morbida que paga à morte pesado tributo na hora da sua caiação ou não consegue vencer os primeiros elementos da vida".

Procuraremos, a seguir, dimensionar a magnitude e evidenciar as causas elevada mortalidade infantil para o período 1900-1930.

## 2 - MORTALIDADE INFANTIL

Para a análise dos dados epidemiológicos referentes à mortalidade infantil, devemos inicialmente discutir a deficiência do registro civil e a qualidade questionável dos atestados de óbitos, tal como se expressam em vários trabalhos desde o começo do século, quer explicitamente, quer na comparação de dados de diferentes autores.

Bulhões de Carvalho, segundo Alvaro Rocha (14), assim se referia em 1903 "Embora acreditemos que a natalidade da Capital Federal seja inferior a de outras capitais importantes, estamos convencidos da grande deficiência de nossa estatística de nascimento. Baseia-se ella em informações pelo registro civil regulado de modo imperfeito entre nós, sujeito a numerosas lacunas". André Faria Pereira, citado pelo mesmo autor acentua "...a falta de compreensão das vantagens do registro de nascimento fonte de personalidade jurídica das pessoas naturaes, é a causa principal dessa omissão notadamente nas classes menos favorecidas pela fortuna".

Alvaro Rocha (14), em 1928, afirma "fique consignado que enquanto em todo território bahiano no anno de 1924 foram registrados 18.330 nascimentos, verificaram-se 83.878 registros de baptismo cathólico". Arthur Sã (8), considerando a grande letalidade infantil em Recife afirma "Uma contestação formal, baseada em dados numéricos não se podia fazer, entretanto hoje, graças às notificações de nascimentos, nós podemos afirmar documentalmente e com a responsabilidade do serviço demographico de Recife de que as percentagens relativas a natimortalidade eram falsas até 1924. Em 1925 e 26 nós tivemos de 10811 e 11894 nascimentos quando antes dessa época o maximo atingido foi de 3569...". Décio Parreiras (31), que dirigiu inquérito proposto pela Liga das Nações, procurou a partir a veracidade da "causa mortis" dos 241 óbitos de 0 a 1 anno em São Gonçalo (RJ) ocorridos durante o anno de 1928 e concluiu não ter podido obter precisão de diagnóstico em 60% dos casos. Fernandes Espinosa (16) estudando a mortalidade



de crianças de até 10 dias de vida no Rio de Janeiro em 1925, exemplifica o mau registro existente ao encontrar como causa mortis patologias como raquitismo, varíola e sarampo nas primeiras horas de vida.

Para o início do século foi-nos bastante difícil chegar a conclusões sobre a mortalidade, dada a incongruência de dados referentes à população total segundo diferentes autores. Optamos pela uniformidade da fonte de tal modo que, para o Rio de Janeiro, a partir de 1903, utilizamos dados diretos da Inspeção Demographo Sanitária <sup>(38)</sup>, e do final do século passado até 1903 baseamo-nos nos dados de Moncorvo Filho <sup>(21)</sup>. Em relação aos outros Estados, aceitamos como "verdadeiras" as estatísticas apresentadas pelos diferentes autores.

Apesar de sabidamente insuficientes eram estes os dados que permitiam, por parte dos sanitaristas da época, caracterizar e discutir as questões referentes à mortalidade infantil.

O gráfico I, elaborado com os dados da tabela 1, refere-se à mortalidade infantil no Rio de Janeiro para o período 1895-1927. Apesar do padrão irregular da curva, parece ter havido uma tendência ao decréscimo da mortalidade, apesar de sempre elevada e superior a 150/1000 nascidos vivos.

Comparando o gráfico da mortalidade infantil com a curva da mortalidade geral (gráfico II), observamos que os "picos" de 1904, 1908, 1914, 1919 acontecem em ambos os traçados, revelando-nos a influência das grandes epidemias (febre amarela, gripe espanhola, varíola, etc.) sobre a mortalidade infantil. Nesse sentido, o gráfico III nos mostra que, apesar do aumento significativo do coeficiente de mortalidade infantil visível no gráfico II, a mortalidade proporcional 0-1 ano decaiu, evidenciando ter a epidemia atingido preponderantemente grupos de faixa etária maior.

Por outro lado, o mesmo gráfico III revela uma curva ascendente de mortalidade proporcional 0-10 anos, que chega a atingir 42,9 em 1926. Embora a mortalidade infantil tenha se reduzido, a queda da mortalidade geral observada no gráfico II pro-

Gráfico I MORTALIDADE INFANTIL NO RIO DE JANEIRO: 1895-1926  
(Coeficientes por 1000 n.v.)

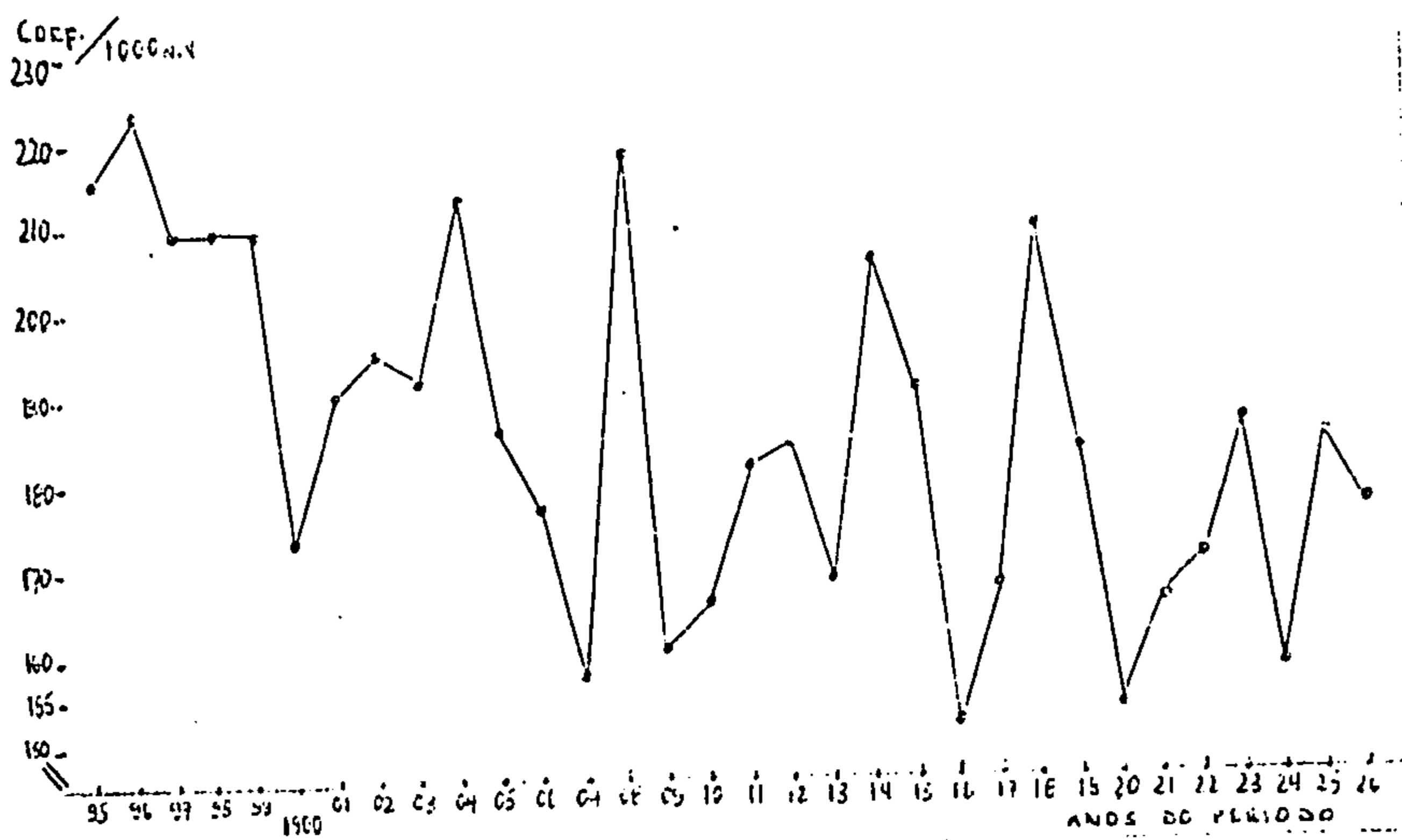


TABELA 1

MORTALIDADE INFANTIL PARA O RIO DE JANEIRO 1895-1926

	COEFFICIENTE/MIL. NASCIDOS VIVOS
1895	215.4
1896	223.9
1897	209.8
1898	209.6
1899	209.4
1900	173.4
1901	190.9
1902	195.2
1903	190.19
1904	213.32
1905	185.83
1906	176.78
1907	157.10
1908	218.53
1909	160.47
1910	165.72
1911	181.65
1912	184.53
1913	168.99
1914	205.96
1915	190.85
1916	151.80
1917	167.85
1918	209.47
1919	183.88
1920	154.31
1921	165.34
1922	170.83
1923	186.12
1924	157.16
1925	184.62
1926	176.87

Fonte: (1) e (2)

Gráfico II MORTALIDADE GERAL NO RIO DE JANEIRO: 1903-1927

$\frac{C^2}{1000 \text{ hab}}$

31 -  
30 -  
29 -  
28 -  
27 -  
26 -  
25 -  
24 -  
23 -  
22 -  
21 -  
20 -  
19 -  
18 -  
17 -

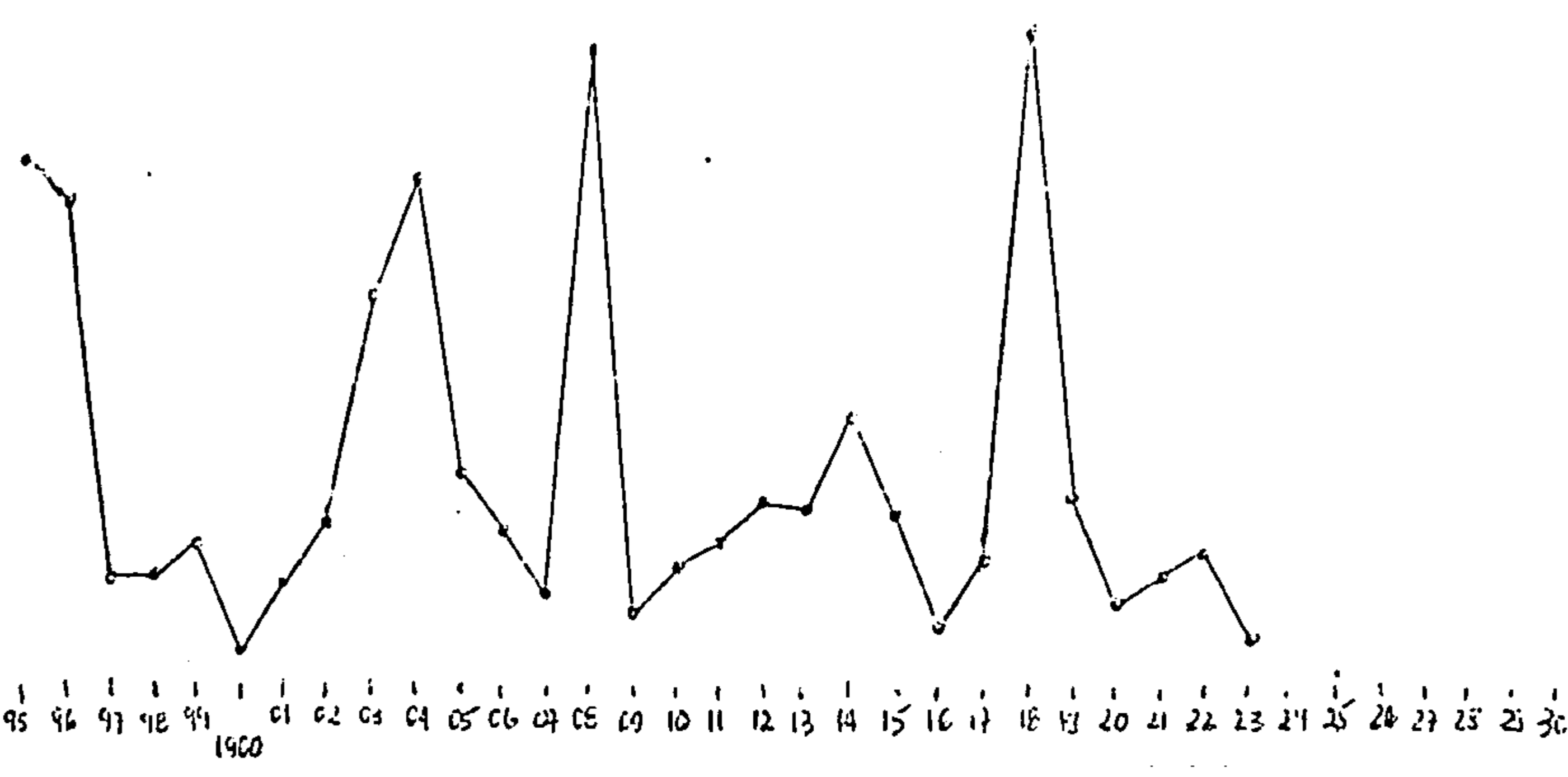


TABELA 2

MORTALIDADE GERAL PARA O RIO DE JANEIRO NO PERÍODO 1895-1926

ANOS	COEFICIENTE/1000 habitantes
1895	28.9
1896	27.9
1897	19.5
1898	19.6
1899	20.3
1900	17.9
1901	19.4
1902	20.8
1903	25.77
1904	28.49
1905	21.88
1906	20.66
1907	19.17
1908	31.27
1909	18.17
1910	19.89
1911	20.40
1912	21.25
1913	21.15
1914	23.23
1915	21.04
1916	18.41
1917	19.97
1918	31.85
1919	21.37
1920	18.92
1921	19.62
1922	20.18
1923	18.28
1924	15.98
1925	17.51
1926	15.95

Fonte: (38) e (21)

vavelmente se deve a alterações do padrão de mortalidade em grupos de faixa etária maior, na medida em que a mortalidade proporcional 0-10 anos cresceu no período considerado.

A tabela 6 refere-se à mortalidade infantil proporcional por causas. Diarréias e enterites figuram sempre em 1º lugar, responsáveis por aproximadamente 40% das mortes no 1º ano de vida, seguidas de afecções do aparelho respiratório, causas prénatais, natais e neonatais e de outras doenças infecciosas, que disputam nos diferentes anos o 2º, 3º e 4º lugares.

As estatísticas oficiais da época apresentam dados globais (índice de mortalidade infantil, índice de mortalidade geral, coeficiente de natimortalidade, mortalidade por causas, mortalidade geral por causas, etc.) e nos ressentimos de dados mais precisos como mortalidade por causa específica por grupo etário, que nos permitissem, por exemplo, identificar as causa-mortis mais prevalentes nas diferentes faixas etárias.

Nesse sentido, dados de importantes autores da época revelam aparentemente contradições de monta sobre a mortalidade de infantil.

Assim, Arnaldo de Moraes <sup>(4)</sup> afirma, em 1926 "...compulsando as estatísticas verifica-se que metade da mortalidade infantil... ocorre no primeiro mês de vida e por conta de causas pré-nataes, nataes e neonataes". Poderíamos esperar que os países mais desenvolvidos, na época, já apresentassem tal padrão como reflexo do controle da mortalidade infantil tardia. A tabela 5, no entanto, nos mostra que mesmo aí este nível não havia sido atingido.



Gráfico III MORTALIDADE PROPORCIONAL (Grupos de 0 a 1, de 1 a 5 e de 0 a 10 anos de idade) NO RIO DE JANEIRO: 1895-1926

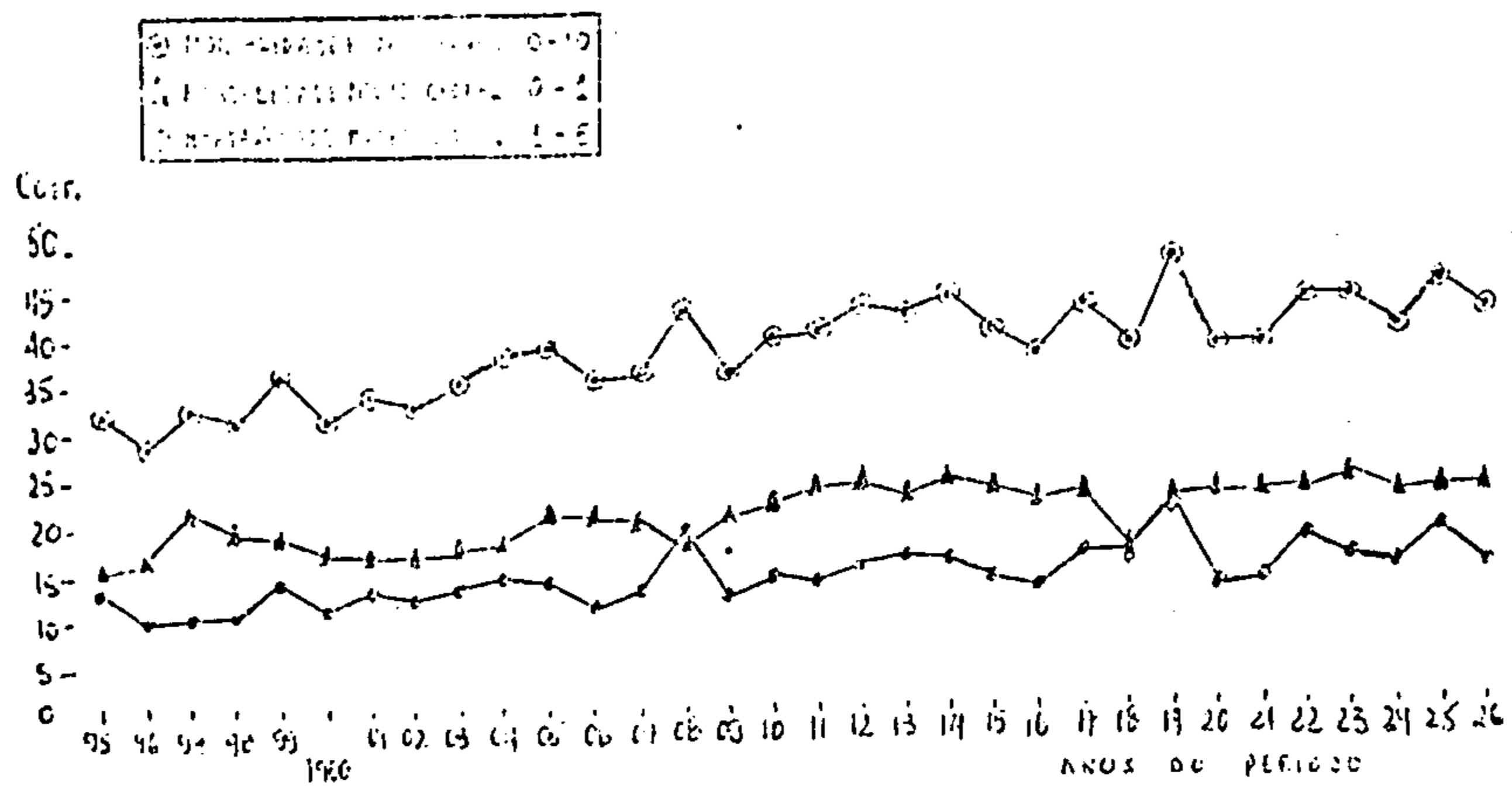


TABELA 3

MORTALIDADE PROPORCIONAL 0-1 ANO PARA O RIO DE JANEIRO  
NO PERÍODO 1895-1926

ANOS	MORTALIDADE GERAL (excluidos natimortos)	MORTALIDADE INFANTIL 0 - 1 ano	%
1895	18226	2884	15.8
1896	18154	2984	16.4
1897	13284	2920	21.9
1898	14747	2934	19.8
1899	15600	2981	19.1
1900	13971	2400	17.1
1901	15409	2638	17.1
1902	16501	2806	17
1903	19308	3435	17.7
1904	21980	4167	18.9
1905	17386	3759	21.6
1906	16832	3575	21.2
1907	16045	3280	20.4
1908	26826	4899	18.2
1909	16468	3517	21.3
1910	17914	4010	22.3
1911	18832	4583	24.3
1912	20117	4917	24.4
1913	20533	4767	23.2
1914	23126	5853	25.3
1915	21496	5139	23.9
1916	19306	4393	22.7
1917	21508	5051	23.4
1918	35237	6182	17.5
1919	24300	5600	23.0
1920	22154	5203	23.4
1921	23325	5503	23.5
1922	25609	5992	23.3
1923	24344	6093	25.0
1924	23140	5326	23.0
1925	26225	6085	23.2
1926	26342	6295	23.8

Fonte: (21) e (33)

TABELA 4

## MORTALIDADE PROPORCIONAL 0-10 ANOS PARA O RIO DE JANEIRO

ANOS	MORTALIDADE GERAL	MORTALIDADE 0-10	%
1895	18226	5888	32.3
1896	18154	5242	28.8
1897	13284	4515	33.9
1898	14747	4655	31.5
1899	15600	5681	36.4
1900	13971	4450	31.8
1901	15409	5292	34.3
1902	16501	5487	33.2
1903	19308	6905	35.7
1904	21980	8528	38.7
1905	17386	6826	39.2
1906	16832	6038	35.8
1907	16045	5864	36.5
1908	26826	11647	43.5
1909	16468	6046	36.7
1910	17914	7184	40.1
1911	18832	7709	40.9
1912	20117	8717	43.3
1913	20533	8793	42.8
1914	23126	10225	44.2
1915	21496	8864	41.2
1916	19306	7508	38.8
1917	21508	9343	43.4
1918	35237	13756	39.0
1919	24300	11887	48.9
1920	22154	8816	39.7
1921	23325	9308	39.9
1922	25609	11428	44.6
1923	24344	10745	44.1
1924	23140	9474	40.9
1925	26225	12029	45.8
1926	26342	11324	42.9

Fonte: (38) e (21)

TABELA 5

MORTALIDADE PROPORCIONAL 1-5 RIO DE JANEIRO, 1895-1926

ANOS	MORTALIDADE GERAL	MORTALIDADE 1-5	%
1895	18226	2490	13.6
1896	18154	1820	10.0
1897	13284	1346	10.1
1898	14747	1537	10.4
1899	15600	2275	14.3
1900	13971	1618	11.5
1901	15409	2097	13.6
1902	16501	2098	12.7
1903	19308	2686	13.8
1904	21980	3302	15
1905	17386	2513	14.4
1906	16832	2000	11.8
1907	16045	2121	13.2
1908	26826	5331	19.8
1909	16468	2063	12.5
1910	17914	2673	14.9
1911	18832	2675	14.2
1912	20117	3250	16.1
1913	20533	3462	16.8
1914	23126	3779	16.3
1915	21496	3221	14.9
1916	19306	2676	13.8
1917	21508	3678	17.1
1918	35237	6186	17.5
1919	24300	5414	22.2
1920	22154	2992	13.5
1921	23325	3269	14
1922	25609	4754	18.5
1923	24344	4052	16.6
1924	20140	3602	15.5
1925	26225	5179	19.7
1926	26342	4177	15.8

Fonte: (21) e (26)

TABELA 6

MORTALIDADE INFANTIL PROPORCIONAL POR CAUSAS PARA O  
RIO DE JANEIRO 1903-1926

	DIARRÉIAS E ENTERITES	AFECCÕES AP. RESP.	CAUSAS PRÉNATAIS, NATAIS, E NEONA- TAIS	OUTRAS DO- ENÇAS IN- FECCIOSAS
	%	%	%	%
1903	36.1	19.6	13.0	14.0
1904	35.5	17.8	12.9	19.0
1905	38.5	19.2	15.4	13.4
1906	44.7	17.3	14.0	10.4
1907	39.6	19.6	16.1	11.4
1908	30.6	16.0	11.5	30.1
1909	37.1	18.5	16.2	13.9
1910	39.3	18.7	15.1	12.9
1911	39.7	18.8	16.0	12.8
1912	42.0	16.5	15.3	12.9
1913	41.8	16.6	17.9	11.1
1914	40.5	17.7	15.4	14.2
1915	41.4	16.5	16.9	11.7
1916	39.9	17.2	18.1	9.9
1917	37.8	18.0	16.1	11.3
1918	33.5	13.7	14.8	22.9
1919	42.5	18.6	14.0	11.7
1920	43.4	17.1	16.6	8.1
1921	45.9	15.9	15.4	7.9
1922	43.9	17.3	14.6	10.9
1923	40.8	17.1	14.5	12.0
1924	43.9	15.3	15.8	9.9
1925	41.8	14.9	14.2	12.5
1926	37.9	14.1	14.0	18.3

Fonte: (38)

TABELA 7

	Nascimentos	Mortalidade 0 a 1 ano	Mortalidade 0 a 1 mês	Porcentagem	Coef. de mor- talidade neo- natal	Coef. de mor- talidade in- fantil
São Paulo (929)....	28.911	4.518	1.938	25.2	25.7	59.8
Prússia (929)....	701.996	68.717	31.269	45.5	24.5	59.2
Bélgica (928)....	146.986	12.841	3.846	29.9	23.2	34.1
Bulgária (928)....	185.189	25.512	9.744	38.2	24.3	49.3
Dinamarca (929)....	65.872	5.413	2.181	40.3	57.9	192.8
França (927)....	704.703	62.048	21.919	35.3	31.1	53.5
Noruega (928)....	480.652	92.763	27.963	30.4	33.1	62.9
México (927)....	49.561	2.442	1.206	49.4	52.6	148.6
Nova Zelândia (929)...	26.747	912	622	68.2	26.2	87.4
Holanda (929)....	177.217	10.485	4.351	41.5	44.5	97.9
Suécia (927)....	97.994	5.856	2.520	43.0	39.4	156.3

Fonte: Mesquita, M. e colaboradores (41)

Os dados referentes a São Paulo são bastantes superiores às estatísticas de mortalidade proporcional por causas prô-natais, natais, neonatais para o Rio de Janeiro (tabela 6) e inferiores aos apresentados nas conclusões do inquérito realizado no Brasil por deliberação da Liga das Nações e que representa, entre nós o primeiro estudo em larga escala sobre mortalidade infantil.

Décio Parreiras (31), em 1928, estudando a mortalidade infantil em São Gonçalo, um dos distritos incluídos na pesquisa, afirma que o maior número de óbitos verificou-se em crianças que não chegaram a viver mais de trinta dias, com um percentual de 34,8% do total de óbitos.

Barros Baceto (26), em suas conclusões gerais sobre o citado inquérito em 3 distritos brasileiros, revela que de todos os óbitos de crianças menores de 1 ano, 37,2% ocorreram no



1º mês, 53% no 1º trimestre e 75% no 1º semestre.

Quanto às causas de morte no 1º mês de vida, parecem também ser contraditórios os dados encontrados. Mesquita e colaboradores (41), em importante trabalho apresentado à Conferência Nacional de Proteção à Infância (1933) analisam a mortalidade neonatal em São Paulo para o período 1925-1929. De acordo com os achados de A. Moraes (4), concluem os autores serem os fatores prénatais e natais os maiores responsáveis pela mortalidade neste grupo etário (64,5%, em média para os cinco anos estudados), seguindo-se em importância diarreias e enterites, afecções do aparelho respiratório e doenças infecciosas (apenas 4,4% em média para o período). Já o inquérito da Liga das Nações revela que 40% dos óbitos por doenças transmissíveis específicas (aí incluídos sífilis, coqueluche, gripe, sarampo, disenterias, tuberculose, malária, difteria) ocorrem no 1º mês de vida e que a mortalidade proporcional por esta rubrica se mantém em torno de 30% para o primeiro mês, trimestre e semestre, evidenciando exposição precoce, continuada e intensa e o elevado tributo pago pela alta prevalência de doenças infecciosas. Para o referido estudo, as causas prénatais, natais e neonatais foram responsáveis por apenas 10% da mortalidade infantil nos distritos urbanos e 4,8% nos distritos rurais.

Acreditamos que os resultados conflitantes apresentados se devam, fundamentalmente, a diferentes critérios de classificação e diagnóstico utilizados. Assim, A. Moraes (4) considera prematuridade como responsável por 65% das mortes no primeiro mês de vida, e a inclui na rubrica de "causas prénatais, natais e neonatais", apesar de considerar a sífilis como sua principal determinante.

O elevado coeficiente por doenças infecciosas no Inquérito da Liga das Nações, poderia ser então explicado ao considerar para análise a causa (causa) ao invés do efeito (prematuroidade).

Pelo exposto, debruça-se a dificuldade de configurar em queiroz a mortalidade infantil. Mas importa-nos mais

talvez do que tê-lo preciso, fixar seus principais determinantes: heredo-lues e fatores obstétricos intra-partum, que serão analisados mais detalhadamente no capítulo referente à natimortalidade.

Em relação à mortalidade infantil tardia observamos maior homogeneidade nos dados, apesar do uso de diferentes critérios de classificação - próprio inquérito da Liga das Nações inclui as disenterias no grupo de doenças transmissíveis e cria um novo "perturbações digestivas e nutricionais ligadas à alimentação", contrariamente a maioria dos trabalhos pesquisados, que utilizam uma só rubrica de "diarréias e enterites". Para o citado inquérito, as perturbações digestivas e nutricionais ligadas à alimentação figuram como primeira e segunda causa-mortis em distritos rurais e urbanos respectivamente e 73,6% de todos os óbitos dela decorrentes ocorrem no 1º semestre de vida. Diferentemente da mortalidade por doenças transmissíveis, a mortalidade proporcional por perturbações digestivas aumenta com a idade, sendo de 13,8%, 23,1% e 31,2% para o 1º mês, trimestre e semestre, respectivamente, evidenciando possivelmente a influência do desmame. De todas as crianças incluídas no estudo, 40% tinham sido amamentadas e destas, 79% passaram da alimentação ao seio para artificial no 1º trimestre. Nesse período, para o grupo de Doenças ligadas à alimentação, ocorre metade dos óbitos das crianças amamentadas e 60% dos alimentados artificialmente. Tais achados chamam-nos a atenção para a importância do estudo do aleitamento materno e práticas correntes de alimentação.

A sífilis assume importância relevante no grupo das doenças transmissíveis, representando praticamente 13% de todos os óbitos 0-1 ano. Em seguida à sífilis vem como principais a coqueluche, gripe, sarampo, tuberculose, malária e difteria.

Destacamos os diminutos índices de óbitos por tuberculose em crianças de 0-1 ano e fazemos nossas as palavras de E. Coutinho <sup>(42)</sup> "Quem quer que pretenda, ..., conhecer o índice de mortalidade pela peste branca nas primeiras idades, em nosso meio, quedará surpreso ante as cifras reduzidas que as exprimem nos boletins demográfico-sanitários".

Procurando aproximar-se dos dados reais, o autor propõe alguns cálculos baseados nas observações de Combe, Mantouse e Marfan sobre percentagem de infecção (8,7%) e mortalidade nos infectados de 0-1 ano (75% nos lactentes infectados de 0 a 6 meses e 54% nos de 6 a 12 meses de idade). Tais cálculos o fazem encontrar um número esperado de óbitos por tuberculose nesta faixa etária 13 vezes maior do que o apresentado na estatística oficial, no mesmo ano. Justifica tal discrepância de dados pelo diagnóstico incorreto da patologia, o que implicaria na inclusão da doença sob outros títulos. Assim, de acordo com os diferentes sintomas e formas clínicas da doença, haveria uma tendência a incluí-la, principalmente, sob as rubricas de meningite epidêmica (meningite tuberculosa), bronquites agudas, crônicas, broncopneumonias e pneumonias sem epítelo (pneumonia caseosa) e diarreias e enterites (tuberculose miliar generalizada). Ao considerar, citando o mesmo autor, que "...de 100 lactentes victimados pela tuberculose 50% morrem de tuberculose miliar generalizada, 40% de pneumonia caseosa e 10% de uma generalização lymphatica...", dimensionamos a magnitude do erro diagnóstico e sua importância para a determinação da prevalência e letalidade por tuberculose na população infantil.

## NATIMORTALIDADE

O estudo da natimortalidade revelou ser o campo mais fértil para a deprecensão e análise das condições de assistência à gravidez e ao parto para o período considerado entre 1900 a 1930. Ademais, merecia por si só destaque na medida em que se configurava como importante problema a ser solucionado.

A opinião de Arnaldo de Moraes (4),

*"...o impedimento e a vigilância da doença e da mortalidade fetal estão entre os mais negligenciados e potencialmente mais fecundos domínios da administração pública."*

reflete, sem dúvida, boa parte do pensamento dos sanitaristas da época. No entanto, higienistas como Edgard Braga(6), também afirmavam

*"Vae, felizmente longe o tempo em que, aqui como .... alhures na Europa, a mulher gestante via desenvolver-se no seio a solva de uma vida nova sem ao menos ouvir a palavra ponderada de um guia mental, de um médico higienista tão só entregue às próprias forças e à constante exaustão de uma maternidade descuidada e precária. A higiene, soberana entre os maiores atributos do passado, levou-nos pouco a pouco ao esplendor duma época de realizações opulentas. São Paulo vem desenvolvendo, a partir da data referida (1925), e de modo amplamente satisfatório de par com outras seções de higiene, o serviço de Pré-natal. Ora aqui, encontra a mulher gestante vigilância e norma de tratamento..."*

O espaço entre estes dois discursos é amplo e denso. Procuraremos deprecendê-lo, inicialmente, pela análise do perfil da natimortalidade na medida em que podemos considerar, num certo sentido, o natimorto como o produto final da interação de fatores diversos que nos são importantes conhecer: as condições de vida da mulher, a organização da assistência médica dirigida a gestante e puérpera, o conteúdo e extensão dos programas a elas dirigidos, etc.

Procuraremos, então, a seguir, caracterizar a natimortalidade em termos epidemiológicos, identificar sua magnitude,

causas e origens.

A análise dos coeficientes de natimortalidade\* de 1903 a 1927 para o Rio de Janeiro (tabela 8, gráfico IV)

VARIANÇAS ANNUAIS DA MORTINATALIDADE NO RIO DE JANEIRO (DISTRICITO FEDERAL)

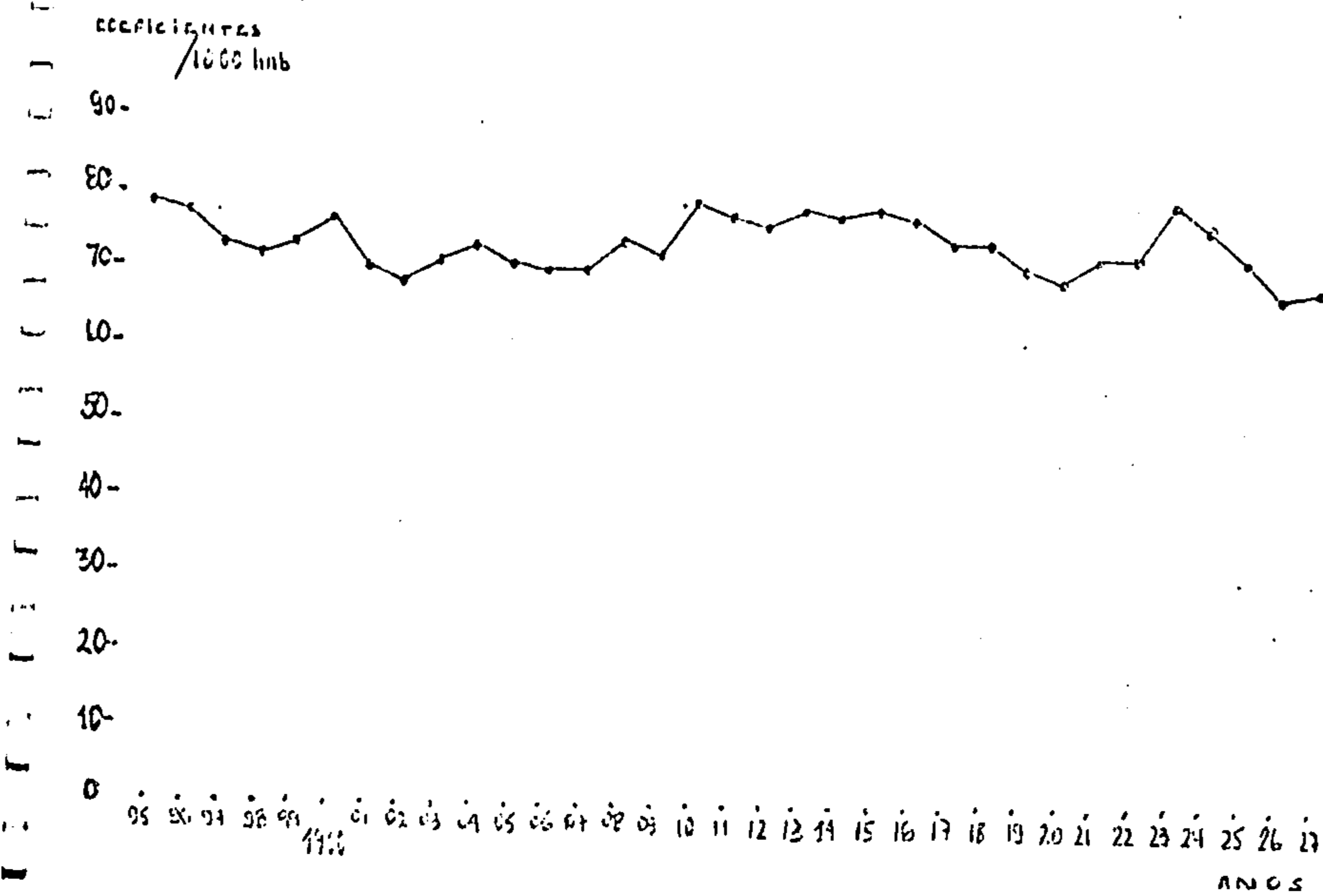
Tabela 8

ANOS	Nascidos mortos	Nascimentos	Coefficientes
		inclusive nas cidos mortos	por 1.000 nascimentos
1903.....	1.395	19.456	71.70
1904.....	1.561	21.095	73.99
1905.....	1.549	21.777	71.13
1906.....	1.526	21.749	70.16
1907.....	1.579	22.457	70.31
1908.....	1.810	24.228	74.70
1909.....	1.724	23.041	72.99
1910.....	2.084	26.281	79.29
1911.....	2.116	27.346	77.37
1912.....	2.220	23.866	76.91
1913.....	2.397	30.606	78.31
1914.....	2.387	30.805	77.48
1915.....	2.301	29.228	78.72
1916.....	2.435	31.374	77.61
1917.....	2.410	32.502	74.14
1918.....	2.367	31.879	74.24
1919.....	2.328	32.783	71.01
1920.....	2.521	36.239	69.56
1921.....	2.589	35.871	72.17
1922.....	2.743	37.819	72.53
1923.....	2.811	35.548	79.08
1924.....	2.810	36.699	76.57
1925.....	2.589	35.548	72.83
1926.....	2.571	38.162	67.37
1927.....	2.561	37.233	68.78

Fonte: (5)

\*Nota: A mortalidade já considerada natimortalidade que não responde a-  
 pós o nascimento, e onde não se inclui a mortalidade de Espionse  
 da Agência de Saúde (5), que não é considerada a morte por síla

Gráfico IV MORTINATALIDADE NO RIO DE JANEIRO: 1895-1927  
 (Coeficientes por 1000 habitantes)





tabidade, i.e., para que haja registro, e propõe "... o produto do nascimento seja capitalizado pelo acréscimo que, após o nascimento, ocorre. O fato de registrar eventual mortalidade infantil não afeta o fato, e sua ausência continua de se ser encarada como o par do morte do feto."

não revela variações importantes, estando os índices sempre elevados e em torno de 70/1000 nascimentos. A comparação dos dados referentes ao Rio de Janeiro com os de outras capitais e cidades de diferentes países (tabela 9) evidencia a situação do então Distrito Federal.

Tabela 9

MORTINATALIDADE DO RIO DE JANEIRO (DISTRICTO FEDERAL) COMPARADA COM A DE DIVERSAS CIDADES ESTRANGEIRAS

CIDADES	ANNOS	NASCIMENTOS	NATI-MORTOS	Coefficientes por 1.000 nascimentos
Vienna.....	1920	27.821	2.959	96.13
Havana.....	1920	8.608	778	82.88
Rio de Janeiro.....	1920	33.713	2.251	69.56
Madrid.....	1920	17.959	1.339	69.38
Bruxellas.....	1920	2.813	205	67.92
Paris.....	1920	55.813	4.024	67.24
Rouen.....	1920	3.019	204	63.29
Santiago.....	1920	14.582	794	51.63
Montreal.....	1920	21.180	1.087	48.81
New York.....	1920	132.856	6.234	44.81
Buenos Ayres .....	1920	41.412	1.659	38.51
Rosário de Santa Fé.....	1920	7.616	290	36.68
Zurich.....	1920	3.048	114	36.05
Budapesth.....	1920	21.045	772	35.38
Montividéo.....	1920	10.557	388	35.45
Berne.....	1920	1.806	66	35.25
Chicago.....	1920	66.290	2.347	34.19
Hamburgo.....	1920	19.138	657	33.19
Christiania.....	1920	5.511	189	33.15
Haya.....	1920	8.155	286	33.88
Stockholm.....	1920	7.062	168	23.23
Valparaizo.....	1920	7.922	150	20.88

Fonte: (25)

Em relação a outras capitais e cidades do Brasil, a tabela 10 registra uma heterogeneidade de dados que aponta, a nosso ver, a insuficiência de registros. A respeito, assim se refere C. Costa (25)

*"Ha, porém, disparidade tão grande entre Recife e Parayba de um lado e outras cidades do Norte, entre as quaes se destaca Fortaleza, com a taxa de 14,07 o/0, que, em sua consciência, não podemos aceitar esses numeros como expressão da verdade."*

Tabela 10

MORTINATALIDADE DO RIO DE JANEIRO, COMPARADA CPM A DE DIVERSAS CIDADES DO BRAZIL

CIDADES	Annos	Nascimentos	Nati-mortos	Coefficientes por 1.000 Nascimentos
Recife.....	1920	3.009	830	216.20
Parayba.....	1920	442	99	182.99
Natal.....	1920	367	65	150.45
S. Luiz.....	1920	1.142	163	124.90
Belem.....	1920	2.637	374	124.21
Florianopolis.....	1920	566	72	112.85
Manãos.....	1920	670	79	105.47
Macciô.....	1920	1.117	118	95.54
Petropolis.....	1920	2.100	179	78.54
Bello-Horizonte....	1920	1.488	126	78.06
Nictheroy.....	1920	2.738	213	72.17
Rio de Janeiro.....	1920	33.718	2.251	69.56
Santos.....	1920	3.221	203	59.28
Campinas.....	1920	3.989	243	57.41
Guaratinguetá.....	1920	1.214	71	55.25
Campos.....	1920	4.981	291	55.19
S. Paulo.....	1920	19.704	1.116	53.60
Botucatu.....	1920	1.216	68	52.95
Curityba.....	1920	2.622	130	47.23
Ribeirão Preto.....	1920	2.389	109	43.63
Friburgo.....	1920	779	34	41.82
S. Carlos.....	1920	1.972	69	33.80
Uberlândia.....	1920	2.449	83	32.78
Fortaleza.....	1920	2.591	37	14.07

Fonte: (25)

1731

Nesse sentido, parece-nos interessante observar a progressiva elevação dos índices de natimortalidade para o Rio de Janeiro (tabela II) segundo os dados de Aureliano Portugal ( ), desde 1859 até o final do século passado, quando se aprimoram os sistemas de coleta de dados demografo-sanitários na capital. Na ausência de transformações substanciais nas condições de saúde que a justifiquem, tal elevação parece evidenciar a influência da melhora nos registros.

Tabela II

NATIMORTALIDADE NO RIO DE JANEIRO, 1859 - 1899  
COEFICIENTES POR 100 NASCIMENTOS

	Coefficiente
1859-1863	1,9%
1864-1869	3,8%
1870-1876	4,7%
1877-1885	5,9%
1886-1889	4,9%
1894	7,8%
1894-1899	7,7%

Fonte: (25)

Em relação às causas envolvidas na natimortalidade dividimos os trabalhos pesquisados, por lidarem com universos distintos, em dois grandes grupos. O primeiro refere-se a estudos realizados prospectiva ou retrospectivamente em amostras da população ou baseado em dados demografo-sanitários, e que surgem fundamentalmente a partir da segunda década do século. O segundo grupo abrange os estudos realizados através de estatísticas hospitalares.

A maioria dos trabalhos incluídos no primeiro grupo considera a natimortalidade, a título de análise mais sistemática, como dependente de causas pré-natais, que ocorrem ainda no curso da gestação, e de causas natais, intrapartum ou obs-cúricas propriamente ditas. Em linhas gerais, há uniformidade

sobre a magnitude da participação de cada uma na natimortalidade. Assim, Mesquita(41) observou o percentual de 54,4 para as causas prénatais, comparável aos dados de Guimarães Filho(53%), Correia da Costa (46%), A. Moraes (53,9%) e o Inquérito da Liga das Nações (42,3%). Em consequência, são também similares os percentuais referentes às causas obstétricas envolvidos na natimortalidade.

A sífilis é unanimemente apontada como a principal responsável pela mortalidade na fase pré-natal. Em seu trabalho, importante pelo rigor com que utiliza seus critérios, Mesquita (41) encontra a heredo lues como causa de 42% de todos os óbitos fetais, dado compatível com o de Moraes(28) que a responsabiliza por 42,7% dos óbitos. Correia da Costa (25) encontra um percentual inferior(26%) mas seu estudo conta com recursos diagnósticos mais limitados e alto percentual de causas desconhecidas. Convém salientar que a rubrica "lues" englobava, na época, um cem número de patologias. Muito comumente, prematuridade, malformações congênitas, debilidade fetal, e outras síndromes de etiologia ainda desconhecidas, eram automaticamente diagnosticadas como sífilis. Por esta razão, em alguns trabalhos, como o de Cargom (1), o diagnóstico clínico não encontra respaldo no exame histopatológico e laboratorial.

Apesar de não podermos avaliar o quanto foi superestimado o diagnóstico da lues, sem dúvida ela figura como causa fundamental na natimortalidade, de acordo com achados de autores nacionais e estrangeiros sobre sua prevalência em gestantes e dados comparativos de índices de natimortos antes e após tratamento específico. Aureliano Barcellos(5), através da descrição do serviço de Hygiene Prénatal de Nictheroy, em 1928, fornece-nos indiretamente dados sobre a prevalência da sífilis em gestantes que frequentaram seu ambulatório, ao revelar 30% de positividade nas reações de Wassermann. Trabalhos citados por C. Costa (25), como o de Arnibal Prata, da Fundação Gaffrão-Guinle, revelam redução significativa do número de interrupções gravídicas e do coeficiente de natimortalidade em grupos de mulheres tratados corretamente. Mas a cobertura e eficácia dos programas destinados ao controle da sífilis ainda não se fazia sentir. E a literatura a se referir:

"A mãe é realmente, em toda a parte, a grande responsável de creanças, dentro ou fora do útero, e a grande responsável pela maioria dos macerados; mas isto se refere à mãe recente ou não tratada, abandonada por inconsciência, ignorância ou desleixo. O erro não acontece nas crises sanitárias pelo profissional, tratado convenientemente. O prognóstico realça na parte que a mãe perde o seu lugar de destaque entre as causas de mortalidade. Qualá, si todas as causas de natimortalidade, fossem tão doces ao tratamento, tão facilmente removíveis como o é a... mãe! Solução técnica fácil, mas que encontra na prática, por falta de educação, propaganda e por ignorância, dificuldades enormes como atestam as nossas cópias."

O mesmo autor em seu "Inquérito sobre Natimortalidade no Rio de Janeiro", encontrou que 90% das gestantes mães dos fetos mortos in utero, cujas histórias progressivas revelavam alta prevalência de outros natimortos e abortos, não haviam feito pré-natal e, portanto,

*"juntaram-se inteiramente aos enormes benefícios que proporcionaria o tratamento profilático de infecções e intoxicações mortíferas para o feto - mais especificamente, a sífilis e a eclampsia, responsáveis pela quase totalidade das causas de mortalidade nos macerados."*

A segunda mais importante causa de mortalidade no período pré-natal é tida como sendo a intoxicação gravídica - aí incluídas a albuminúria, eclampsia e descolamento prematuro de placenta normalmente inserida. Correia da Costa (25) encontra 9% de natimortos sob esta rubrica, A Moraes (28) 4,3% e Mesquita (41) revela 4% no título "intoxicações e infecções".

Os dados coligidos a partir de estatísticas de serviços de higiene pré-natal (5) (6), revelaram-nos uma alta prevalência de albuminúria, encontrada como positiva em mais de 10% do total de gestantes inscritas em tais serviços. Segundo depreendemos do estudo dos textos sobre toxemia gravídica, seus mecanismos etiológicos estavam ainda bastante indeterminados, sendo mesmo denominada "zolestia das teorias". Pareceu-nos prevalecer, entre todas, a teoria toxêmica, segundo a qual um veneno fabricado na gravidez seria o agente causador da síndrome eclamptica. O valor dado a dita no controle da toxemia, se justifica na medida em que o importante "... nos casos de toxemia gravídica, é impedir o ingresso de venenos do exterior, de origem alimentar, que agravam a toxemia, neutralizar e eliminar os veno-



nos em circulação" (39).

A maioria dos autores vê a ausência de cuidados prénatais como responsável pela alta letalidade da eclampsia, tanto para o concepto como para a mãe. C.Costa (25) diz

*"... em quasi todos os casos se podem conjurar con sequencias tão graves tanto para a gestante, representada pelo ataque de eclampsia, como para o feto, que poderá a vir succumbir seja pelas lesões placentares proprias da intoxicação ou por phenomenos de outra ordem, como acontece durante as contracções tumultuosas do utero durante o acesso de eclampsia - basta que a gestação seja acompanhada, que a intoxicação seja descoberta nos seus primordios, e regime alimentar apropriado, modo de vida e tratamento adequados sejam instituidos. A falta de cuidados prénataes é sempre desastrosa n'esta occurrencia; é justamente aqui, na lues, viciios pel vicios e de apresentação, que mais frequente, e largamente se faz sentir a ação salutar do parteiro-higienista.*

*Exames sumarios de urina, o pequeno incormção de se prestar á tomada de pressão arterial, uma vez por semana, são o sufficiente para na maior parte das vezes se poder evitar os mais graves acciden-tes de periodo gestativo."*

Além das causas patológicas já citadas, são também discutidas por diversos autores os fatores sociais envolvidos na natimortalidade: o pauperismo, a ignorância, a estafa materna, precárias condições de moradia e outros. A discussão que se trava a respeito das causas da natimortalidade no começo do século pareceu-nos bastante interessante. Moncorvo Filho (44) analisa a questão sob o enfoque das influências disgenésicas ("o individuo é produto da herança") considerando a avaria (lues), a tuberculose e o alcoolismo como os três grandes fatores da degeneração humana. Para José Maria Teixeira, citado por Moncorvo, eram os responsáveis os casamentos consanguíneos muito comuns no Rio de Janeiro, acrescidos a causas como ilegitimidade, falta de educação física, moral e intelectual das mães e desproporção de idade entre os cônjuges. (\*) Fernandes Figueira, contrariamente a Moncorvo Filho, não acreditava que a avaria, o etilismo e a bacilose fossem os fatores mais diretos porque

(\*) Moncorvo Filho também dá importância à educação e diz "Estes certos, como eu, se que a ignorância e o alcoolismo sempre muito e muito concorreram para uma serie de males dos mais temidos e que esbarbam a nossa infancia."





talidade. Só no Inquérito da Liga das Nações (28) a vimos incluída sob a Rubrica "moléstias maternas", esta responsável por 3,8% do total de natimortos. Alvaro Rocha (14), situa a importância crescente do trabalho feminino e suas implicações sobre a saúde da mulher e da criança. Cita, a este respeito, e também o fazem outros autores, a célebre pesquisa de Pinard sobre a influência do trabalho e do repouso sobre o peso ao nascer, cujas conclusões o fizeram assim proclamar no X Congresso Internacional de Higiene em Paris (47)

*"... Sans précaire, m'appuyant sur des faits, et au nom de l'intérêt, de la solidarité, de l'humanité, je propose au Congrès d'adopter le vœu suivant: Toute femme salariée a droit au repos pendant les trois derniers mois de sa grossesse."*

Os ecos da legislação francesa fizeram-se sentir mais tardiamente no Brasil, mas resultaram aqui em leis ainda inaplicadas para o período em estudo.

Em relação às causas que agem no momento do parto, responsáveis por aproximadamente metade dos natimortos, concluímos serem basicamente: a hipoxia, isolada nos casos de descolamento prematuro, placenta prévia, circulares, etc; o trauma obstétrico nas manobras imperfeitas e intempestivas; ou o mais frequente, conjugação de ambos os fatores em trabalhos de parto prolongado por distorcias múltiplas, ósseas e/ou funcionais.

Para o grupo de pesquisas não hospitalares, a discussão da natimortalidade decorrente de causas obstétricas se centra na análise do déficit das condições de assistência ao parto, fundamentalmente através dos curiosos.

Não encontramos nenhum estudo que se referisse a estatística de casos de uma curiosa e que apontasse a prevalência de partos normais, complicados, natimortos, etc. O raciocínio que se verifica nos estudos retrospectivos é que os partos de que resultaram natimortos foram quase sempre assistidos por curiosos, logo são elas as culpadas pelo desfecho fatal. Sendo o parto domiciliar na maioria dos casos - 70% em média segundo alguns trabalhos e entrevistas - parece-nos natural que a curiosa também estivesse presente nos casos complicados - mas assim não era considerado pelos higienistas da época. 1737

As ideias de Corseia da Costa (25), bastante representativas para o período, parecem situar bem a questão da as -

sistência ao parto. Evidencia-se uma tendência a incorporá-la dentro do espaço médico, excluindo curiosas e parteiras. Por outro lado, e contraditoriamente, é insuficiente o arsenal médico e não há saída senão revalorizar o parto domiciliar e reincorporar os curiosos, instruindo-os.

"As curiosas campulam livre e dominadoramente por toda a parte, em todas as condições sociais, desde os barracões do Bimacé-Quente ou do nome de Pendura-Safa, até os palacetos de Botafogo ou bungalow de Copacabana, - A prova é que não existem no Rio de Janeiro tres obstetras que vivam exclusivamente da especialidade. Em ámbrosas oportunidades, as curiosas tiveram interferência cento e trinta e duas vezes, pode-se dizer, por que os dez casos não especializados entre os mortos e macerados, com toda a segurança, não foram internados nem no fim da gestação, nem no inicio do trabalho, nem foram atendidas por médicos; naturalmente a curiosa esteve presente. Em cerca de um quarto dos casos (51) o trabalho correu sob a inteira responsabilidade da curiosa, do começo ao fim; apenas em dez vezes o médico parteiro se encontrou em igualdade de condições. É manifestamente sinal de atraso, de apego à tradição avocada, nos tempos d'antanho, essa preferência pelas curiosas, essa autonomia feminina ao parto. Na alta sociedade o phenomeno não é frequente; na classe média e baixa é a regra. Por muito tempo, não demos importância às curiosas como factor de mortalidade. Certo, varias vezes observamos no hospital malefícios graves provocados por ellas, mas o facto não se nos impôs á attenção. A actuação da curiosa é geralmente nula, inteiramente passiva, meramente contemplativa e a expectação inconsciente, prolongada, á outrance: outras, recorrem a puzes e abortivos ou condemnadas por incompetencia e perigosas. Infelizmente a pituitirina já faz parte do seu arsenal therapeutic. A curiosa é geralmente inteiramente ignorante dos mais elementares preceitos da assistência ao parvo. Grande multipara, começou attendendo á geração nova da primeira familia, nos vizinhos, amigas e conhecidas; tinha inclinação para o officio, e assim se fez curiosa. Ignora os preceitos mais rudimentares da assistência ao parvo - lava muito mal as mãos ao chegar á casa da parturiente, não diz lo se coçam, trem em tudo e se repetem integralmente da accpsta. Mas, passaram a guisa de mãe !!! No campo da assistência de parteiras, se conduzem ao mais completamente á parte, curadas e educadas; ainda bem que se parecem com as mães nos seus filhos das que não curam !!! A curiosa, em geral, não reconhece o seu papel, e quer que parte possa prolongar a sua actuação, e especialidade em que o profissional não se dá ao trabalho de ensinar a curiosa. A curiosa, em geral, não reconhece o seu papel, e quer que parte possa prolongar a sua actuação, e especialidade em que o profissional não se dá ao trabalho de ensinar a curiosa.

Via de regra, só pedem socorro, aconselham ninguém, consideram o caso acima das suas possibilidades, na hypothese de hemorragia, prolapso de cordão e nas apresentações transversas, com prolapso de braço. As, sim mesmo, em uma das nossas observações, a curiosa, em caso de torção viciosa de placenta, deixou uma pobre parturiente sangrar durante três dias e três noites, sem pedir auxílio, sem dar um passo para resolver a situação.

As mais das vezes, é a família que impressionada com a demora do trabalho, se alarma e providencia a remoção para hospital ou chuvia mãe. Infelizmente, algumas vezes, raras na verdade, o deficit de assistência se estendeu até o hospital. Parturientes chegadas à noite, já extenuadas por trabalho prolongado, só no dia seguinte, eram examinadas pelo medico - d'onde resultava intervenção tardia - feto morto. Ali como aqui, em qualquer d'essas favellas, as practicas as mais anachronicas, condenaveis e perigosas estão em franca usança. Fomentações diversas no ventre, pressões rythmadas na parede posterior da vagina como estimulante uterino, mais raramente soprar em garrafas para facilitar a progressão; curativos de umbigo como óleo de copahyba, pó de marra, teia de aranha, folha de fimo, amuletos, sympathias e mil artificios que a ignorancia e a superstição engendram - são de practica corrente. Não somos amigos nem inimigos das curiscas, vemos os perigos que a sua ignorancia acarreta e os denunciámos. Reconhecemos que são, geralmente, creaturas boas, accepidiças, não gananciosas, que exercem o officio muitas vezes, com sacrificio, perdendo noites e noites para receber compensações irrisorias e ridiculas, que variam de 20 a 100\$000.

Sómente depois que entramos para o Serviço Prenatal do D.N.S.P. e depois que começamos fazer o presente inquerito, foi que pudemos medir a extensão do perigo representado pela curiosa, que pudemos ver até que ponto a maternidade se encontra desamparada na nossa terra, já não digo no interior do país, mas na sua capital, no centro de maior cultura, civilização e progresso - no Rio de Janeiro.

Em relação a assistência à maternidade nos encontramos em situação não muito distante da que é peculiar a localidades mais longinquoas do nosso ... hinterland; e pouco melhor que por occasião da Independencia. Pode-se dizer que, neste particular, o sertão começa a tres kilometros da Avenida Rio Branco.

Reconhecemos tambem que na situação em que nos encontramos predominantemente dycesivo é a prohibição do exercicio da profissao de curiosa. Ao fazer, ei não temos meios sufficientes nas maternidades; se os médicos e parteras não facultam a ellas a possibilidade de exercer a profissao, a curiosa não tem como exercer a profissao. Por isso, em muitos a curiosa do D.N.S.P., ao proceder pedida do medico ou partera, não se dá ao trabalho de fazer a parte da curiosa, mas sim de fazer a parte da curiosa. Em outros que é muito difficil fazer a parte da curiosa em condições adequadas.









*São os casos de imperícia, devidos à incultura alg  
mas vezes, mas também função da ousadia e do menos  
prezo que se tem pela vida alheia."*

Mas retomemos à análise de outros trabalhos sobre natimortalidade, agora referentes a estatísticas hospitalares. O primeiro ponto, a nos chamar a atenção foi o fato de revelarem coeficientes globais de natimortalidade semelhantes aos da população como um todo, em torno de 70/1000 nascimentos (12) (36) (35).

Tal fato poderia se justificar ao pensarmos que o hospital, na época, representava o lugar de recursos extremos, para onde convergiam os casos mais graves. E algumas evidências nos fazem acreditar que isso realmente acontecia. Correia da Costa (25), por exemplo, encontrou em seu estudo que 38% das gestantes cujos partos resultaram em natimortos tiveram atendimento inicialmente por curiosos e foram depois levados para o hospital. Mas o mesmo autor, em outro momento afirma:

*"Com efeito, muitas gestantes que procuram as maternidades poderiam dar à luz em domicílio; casos naes de múltipares bem conformados, com apresentação normal, constituem, por assim dizer, o peso morto das maternidades..."*

Relatos da época nos indicaram que a situação variava de hospital para hospital, em função da existência ou não de consultórios de higiene prénatal acoplado. Assim, gestantes que faziam prénatal em ambulatórios anexos à determinadas maternidades, tinham maior chance, independentemente de surgirem complicações no parto, de aí garantir suas vagas. Tais relatos nos fizeram entender o grande número de partos normais espontâneos não complicados que encontramos em alguns trabalhos, realizados exatamente em serviços que também dispunham de ambulatório de prénatal. Mas não nos explicavam a semelhança dos coeficientes de natimortalidade intra e extrahospitalar, principalmente quando pensávamos que, fora do hospital, era alta a prevalência de partos assistidos por curiosos, tão frequentemente incriminados por sua incompetência.

Procuramos, então, pesquisar as condições de assistência ao parto nas maternidades. Para tanto, tentamos encontrar estatísticas hospitalares que nos permitissem inferir sobre a qualidade do atendimento ao parto e os recursos técnicos utili-

zados. Devemos salientar, a esse respeito, que encontramos poucos artigos baseados em estatísticas de casos, e quase sempre referidos a um mesmo serviço e feitos por iniciativa particular. Apresentamos e discutimos, a seguir estatísticas referentes à Maternidade do Rio de Janeiro, realizadas no período 1904-1916, por diferentes internos e assistentes do serviço e apresentadas ao 1º Congresso Médico Paulista.

O primeiro ponto que merece reflexão é a baixa frequência de intervenções obstétricas encontrada, e que deve ser analisada, inicialmente, à luz do espírito conservador em que se baseava a técnica obstétrica.

Analisando os dados disponíveis sobre distorcia pélvica no Brasil, Fernando Magalhães(43) afirma

*"Dire-se-á que as nossas tradições não informam a frequência das grandes intervenções obstétricas que se notam nos centros europeus; este conceito melhor explorado no estudo do prognóstico é artificial, por quanto o preparo de uma compreensão ultraconservadora da obstetrícia nacional que deu focos de grande ciência à inactividade não raro finalizando na destruição..."*

Assim é, que dos 921 casos diagnosticados de distorcia pélvica no período 1904-1916, 82,8% foram partos espontâneos com mortalidade fetal de 8,8%, 30,4% e 66% para os vícios de I, II e III graus, respectivamente. Vale assignalar a elevada frequência de partos espontâneos no vício de II grau e a natimortalidade resultante, principalmente quando comparada a mortalidade verificada com outras intervenções, como a Cesárea.

Tabela 12 - NATIMORTALIDADE NO VÍCIO PÉLVICO

Vício Pélvico	Parto Espontâneo		Fórceps Baixo		Fórceps Alto		Cesária	
	Freq.	Mortal. Fetal	Freq.	Mortal. Fetal	Freq.	Mortal. Fetal	Freq.	Mortal. Fetal
1º grau	90,8%	8,8%	2,3%	13,7%	2,8%	30%	1,6%	8,3%
2º grau	57,5%	30,4%	2,5%	20%	5,5%	27%	21%	2,3%
3º grau	33%	66%	-	-	-	-	-	-

Ponto: (43)

Os índices decrescentes de natimortalidade para cesária nos diferentes graus de vício aponta, a nosso ver, as consequências de sua indicação tardia, principalmente nos vícios de I grau. Da mesma forma justificamos os índices para fórceps baixo serem superiores do que os para parto espontâneo no vício de I. grau. Nosso raciocínio de intervenção tardia parece ser compatível com os dados de Lazary(35) que verificou em 38 aplicações de fórceps ser o sofrimento fetal, indicação 35 vezes. Tal achado é compatível com as estatísticas de Cyrino(34) sobre as indicações e consequências do uso do fórceps de 1904 a 1916 na Maternidade do Rio de Janeiro. O autor encontra um coeficiente de praticabilidade em torno de 3% para o total dos partos verificados, reduzidíssimo quando comparado às estatísticas estrangeiras, confirmando-nos a baixa prevalência de intervenções obstétricas entre nós. Em relação ao estudo das indicações do uso do fórceps, encontra o sofrimento fetal incluído em 56,8% e 51,9% das indicações no fórceps baixo e alto, respectivamente, o que justifica a nosso ver, os altos índices de mortalidade fetal, por ele verificados: 46,4% no fórceps alto e 27,2% no baixo, incluídos os fetos em morte aparente. Martinho Guimarães (33) em seu trabalho sobre embriotomias, considerados por Fernando Magalhaes "o epílogo das operações intencionalmente conservadoras", encontra que em 53,8% dos casos em que foi praticada, por indicação exclusiva de feto morto, o parto havia sido natural. Assim se refere o autor aos seus achados :

*"...42 fetos morreram no serviço em trabalho de parto, natural, exclusivamente devido à expectação demasiada e consequentemente destes 42 partos, 11 parturientes pagaram com a vida tão científico princípio..."*

*"...não é trivial que, ..., a expectação demasiada, a suspensão dos actos operatórios, continue a victoriar a - sem a de qualquer prophylaxia, por falta exclusiva de observação e de conhecimento dos progressos que nesses últimos tempos tem tido a obstetrícia..."*

O grande progresso para o período parece-nos representarem as novas técnicas utilizadas na intervenção cesariana, que permitiram, pela redução mortalidade materna, sua indicação mais frequente e mesmo relativa. Para o início do século a mortalidade materna é de 50% e menos de vinte anos depois Fernando Magalhães a reduz para 17% com o recurso da drenagem metálica sintética e a remoção da cavidade abdominal com lencóis de....

Caoutchouc (45).

Os dados referentes a morbidade materna, com alta prevalência de puerpérios febris, roturas perineais, vaginais e cervicais (46), acrescidos aos apresentados sobre natimortalidade, nos fizeram crer que o atendimento ao parto, no ambiente hospitalar, ainda deixava muito a desejar. Ousaríamos mesmo dizer que talvez não diferisse muito do domiciliar prestado por curiosos e parteiras. Mas relatos da época nos indicaram que o atendimento aos partos nas maternidades era, em sua maioria, feito por acadêmicos e internos auxiliados, quando necessário nos partos complicados, pelos médicos do staff.

A modificação do perfil de morbimortalidade materna e fetal verificada na Maternidade do Rio de Janeiro (46), a partir da gestão Magalhães, que imprime nova aceleração ao serviço pela alteração dos padrões de ensino e adoção de novas rotinas e técnicas, parece-nos confirmar o papel da formação obstétrica deficiente como um dos determinantes da má qualidade da assistência intrahospitalar ao parto, pelo menos até 1915.

/rhf.

"A P O L Í T I C A D O T R A B A L H O F E M I N I N O

- Contribuições primeiras à história  
do trabalho feminino no Brasil.

Sherrine M. Njaine Borges

1746

## A POLÍTICA DO TRABALHO FEMININO

### I - APRESENTAÇÃO

Dentro da ampla problemática do trabalho feminino e da organização da vida familiar focalizaremos, a partir do levantamento de dados históricos da formação social brasileira, as formas de inserção da mulher na produção social, utilizando os recursos teóricos recentemente publicados por cientistas sociais brasileiros e latino-americanos. Não é necessário insistirmos aqui sobre a relevância que o tema em geral possui, tanto no que se refere aos seus aspectos teóricos, quanto àqueles referidos às investigações empíricas. Objeto de análise recente, a natureza da força de trabalho urbana feminina tem sido investigada e estudada, por vários autores, entre os quais SINGER (1977), MACHADO NETO (1978), BLAY (1975), JELIN (1976), BARROSO (1978), SAFIOTI (1976), MEILASSOUX (1977), RANDALL (1976), MITCHELL (1971) e MACEDO (1979).

Tais autores, ao procurarem compreender e explicitar a especificidade da força de trabalho feminina tanto no Brasil quanto na América Latina e em outros países, levantam uma série de dificuldades.

Ao apontarem as limitações e a utilidade dos conceitos teóricos mais usados nesta análise, chamam a atenção para a necessidade de melhor precisá-los. Assim, merecem ser ainda melhor discutidos os conceitos de mercado informal de trabalho, sub-emprego e desemprego disfarçados, marginalidade, trabalho produtivo e improdutivo, etc.

Indicam, também, parecer essencial a multiplicação de investigações empíricas que permitam identificar a forma real de inserção do trabalho feminino nos diferentes modos de produção e a caracterização histórica de seus interrelacionamentos, bem como estabelecer como se manifesta na prática, a contradição entre as funções de produção e reprodução nas diferentes classes sociais.



Entretanto, a necessária crítica de alguns enfoques teóricos utilizados, e o aprofundamento das teorias que se utilizam dos conceitos de modo de produção e unidade produtiva, implicaria também no aprimoramento dos indicadores estatísticos. Embora no Brasil, o trabalho feminino no setor industrial, de comércio e serviços, seja apresentado com alguma fidelidade pelas estatísticas dos censos nacionais, restam alguns tipos de atividades que permanecem "invisíveis", subestimadas, em termos censitários. É necessário que esforços sejam investidos neste aspecto, de forma a permitir uma visão mais global e realista do lugar da força de trabalho feminina na organização social da produção.

Tentaremos, assim, ao lado de dados por nós recolhidos em documentos históricos e censitários, agregar alguns aspectos mais recentemente apontados por investigações sociológicas, antropológicas, que identificam situações de sobrevivência de trabalho, que não conseguem ser identificadas e mapeadas pelo meio usual de coleta de dados estatísticos.

Se, por um lado, pretendemos acompanhar na história da formação social brasileira as situações concretas de inserção e participação feminina na força de trabalho, tal pesquisa, alinhando-se às colocações dos autores inicialmente citados, tem, neste momento, preocupações de mais levantar problemas, trazendo algumas informações sistematizadas, do que definir soluções e respostas, para uma questão talvez ainda não bem colocada.

Finalmente, gostaríamos de dizer que, embora reconheçamos existir vários pontos comuns na análise do trabalho da mulher em área urbana e rural a ser a divisão entre força de trabalho urbana e rural até certo ponto arbitrária, a única justificativa para a escolha da problemática urbana do trabalho feminino é a facilidade de exposição e discussão da especificidade de cada situação.

## II - UMA REVISÃO DA LITERATURA ATUAL

Juliet MITCHELL em "Las mujeres: La Revolución más larga" (New Left Review, novembro/dezembro de 1966) disse:

"La situación social de las mujeres difiere de la de cualquier otro grupo social. Esto es porque no constituyen una de varias unidades aisladas, sino la mitad de una totalidad: la especie humana. Las mujeres son esenciales e irremplazables; por ende, no puedan ser explotadas del mismo modo que los otros grupos sociales. Son fundamentales para la condición humana y, sin embargo, en sus funciones económicas, políticas y sociales, son marginadas. Es precisamente esta combinación fundamental y marginal a la vez la que les ha sido fatal ..."

A finalidade principal desta revisão é sistematizar alguns trabalhos teóricos, realizados recentemente no Brasil e em outros países, que procuram explicitar a especificidade da força de trabalho feminina em áreas urbanas.

Visamos aqui autores que nos pareceram mais representativos nesta discussão e que procuram criticamente fornecer subsídios para uma compreensão mais real da história da participação feminina, na organização social, através da análise da teoria relativa à força de trabalho feminina e dos conceitos mais usados no tratamento desta discussão.

Ao falarmos de trabalho da mulher, é importante ressaltarmos que não nos referimos apenas à produção de bens e serviços, mas também à manutenção biológica e cultural da espécie humana. Tal ângulo, nos permitirá melhor compreendermos a dinâmica específica do trabalho da mulher.

Para iniciarmos a bibliografia focalizada para esta revisão escolhemos o trabalho de PAIVA ABREU, HELENO DA SILVA E CARPELLIN

(1978), que nos apontam alguns dados sobre a situação da força de trabalho feminina na América Latina, dos quais nos podemos valer:

"... a entrada de mulheres na força de trabalho responde a variáveis diversas, como idade, nível de instrução, estado civil, número e idade dos filhos, bem como demanda de mão de obra e renda do marido, além de fatores culturais importantes que apontam para a necessidade de estudos históricos nas várias unidades nacionais que compõem a região. Sua participação nas diferentes dimensões sociais e econômicas difere da dos homens, geralmente de forma desvantajosa. (...) As taxas de atividade da mulher alcançam sua expressão máxima por volta dos 20 anos. Matrimônio e filhos são a explicação mais corrente para a brusca queda que se segue, com uma estabilização posterior aos 40 anos. Ou seja, parece que a mulher quando se retira do trabalho permanece fora do mercado daí por diante, seja pela alta fecundidade, seja porque não encontra oportunidades de trabalho. Traço dos mais relevantes do emprego feminino na América Latina é a baixa participação da mulher casada (...) entretanto, quando o trabalho é fonte indispensável da renda familiar, é provável que permaneça no mercado de trabalho mesmo com a presença dos filhos, ainda que sua forma de inserção possa mudar qualitativamente, geralmente para pior, no sentido de desligar-se de ocupações estáveis e passar a exercer atividades intermitentes e instáveis".

Para CHANG e DUCCI (1976), conforme citação das autoras, à medida que a importância relativa do setor agrícola nas economias nacionais diminui, as oportunidades ocupacionais para as mulheres se restringem, uma vez que não houve nas últimas décadas um substancial aumento das oportunidades no setor industrial, que ao contrário tendem ao declínio, enquanto o setor de serviços individuais e comércio ambulante, têm permanecido constantes.

O trabalho da mulher, não está concentrado nos pontos mais dinâmicos da economia e sim nas categorias que compõem o

chamado setor de serviços produtivos. No Brasil, a agricultura ainda é fonte importante de trabalho para a mulher, e a indústria também incorpora progressivamente mais mulheres.

Mas, chamam a atenção as autoras, que a maioria das trabalhadoras estão em atividades transferidas, que são um prolongamento do trabalho do lar - elaboração de alimentos e bebidas, têxteis, vestuário, serviços de limpeza, etc.

Para CHANG e DUCCI, conforme as autoras, existe uma relação inversa entre a participação feminina e o grau de modernização da unidade produtiva. A mulher encontra ocupação nas empresas que incorporam menos tecnologia, onde o capital investido por pessoa é mais baixo, o salário é menor e a capacitação profissional exigida é quase nenhuma. Nas atividades industriais que requerem proporção mais elevada de mão-de-obra qualificada, em função de processos de transformação mais complexos (empresas modernas), as mulheres só têm acesso às ocupações de tipo administrativo ou aos processos finais, que têm mais um caráter de serviços, do que de produção de bens. Ocupam também as mulheres, postos de menor responsabilidade, menores perspectivas de promoção, tarefas que não requerem compreensão técnica, fragmentárias, repetitivas, monótonas.

Como modo de solucionar a necessidade de harmonizar o trabalho doméstico e o desempenho profissional, um grande número de mulheres, adota a fórmula do trabalho a domicílio, que varia em função da demanda do empregador, não sindicalizado, não coberto pela previdência e em geral de baixa remuneração. No setor terciário, que engloba tanto atividades de comércio quanto de serviços, o campo de possibilidades ocupacionais para a mulher adquire maior relevo. O comércio atrai a força de trabalho feminino em proporções que na maioria dos países da América Latina gira em torno de 15%. Só no Brasil e República Dominicana esta proporção baixa para 60 de mulheres ativas.

Nas atividades de comércio, a mulher em geral trabalha, na venda direta ao público, bem como nas atividades financeiras, bancárias e de seguros, mas sempre em postos rotineiros, que dado

o caráter flutuante do comércio, traz como consequência a contratação esporádica de mulheres, sem estabilidade ou garantias. Nos serviços, as possibilidades ocupacionais para as mulheres, ganham maior alargamento. Conforme as autoras, em todos os países da América Latina, salvo o Peru, a metade das ocupações deste ramo de atividades é exercida por mulheres. No Brasil, vai além (55%), bem como Argentina (54%), Colômbia (58%) e Panamá (61%).

Outros setores, abandonados pelos homens, como educação e serviços de bem estar social, vêm mantendo proporções cada vez mais elevadas de mulheres. Hoje, as mulheres na América Latina, perfazem a maior parte dos professores primários e secundários, mas não superiores, bem como a maior parte do pessoal paramédico.

Outra parte importante, do setor serviços, que vêm oferecendo oportunidades de ocupação às mulheres, está nos empregos de escritório, onde as ocupações de mecanógrafas, secretárias, digitadoras, recepcionistas, telefonistas e outros empregos administrativos de baixa hierarquia, são quase monopólio feminino.

Para as mulheres de baixo nível de educação formal; os serviços pessoais são as estratégias ocupacionais por excelência. Salvo aquelas que conseguem uma especialização e se ocupam como cabeleireiras, manicures, costureiras, doceiras, a maioria se encaminha para o trabalho doméstico. Finalizam, as autoras, que este numeroso setor tende a diminuir à medida que a economia evolui.

O quadro acima descrito, não faz mais do que confirmar o consenso sobre a posição da mulher nas sociedades contemporâneas, enfatizando a descontinuidade do trabalho feminino, enquanto para os homens a trajetória de emprego é praticamente contínua.

Além disso, apesar do aumento da participação feminina nas atividades econômicas nas últimas décadas, a maior parte da mão-de-obra feminina se concentra em setores tradicionais, em ocupações de baixa remuneração e status. "Assim, parece ser geral a tendência à estagnação da participação feminina nas atividades seculares, apesar do crescimento de sua participação no setor privado".



Diversos trabalhos que utilizam dados censitários para delinear o quadro do emprego feminino, têm merecido observações de alguns autores brasileiros sobre as dificuldades tanto de coleta dos dados quanto de análise dos mesmos, no que se refere a um retrato mais ideal e generalizante do que real da situação de emprego feminino.

Autores como SINGER e MADEIRA (1975), comparando os dados do Censo de 1970 com os da PNAD, chegaram à conclusão de que no Censo a subestimação do número de mulheres na força de trabalho em atividades não-agrícolas foi da ordem de 30% e que "... as maiores disparidades localizam-se predominantemente no setor terciário da economia, e em especial nos serviços de Consumo Individual, onde se localiza a prestação de serviços e exatamente onde existe maior possibilidade de combinar atividades domésticas e atividades produtivas".

Assinalam também a impossibilidade de distinguir o artesanato da produção fabril, separação importante para qualificar o trabalho feminino, no setor secundário. Realçam a necessidade de melhor se precisar e delimitar as categorias ocupacionais específicas das mulheres e suas formas de combinação com o trabalho doméstico, que ausente dos Censos é visto como "não-produtor de bens".

Outros estudos como o do MINISTÉRIO DO TRABALHO (1976), LEWIN (1977) e BLAY (1978), permitem chegar a conclusões semelhantes que apontam a concentração das mulheres nas ocupações de níveis inferiores e mesmo quando as mulheres são altamente qualificadas em geral se localizam, na indústria paulista (BLAY) em funções burocráticas, administrativas e não diretamente ligadas à produção.

Constatamos assim, que muitas vezes o nível de agregação dos dados, pode levar a um desenho infiel da realidade. Parece importante a desagregação de certas categorias, por demais abrangentes, de forma que os dados censitários possam alcançar uma maior identificação e delimitação do chamado "setor formal" e "setor informal" urbano da economia. MADEIRA (1977), questiona as próprias categorias utilizadas pelos censos, procurando rever



teórica-ideologicamente a definição do conceito de "força de trabalho", em relação às atividades femininas.

Segundo a autora "... no fundo, o que mede de fato o conceito de Força de Trabalho assim definido é o avanço do capitalismo, ou seja quantos indivíduos já foram incorporados à sua crescente tendência de comercialização e monetarização das relações sociais, tendo como protótipo a venda da força de trabalho transformada em mercadorias. (...) Ocorre que o fetichismo do mercado e do dinheiro transforma os indivíduos ocupados em atividades que envolvem comercialização do produto e remuneração nos únicos responsáveis pela produção social, colocando em contrapartida os restantes na situação de seus dependentes. (...) Entretanto, se nas sociedades altamente industrializadas, as relações de trabalho se caracterizam pela relação contratual de emprego e compreendem a produção de bens e serviços para consumo familiar, nas sociedades de desenvolvimento dependente a maior parte do trabalho feminino concentra-se em atividades que embora sejam extra-lar, desenvolvem-se dentro de limites dos domicílios".

Segundo a autora, essa diferença tão acentuada deve ser considerada na classificação da população economicamente ativa feminina. Apresenta algumas hipóteses da razão da não contabilização por parte dos dados estatísticos, das atividades orientadas ao consumo e produção doméstica, desempenhadas no âmbito domiciliar e quase sempre pelo grupo feminino, que são: a) a falta de remuneração destas atividades; b) a não inserção no mercado; c) a natureza do trabalho. Mas, considera que estas peculiaridades não são suficientes para explicar esta não inclusão. Para a autora, a exclusão nas estatísticas, destas atividades seria resultado do caráter fetichista do capitalismo, que encobre e mascara a função da reprodução da força de trabalho. "... Ao se classificar o trabalho doméstico como um não-trabalho, se mascara o fato de que um trabalho adicional, colocado fora de circuito monetário do sistema, é um elemento importante na própria sobrevivência do trabalhador e seus dependentes". Esta argumentação da autora, que procura inserir o trabalho doméstico nas atividades fundamentais de produção

deixa implícita uma nova formulação de população economicamente ativa, na qual trabalhar ou não, se define em função de contribuir ou não para a sobrevivência do grupo familiar, que é entendida como sobrevivência histórica.

Coloca também em discussão a delimitação das funções da família, que tradicionalmente, foram analisadas como sendo funções biológicas e ideológicas. No entanto, diz a autora "isto não elimina que possua também funções econômicas na sociedade capitalista igualmente importantes e estratégicas".

Quanto à manipulação dos dados empíricos a autora propõe que além das análises convencionais que se limitam a quantificar a importância relativa de fatores individuais e familiares para as mulheres inseridas em atividades remuneradas ou não, se acrescenta a este procedimento informações relativas aos modos de produção em que estão inseridos os diferentes membros adultos da família, subdividindo ainda as famílias segundo o nível de renda.

Vemos então que existe uma série de atividades urbanas não captadas pelos censos (atividades artesanais, trabalhadores por conta própria, indústrias a domicílio, trabalho doméstico não remunerado, etc.), consideradas um não-trabalho.

Só recentemente alguns autores passaram a considerar o trabalho doméstico na análise da força de trabalho feminino.

Passaremos agora a ver, inicialmente alguns trabalhos, que sem necessariamente enfocarem a especificidade do trabalho feminino, trouxeram contribuições, que devem ser levadas em conta em qualquer análise da força de trabalho feminino. Em seguida, tentaremos ver as análises teóricas que especificamente trabalham a força de trabalho feminino.

Alguns estudos teóricos tentaram analisar a estrutura de emprego em países latino-americanos correlacionada ao estudo do processo de desenvolvimento econômico das diferentes regiões. Tais ensaios, ao chamarem atenção para as características do processo de industrialização desses países, trouxeram algumas contribuições que serão apontadas posteriormente por outros autores, para a discussão

do trabalho feminino, apesar de não discutirem a especificidade da situação feminina, ligada à sua dupla função de produtora e reprodutora da força de trabalho.

Apontam estes estudos que a absorção da mão de obra urbana em potencial não se deu de forma homogênea em todos os setores e ramos da economia, verificando-se que, ao mesmo tempo que se diminuía o percentual da população ativa agrícola, havia um aumento substancial de empregos no setor de serviços, enquanto a mão-de-obra incorporada nos demais setores permanecia, de modo geral, relativamente a mesma.

Tal situação levou à emergência de um setor cada vez mais amplo que se acha alijado dos benefícios econômicos e sociais decorrentes do processo de desenvolvimento de um país. Esses setores passaram a ser objeto de estudos e discussões de cientistas sociais, sob diversas denominações: populações ou setores marginais, setores de extrema pobreza, classes baixas, e mais recentemente, setor informal. O trabalho feminino era englobado dentro desta problemática, mas sem se fazer referência direta e específica ao problema.

Situadas as formas como vem sendo colocada a questão do trabalho feminino, achamos importante, nesse momento, discutir criticamente como se apresenta o conceito de marginalidade, sem a pretensão de uma análise e revisão extensivas do tema, o qual, aliás, já foi exaustivamente trabalhado por diversos autores (KOWARICK-1977), (BERLINK- 1975), (PEARLMAN- 1977), (CARDOSO- 1971) entre outros.

Como se pode observar, o conceito de marginalidade nas diversas teorias em que se apresenta, adquire conteúdos diversos como marginalidade ecológica, social e econômica. Mas, parece existir entre estes conteúdos, um traço comum, na abordagem básica, além de aspectos específicos privilegiados por uns e outros. Conforme QUIJANO (1966), todos estes conteúdos apontam em geral, para um problema único: a falta de integração em. Ao tentar criticar as consequências deste enfoque teórico, sugere que "...a marginalidade instala-se como um modo particular de pertencimento e de parti-

cipação, na estrutura geral da sociedade, de um conjunto de elementos ou de um conjunto de membros. (...) a marginalidade social consistiria em um modo limitado e inconsistentemente estruturado de pertencimento e de participação na estrutura geral da sociedade, seja a respeito de certas áreas dentro de suas estruturas dominantes ou básicas, seja a respeito do conjunto destas, em todos ou em parte de seus setores institucionais. (...) Assim sendo, po de-se falar de um modo de marginalidade por desajuste em algum se tor, básico ou não, da estrutura da sociedade; e de um modo radical de marginalidade, que resulta da natureza mesma da estrutura global da sociedade e que não consiste num problema de ajuste ou adaptação-inadaptação a uma determinada estrutura, mas num confli to radical entre as duas formas de existência".

O que nos interessa mais de perto, para a discussão do trabalho feminino, são alguns debates atuais do conceito de margi nalidade, que tentam esclarecer a crítica principal de uma visão dualista das sociedades subdesenvolvidas, dependentes.

KOWARICK (1977), clarifica alguns aspectos teóricos, na sua discussão sobre capitalismo e marginalidade. Coloca que a posição entre trabalhadores marginais e assalariados pode ser entendida como resultante de uma única lógica estrutural de tipo capitalista, que reúne formas desiguais e combinadas e que, ao se expandir, recria modalidades arcaicas (principalmente o artesanato e a indústria a domicílio) originando "novas" formas "tradicionais" na divisão social do trabalho. Enfatiza que esses tipos de trabalhos são não apenas constantemente fecundados pelo sistema capitalista como também estão a ele estruturalmente articulados. O modo de trabalhar teoricamente o conceito de marginalidade, por este autor, em termos do processo de inserção do sistema produtivo, descarta certos critérios utilizados por outros teóricos da marginalidade, para os quais o baixo nível de remuneração, a baixa qualificação, a instabilidade do trabalho, as más características de suas habitações, a má alimentação, as famílias numerosas, entre outras características, constituem os aspectos básicos de i dentificação empírica e definição. Tais autores vêem estas caracte



rísticas resultando em precários padrões de consumo material e cultural, por parte dos "grupos marginais".

Para KOWARICK (1977), o conceito de marginalidade é colocado em termos de processo de inserção do sistema produtivo. "... o importante a reter na caracterização de trabalho aqui desenvolvido é a forma de inserção nas estruturas produtivas (...) Não é portanto, o grau de usufruto do "produto social" que está em jogo. Na hipótese de os grupos marginais terem um "nível de vida" semelhante ao dos assalariados como situação regular e estável de trabalho, nem por isso deixariam de ser definidos como marginais, a não ser que se tome como critério classificatório básico a remuneração e não a forma de inserção no sistema produtivo, o que nos parece uma caracterização que não atinge o cerne do problema".

Ao salientar a ênfase no interrelacionamento entre o capital e formas "arcaicas" ou "tradicionais" de produção, no processo de acumulação capitalista, o autor indica na mesma direção de outros autores, que serão vistos adiante. Argumenta, que apesar do excedente gerado pelo trabalho marginal parecer ter uma participação pequena na formação do produto global, o conjunto de serviços e produtos originários dos "setores marginais" pode jogar um papel importante no processo de acumulação capitalista, proporcionando uma "infra-estrutura de custos" altamente compensadora na medida em que leva a um barateamento da força de trabalho. Criticando a oposição feita por alguns teóricos da marginalidade entre massa marginal e "exército industrial de reserva", argumenta que tais trabalhadores guardam uma estreita relação com o ciclo de expansão do capital, continuando a desempenhar o "papel" de exército industrial de reserva. Tais posturas teóricas e suas relações, serão adiante desenvolvidas por outros autores, diretamente relacionados com o trabalho da mulher.

Mais recentemente, o conceito de "setor informal" vem (principalmente na área da economia) substituir, o de marginalidade, para a análise do problema do emprego nos países dependentes.

As análises que o utilizam distinguem um setor formal, constituído principalmente pelas empresas e atividades produtoras

de bens e serviços, de tipo oligopolista, que exigem demanda limitada de mão-de-obra, e um setor informal, de caráter mais competitivo e onde a demanda de mão-de-obra é menos restrita (assinalando a magnitude desse problema nas áreas urbanas).

Conceitos como sub-emprego e desemprego disfarçado estão presentes nestas análises, mesmo que os autores assinalem a dificuldade de descrição e quantificação do fenômeno.

VILLAVICENCIO (1976), citada por PAIVA ABREU, RIBERIO DA SILVA, CAPPELIN (1978), enfatiza que a simples distinção de dois setores diferenciados dentro da economia urbana não é suficiente, podendo levar a uma visão dualista semelhante àquelas de alguns teóricos da marginalidade. Pretendendo avançar mais, VILLAVICENCIO (1976), afirma que o setor informal é um setor econômico que estabelece relações de dependência e subordinação ao setor hegemônico, com o setor formal dominante, relações estas que poderiam ser chamadas de funcionais. A população do setor informal se constitui num setor integrado no sistema e necessário para sua manutenção, enquanto representa e ocupa um espaço dentro da heterogeneidade estrutural que possibilita o desenvolvimento e o crescimento (acumulação capitalista) do setor hegemônico. Retomando o problema do exército industrial de reserva, afirma a autora, que o setor informal cumpre esse papel (representando parte importante do mesmo), fundamentalmente sob a forma "intermitente" do exército industrial de reserva.

Assinala que o setor informal compreende um conjunto heterogêneo de atividades, desde empresas onde o capital e o trabalho não estão dissociados (trabalhadores por conta própria) até atividades onde se estabelece uma relação capitalista /assalariado muito incipiente (trabalhadores de micro-empresas ou certas atividades do setor serviços). Chama a atenção para a complexidade de quantificação do setor informal e a necessidade de se discutir mais profundamente conceitos como micro-empresas, trabalhadores familiares, etc...

Alguns trabalhos de investigações sociológicas e antropológicas, têm trazido ricas contribuições no sentido de se discu



tir tanto a especificidade das situações concretas, como os conceitos utilizados para entendê-las, analisando-os criticamente, tais como os conceitos de marginalidade, setor informal, sub-emprego, etc., como os de SILVA (1971), LOPES (1971), MADEIRA (1977), RIBEIRO (1977), SINGER (1974, 1976), PRANDI (1978). Enfatizam a necessidade de se procurar entender o interrelacionamento entre o capital e outras formas de organização de produção de tipo não-capitalista. Ainda que nos países latino-americanos, de um modo geral a complexa estrutura das sociedades, se acha organizada com o dominante capitalista, isto não implica na ausência de modos de produção não-capitalista, que estabelecem relações de dependência com o modo capitalista dominante.

Assim, PRANDI (1978), analisando o trabalhador por conta própria sob o capital, afirma que sua característica principal está exatamente na contradição que resulta do fato de não ser parte das relações capitalistas de produção mas não poder ser explicado a não ser como resultado da acumulação capitalista. Tal paradoxo o autor procura resolver, através de uma análise não somente centrada no processo de produção, mas no processo de produção de uma sociedade capitalista, onde o trabalhador autônomo é tomado como elemento de reprodução das classes sociais.

Afirma, o autor que: "... A idéia central que orientou a demonstração da tese é a de que o trabalhador por conta própria não produz somente bens e serviços para o mercado de bens e serviços, mas produz também força de trabalho barata para o capital, colaborando para a produção e reprodução do proletariado em geral". Segundo o autor, no entanto, essa afirmação não elimina o caráter "arcaico" do trabalhador por conta própria, pois em essência e em forma ele não é próprio do modo de produção capitalista.

Desta forma, vemos como estudos sobre alguns tipos de ocupações específicas, podem trazer importantes contribuições para a análise de ocupações tipicamente femininas, uma vez que parte importante da mão-de-obra feminina exerce atividades que poderiam ser incluídas nas categorias discutidas de marginalidade, setor informal.

1760

CONFORME, PAIVA ABREU, RIBEIRO DA SILVA e CEFELLI (1978),

parece que a discussão em torno de modos de produção e unidades produtivas é a que traria contribuições mais ricas para a análise do trabalho feminino, dada a heterogeneidade das relações econômicas no processo de produção.

Será então em torno de modos de produção e unidades produtivas, que alguns autores tentarão desenvolver as questões específicas do trabalho feminino, considerando não apenas a produção de bens no mercado de trabalho, mas também a reprodução e manutenção da força de trabalho.

Nesta ótica, o estudo de SINGER (1977), procurando responder como o capital produz a força de trabalho, de cuja exploração se nutre, chama-nos a atenção que seria ingênuo supor que esta força de trabalho corresponda à população em idade de trabalhar e que sua produção e reprodução resulte do crescimento demográfico, afirmando que: "...num país que se desenvolve, a oferta da força de trabalho é o resultado não somente de uma dinâmica populacional, mas também e sobretudo da dinâmica do capital". Acentua o fato que o capitalismo não somente atrai força de trabalho de outros modos de produção, mas também a repele; e parte dos que são repelidos acabam se integrando em modos de produção não-capitalistas, e esta dinâmica contraditória é focalizada na análise do desenvolvimento das forças produtivas, através das "mudanças de processos de trabalho" e do surgimento de ramos que se dedicam a "novos produtos".

À nossa temática interessa mais de perto como este autor situa a especificidade da formação do contingente feminino, a partir de considerações históricas e detectando em que momento e porque as mulheres puderam ser "liberadas" da produção doméstica.

Nesse sentido, lançamos mão da citação de K. Marx, feita pelo autor, sobre "apropriação de forças de trabalho suplementares pelo capital. O trabalho feminino e infantil". "...Na medida em que a maquinaria torna dispensável a força muscular, ela se torna meio de utilização de trabalhadores sem força muscular, ou de desenvolvimento corpóreo incompleto mas com membros mais flexíveis. O trabalho de mulheres e de crianças foi, em consequência,

a primeira manifestação do emprego capitalista da maquinaria. Este poderoso meio de substituir trabalho e trabalhadores tornou-se assim imediatamente um meio de multiplicar o número de assalariados, mediante a incorporação de todos os membros da família do trabalhador, sem qualquer diferença de sexo e idade, sob o imediato domínio do capital. O trabalho forçado para o capitalista usurpou não apenas o lugar do jogo infantil mas, também o trabalho livre no círculo doméstico, dentro do limite costumeiro, para a família mesmo".

SINGER localiza no momento da Revolução Industrial, a alteração fundamental do modo como se dava a reprodução da força de trabalho. Aponta que a liberação das mulheres para o trabalho fabril acarretou uma profunda mudança na vida doméstica, com deterioração do padrão de vida material da família proletária (ao colocar em perigo a reposição do trabalhador). A impossibilidade das mães cuidarem das crianças, vem se intensificando na atualidade com a introdução de novos instrumentos de trabalho, que levam a uma diminuição do tempo de trabalho doméstico e a uma maior disponibilidade das mulheres para o trabalho fora do lar. Diante desse quadro é fundamental, conforme observações do autor, dizermos que as esferas de produção sob o sistema capitalista se apresentam estreitamente relacionadas, numa organização social onde a produção industrial capitalista é o setor dominante. Tal dominação se concretiza na fábrica pela redução de parte da jornada de trabalho necessário frente ao excedente e fora dela pela usurpação do tempo de trabalho doméstico, isto é, nas condições e estratégias de reprodução dos trabalhadores, consideradas no seu duplo sentido: por um lado a manutenção diária dos trabalhadores, e por outro a formação das futuras gerações.

Ao entendermos a reprodução da força de trabalho, considerando estes dois momentos inseparáveis, é necessário contabilizar não apenas os salários percebidos no mercado de trabalho como também as atividades necessárias para manter, conservar, preparar e reproduzir os trabalhadores, bem como a atuação do Estado na proteção de bens e interesses públicos e coletivos (providência, escolas, órgãos de assistência social, etc.).

Assim, para SINGER, a reprodução da força de trabalho, implica em dois processos combinados:

- a) a manutenção do trabalhador enquanto tal;
- b) a reposição do trabalhador, quando ele se retira por aposentadoria, invalidez ou falecimento.

Esta reprodução da força de trabalho não se resume ao recebimento do salário, que não passa de um dos momentos da metamorfose do capital.

Há neste processo o desenvolvimento de relações de produção de caráter não-capitalista fundamentais, como, cozinhar os alimentos; lavar e secar as louças; lavar e passar a roupa; costurar; reparar e limpar os móveis; cuidar de crianças, de velhos e doentes; atividades que exigem um enorme esforço, de tempo e de trabalho não-socialmente considerado.

A este trabalho, assim se refere SINGER: "...A divisão de tarefas dentro da família do trabalhador; quem vende sua capacidade de trabalho no mercado, quem cuida dos serviços domésticos, quem amplia sua capacidade de trabalho futura frequentando escola - estabelece relações de produção entre marido e mulher, pais e filhos e entre estes e outros eventuais componentes do domicílio, que são essenciais para a reprodução da força de trabalho. (...) A reprodução da força de trabalho, depende, pois, tanto do montante do salário real, ou seja, da quantidade e qualidade dos valores adquiridos no mercado, como dos bens e serviços "domésticos" e "estatais" de que o trabalhador e sua família podem dispor em cada momento".

Assim, enfatiza o autor que a partir do momento em que o capital, dispondo de oferta abundante de mão de obra em sua voracidade de mais trabalho, começa a pôr em perigo a reprodução da espécie e portanto a reposição do trabalhador, torna-se necessária a intervenção do Estado no processo de exploração, fixando limites para os capitalistas de modo a tornar possível a reprodução da força de trabalho. Ao adotar-se leis que fixam a duração da jornada de trabalho e idades mínimas de entrada e máximas de saída da força de trabalho, regulamentam-se o trabalho feminino, con-



cedendo certos privilégios à trabalhadora que se torna mãe, etc. "Estas leis passaram a constituir a base institucional da reprodução da força de trabalho e foram o resultado das lutas do movimento operário que contou, neste caso, com o apoio da burguesia mais esclarecida".

Portanto, a razão de ser destas leis foi garantir tanto a manutenção do trabalhador, como uma economia doméstica que assegura-se sua reposição.

SINGER, ancorado na História, considerando as mulheres não como categoria social única, mas em relação à sua situação de classe, pergunta-se se as restrições, institucionalizadas em leis, quanto à oferta de força de trabalho, significaram, de fato, um aumento real do salário de forma a permitir que os operários mantivessem suas mulheres fora da força de trabalho, de modo a permitir uma baixa sensível das taxas de participação feminina.

Citando HOBSEBANK, constata que tal fato não se deu, pois um duplo movimento de entrada e saída, como reflexo das diferentes estratégias de sobrevivência dos grupos sociais, nos indica que a liberação da força de trabalho das mulheres dos operários coincidiu, de modo geral, com a entrada de um contingente feminino de escolaridade maior que conseguiu qualificação profissional em funções de nível médio no setor terciário. Tal processo foi acompanhado de um decréscimo da taxa de participação feminina no setor secundário.

Partindo das considerações propostas por SINGER sobre a articulação entre o modo de produção capitalista e formas de trabalho não-capitalista, SAFFIOTTI (1976) procura especificar a inferiorização e discriminação das mulheres sob o capitalismo. Afirma que as formas de trabalho não-capitalista, "não somente estão integradas no sistema capitalista, como permitem a este alcançar uma taxa mais acelerada de acumulação".

Em outro trabalho, mais recente, SAFFIOTTI (1978) preocupa-se em tentar elucidar as funções que o trabalho no lar, desempenhado pela filha de uma ou pela empregada doméstica, poderia estar desempenhando, ou seja, "o trabalho em um manancial de força de

trabalho a ser recrutada para desempenhar atividades no setor capitalista da economia em momentos de expansão deste". Propõe a autora que se empregue o conceito de Exército de Reserva, e não o de Exército Industrial de Reserva, considerando a tendência revelada pelos dados referentes ao movimento da mão-de-obra na produção, à concentração da população feminina no terciário e estagnação relativa no secundário. SAFFIOTTI, procura finalmente, refletir sobre o modelo de industrialização dos países capitalistas periféricos e o destino da força de trabalho não-qualificada.

Ainda dentro da linha de estudos que vêm contribuindo para a discussão do problema da reprodução da força de trabalho, gostaríamos de citar algumas investigações empíricas que têm destacado a participação da mulher no trabalho dentro e fora do lar.

BILAC (1978), procurando descrever e explicar as estratégias de sobrevivência de grupos assalariados, em Rio Claro (SP), procura definir as alterações produzidas na estrutura familiar em consequência da especialização institucional crescente das sociedades industrializadas, que tomou para si muitas das funções da família. Preocupada, inicialmente em dimensionar o grau de complexidade da vida familiar, a autora "... procura precisar até que ponto e como se articulam, no tempo e no espaço, as diferentes fases do ciclo de vida doméstica e, finalmente, como se reproduzem, através da família, as condições imediatas em que é vivida a situação de classe". O que tornaria específico o grupo familiar seria a forma de articulação entre a atividade produtiva e a atividade de reprodução, estabelecendo-se, a partir daí, o modo de participação econômica e social dos indivíduos que o compõe. Ao operacionalizar a pesquisa, que se trata de uma investigação de campo, a autora lida com categorias empíricas de tipos de trabalhadores manuais e não-manuais, procurando aí analisar em detalhes as contribuições e funções de homens e mulheres.

No conjunto da população abrangida, pela categoria "trabalhadores manuais", verifica a autora que os homens constituem 78,0% da população economicamente ativa e as mulheres apenas 22,0% da população que trabalha. "Este percentual relativamente baixo



de participação na população economicamente ativa demonstra o caráter complementar assumido pelo trabalho feminino remunerado, face a importância básica do trabalho masculino (...) reflete-se também no tipo de atividades desempenhadas pelas mulheres que, em geral, não possuem o mesmo estatuto das ocupações masculinas".

Assim, ao procurar as determinações específicas a que estão sujeitos, o emprego masculino e o emprego feminino, no grupo de trabalhadores manuais, a autora constata que a diferença nítida entre homens e mulheres é que enquanto os homens se engajam na vida ativa, que se inicia bem cedo, de formas sempre mais intensas nas responsabilidades de manutenção econômica do grupo familiar, com variações salariais segundo a idade dos trabalhadores; o trabalho das mulheres vai apresentar descontinuidades. Deste modo, a vida ativa feminina "...embora começando na mesma época que a masculina, cedo toma um caminho diferente: será intermitente e bem mais curta. O emprego implicará em atividades distintas das atividades masculinas e bem menos rentáveis". "...Para a mulher, à medida em que aumenta sua experiência de trabalho com a idade, diminui simultaneamente sua disponibilidade para o trabalho remunerado, em termos de tempo, uma vez que, com o casamento e a chegada dos filhos, estará aumentando sua jornada doméstica". Passam então, as mulheres, por fases sucessivas de desligamento, de tarefas consideradas economicamente produtivas, em função do estágio de desenvolvimento do grupo familiar, assumindo quase que exclusivamente as funções socializadoras e de organização da vida doméstica. Nesse momento, a estratégia de sobrevivência do grupo pode implicar em trazer, para dentro de casa, uma atividade remunerada (lavadeiras, bordadeiras, costureiras, doceiras, passadeiras, etc.) A manutenção de um elo com a produção social, através desta complementação do orçamento familiar, é própria de mulheres com grande número de filhos e pequenos, e acarreta uma dificuldade de conciliação deste trabalho remunerado com os encargos maternos. Assim, a prática econômica do trabalho remunerado é, em geral, para as mulheres do grupo de trabalhadores manuais, uma experiência transitória que tende a diminuir conforme a idade, o número de filhos e o aumento da sua jornada doméstica.

Assim, conforme a autora, a participação do trabalho feminino na população economicamente ativa, no grupo de trabalhadores manuais, ao contrário do que ocorre com a masculina, tende a decrescer com a idade, "... de modo particularmente acentuado a partir dos 30 anos e alcançando os seus menores índices entre os 40-49 anos. Entre 50 - 59 anos, o índice de participação eleva-se novamente, mas, a partir dos 60 anos, o trabalho feminino é praticamente inexistente". Já para as mulheres do grupo de trabalhadores não-manuais, o trabalho remunerado fora de casa é a consequência de uma profissionalização na escola primária ou secundária. A saída do lar começa por volta dos 20 anos e permanece durante a fase de expansão do ciclo da família, trazendo, muitas vezes, enormes dificuldades de conciliação da dupla jornada de trabalho. A conciliação destes dois papéis, "extra e intra-doméstico", muitas vezes só é possível pela utilização do emprego doméstico remunerado. Muitas vezes, o próprio caráter do trabalho "extra-doméstico" (empregos públicos, professoras primárias, atividades de pequeno comércio) contribui para dar continuidade do trabalho feminino por suas "vantagens e garantias".

BARROSO (1978), no estudo da problemática de trabalho feminino, procura focalizar as mulheres chefes de família, analisando alguns dados da PNAD-76, recentemente publicados.

A autora, justifica a escolha deste tema, por dois motivos principais. "De um lado, a existência de uma proporção substancial de famílias chefiadas por mulheres e a tendência à elevação deste número (...). A abordagem que me parece mais interessante é aquela que elege a unidade doméstica como a organização crucial para a reprodução da força de trabalho, desenvolvendo estratégias de sobrevivência e crescimento em função de suas condições concretas de vida".

Conforme, citação da autora, "estima-se atualmente que entre 25 e 33% de todos os domicílios no mundo são chefiados por mulheres, e que essas famílias constituem uma parte substancial das camadas mais pobres de todos os países, sendo provavelmente situadas no nível mais grave de pobreza".

Procurando, através da análise dos dados publicados pela PNAD, discutir e apontar a gravidade do problema, a autora destaca as limitações dos dados censitários, e a necessária fundamentação dos mesmos em investigações empíricas.

Os dados da PNAD, permitiram observar, que mesmo com subestimativa, em 1970 as famílias chefiadas por mulheres já formam um contingente considerável, com razoável aumento no decorrer do período observado. Vejamos a tabela construída pela autora:

Porcentagens de Mulheres entre os chefes de família em 1970, 1973 e 1976, por Região

Região	1970	1973	1976
São Paulo	10,83 (3.854.327)	10,85 (4.328.188)	13,00 (5.223.048)
Rio de Janeiro	15,00 (2.004.712)	15,33 (2.263.547)	16,75 (2.651.127)
Paraná, Sta. Catarina Rio Gd <sup>e</sup> Sul	3,16 (3.256.792)	9,74 (3.617.111)	11,29 (4.374.588)
Minas Gerais e Espírito Santo	14,28 (2.469.838)	14,02 (2.649.076)	15,77 (2.985.568)
Maranhão	16,00 (5.380.759)	15,91 (5.933.722)	17,84 (6.716.491)

Fontes: Censo Demográfico, PNAD-73 e PNAD-76

Observa-se por esta tabela, que as proporções mais elevadas são registradas no Nordeste.

Em outra tabela, constata que o fenômeno, mulheres chefes de famílias, é predominantemente urbano, talvez explicado pelo fato de que as relações de trabalho no campo, tornam mais difícil a sobrevivência de família que não tenha a chefia de um homem adulto. Supere-se também que a emergência de mulheres chefes de família, não em parte fruto da migração, mas outras indicações, indicam que predomina a migração em fami-

lia, nas regiões metropolitanas brasileiras.

Focalizando, mais particularmente o Estado de São Paulo, a autora observa que as famílias de migrantes, são compostas, principalmente, de mães e de seus filhos, sendo que apenas 13% dos componentes dessas famílias pertencem a outras categorias. Outro fato observado, é o que diz respeito a idade das mulheres chefes de família, onde quase a metade delas tem 50 anos ou mais, e 31% tem menos de 40 anos. Quanto à escolaridade, de modo geral, são de baixo nível de instrução em relação aos homens, ou simplesmente não têm instrução.

A alta proporção de mulheres chefes de família, economicamente ativas (42%), pode sugerir, a ordem de problemas enfrentados para conciliar as atividades de emprego, com o trabalho doméstico. Destas mulheres, apenas 17% conta com aposentadoria ou pensão, e a grande maioria são viúvas (56%), seguidas das separadas, desquitadas e divorciadas que, juntas, representam 24% e de solteiras (20%).

Os rendimentos das mulheres são muito mais baixos que o dos homens, sendo que 20% das mulheres chefes de família não têm rendimentos, o que pode sugerir que sobrevivem do salário infantil, ou que os dados censitários subestimam as atividades econômicas das mulheres, por não registrarem o trabalho fora do setor formal.

Finalizando, a autora, salienta que é possível que parte das chefes de família que não têm rendimentos estejam recebendo auxílio de sua rede de parentesco e que a chefia de famílias por mulheres está estreitamente ligada à pobreza. "Seja na América Latina, na África ou na Ásia, e nas camadas pobres que as mulheres estão se tornando cada vez mais o único arrimo econômico de suas famílias".

MACEDO (1979), num estudo sobre a vida dos operários de uma indústria cerâmica da periferia de São Paulo, procura analisar e relocalizar em discussão a questão da família, particularmente da família operária, e suas relações com a reprodução da força de trabalho.

A este nível, o objetivo do trabalho da autora é "... demonstrar de que forma, numa sociedade de classes, a vida familiar se refere ao modo de inserção de grupos de indivíduos no processo produtivo, sendo através dela que, sob muitos aspectos, uma situação de classe determinada e vivida. (...) Procurar-se-á demonstrar de que maneira o modo pelo qual os grupos familiares ordenam sua experiência permeia as avaliações sobre a situação de classe e repercute na construção do projeto de vida futura e, também, de que maneira as condições objetivas da situação de classe definem os limites da organização da vida familiar".

Tomando como base as unidades familiares, a autora destaca que o marido aparece como o grande responsável pela renda familiar, já que exatamente 50% dos casos estudados, e o único membro da família que trabalha. Ele é sempre encarado como o responsável pelo sustento da família, sendo que o trabalho dos outros membros é colocado como acessório e complementar e só se constituindo por referência às condições de trabalho do chefe de família.

A medida, que a autora se propõe a compreender todo um conjunto de atividades e relações sociais, que caracterizam a vida familiar, tenta avaliar como se coloca, no caso operário, a questão do trabalho feminino e de como se definem suas possibilidades e necessidades de participação no mercado de trabalho.

MACEDO, argumenta que o significado do trabalho feminino, tende a assumir conotações particulares, em função da posição da mulher no contexto familiar, ou seja, de sua função de filha ou de esposa.

Enquanto "filha", sua contribuição para o orçamento doméstico torna-se necessária, desde que o salário do pai, ou da família em geral não satisfazem. Enquanto esposa, passa a arcar inteiramente pelo desempenho das tarefas domésticas, e depois, com o cuidado dos filhos. Nesta situação, a decisão de trabalhar, está aliada, na qualidade de complementação ao orçamento doméstico, à possibilidade efetiva de liberação das tarefas domésticas, em especial do cuidado com os filhos. A baixa qualificação da



mão-de-obra feminina, limitando a obtenção de rendimentos elevados, produz um efeito de exclusão ou não inserção da mulher no mercado de trabalho. Assim, as alternativas viáveis para as mulheres de famílias operárias, são: o trabalho fabril e o trabalho doméstico. Para isto, torna-se importante a ajuda dos parentes (mães e sogras, irmãs e cunhadas) e na falta de proximidade especial dos mesmos, aumenta a importância da vizinhança, particularmente no que diz respeito ao cuidado dos filhos pequenos. "A maior parte das mulheres acredita que se não tivesse filhos teria maiores possibilidades de arrumar, ou pelo menos de procurar, um emprego mais vantajoso".

A utilização da renda obtida com o trabalho da mulher, marca bem o caráter complementar deste trabalho. A família é a referência básica, já que foram trabalhar para enfrentar as necessidades objetivas do grupo doméstico e são estas mesmas necessidades que definem as possibilidades de retenção de parte da renda para fins particulares.

Quanto às escolhas profissionais, ao lado das alternativas viáveis, já citadas, das mulheres entrevistadas, as profissões mais desejadas seriam de ser professora ou enfermeira, consideradas melhores de salários, de ambiente, de dignificação. "São profissões consideradas femininas e especialmente dignificantes, que envolvem a orientação, o amparo e a ajuda ao próximo. Apresentam, ainda, uma certa similitude com os encargos femininos no ambiente do lar, ou seja, cuidar das crianças e dos doentes; é o próprio papel da mulher no lar, só que agora ampliado, atingindo uma esfera social mais abrangente. (...) Seria uma extensão do lar, só que, agora, propiciadora de rendimentos..." Apesar destas escolhas profissionais desejadas, serem vistas como distantes e difíceis de serem atingidas, o conjunto das opções permanece no âmbito do trabalho assalariado. As possibilidades de superação das limitações da condição de trabalho atual, são deslocadas, em termos de projeto familiar, para os filhos.

Para a maioria dos maridos (51,16%), o trabalho



da mulher só tem sentido nos casos em que o marido necessitar para sustentar as necessidades definidas, para a vida do grupo familiar. Os demais dividem-se, entre não admitir esta possibilidade, condicionar o trabalho feminino a dar conta dos encargos domésticos; só trabalhar quando não têm filhos e uma parcela menor dos que acreditam que a mulher deve trabalhar fora, independentemente de outras funções. Para a autora, "... A visão masculina do problema parece, pois, corroborar a idéia de que (...) as decisões são, assim, sempre tomadas nos limites do projeto familiar, aliadas às condições de vida no presente".

Finalizando, MACEDO, argumenta que ao assumir o trabalho doméstico, ainda assim, a mulher permanece referida ao mercado de trabalho, já que as atividades por ela desenvolvidas neste âmbito, são fundamentais não apenas à reprodução da força de trabalho, mas também a reprodução das relações de produção na ordem capitalista. "Isso porque o trabalho doméstico transforma as mercadorias adquiridas pelo salário numa forma finalmente consumível, convertendo-as em força de trabalho regenerada. Além disso, o cuidar dos filhos garante a reposição de força de trabalho no mercado. (...) No caso operário, todas as vezes em que o salário do chefe não for suficiente para garantir a reprodução da força de trabalho (...), a mulher tenderá a se lançar no mercado de trabalho assalariado, passando a lhe caber, então, uma sobrecarga adicional de tarefas".

Trabalhando também sob a ótica da vida familiar de um grupo operário de uma vila operária têxtil, na área metropolitana do grande Recife, BARBOSA ALVIM (1979), destaca a importância vital da relação entre grupo doméstico e fábrica têxtil. Diante desta situação, o trabalho feminino será incentivado por um lado, pela proximidade do trabalho em relação à moradia e de outro pela importância da mão-de-obra feminina requerida pelas fábricas têxteis. Nas famílias operárias, da cidade investigada, será um dado a função de "dona de casa", no sentido de como mãe continua com as atribuições domésticas, e o seu trabalho fabril. "Assim como o trabalho dos filhos, o traba

lho fabril da mãe, da "dona de casa", será vivido enquanto uma ajuda à manutenção do grupo doméstico". Cabe a mãe, a "dona de casa" reverter a renda familiar, em bens necessários ao consumo do grupo doméstico, garantindo ao lado do "chefe de família" a reprodução da unidade familiar. Como fonte de complementação da renda familiar, as "donas de casa" quando não estão em atividades ligadas ao trabalho industrial, procuram um "lavado de ganho"\* e ou organizam um pequeno comércio doméstico, trabalhando portanto a domicílio. A decisão sobre a necessidade dos membros do grupo familiar, trabalharem, como forma de complementação da renda familiar, dependerá do momento em que o grupo doméstico se encontrar em relação ao processo de seu desenvolvimento.

"Mas o que deve ser enfatizado é que sendo o trabalho industrial a fonte principal da reprodução dos grupos domésticos operários em Navarro\* ele por si só não é suficiente, e uma estratégia familiar, onde são acionadas diversas formas de solidariedade, aparece como um mecanismo importante na resposta que o grupo dá à precariedade da remuneração recebida pelo "chefe de família e com a qual tem que dar conta de sua reprodução e de sua família. (...) O grupo doméstico como um todo se dividirá para dar conta junto com o chefe de família dessa reprodução e aí surge a esfera doméstica organizada pela "dona de casa" como uma área não só do consumo como também de obtenção de uma renda aí produzida".

Vemos assim, que a partir do que já dissemos anteriormente, sobre a necessidade de investigações empíricas, acerca do trabalho feminino estas investigações estudos acima citadas, vêm confirmar e enfatizar o necessário entendimento a ser buscado sobre as formas de organização da produção e o capital, assim como os mecanismos empregados na resolução dos problemas cotidianos, nos chamados setores populares, especialmente aqueles

\* Lavado de ganho - trabalho informal, geralmente em casa.  
 \* Navarro - município do Rio de Janeiro, próxima a Recife.

mecanismos que se referem à necessidade de conciliar as obrigações empregatícias com as obrigações domésticas, sempre em função da sobrevivência e continuação do grupo familiar.

Finalmente, queremos apontar a tentativa que vem sendo realizada, por alguns autores, no sentido de incluir no modelo teórico o modo de produção doméstico, em geral ignorado pela maioria dos estudos sobre força de trabalho. JELIN (1976), cujo trabalho destacamos, entre estes autores, considera a produção doméstica como uma forma de organização produtiva específica, e, retomando a mesma linha de argumentação de outros autores citados nesse trabalho, tenta entender num caso concreto, (a participação feminina na força de trabalho de Salvador - BA) os modos de relacionamento da economia doméstica com o modo de produção capitalista e de que maneiras isto contribui para a acumulação capitalista. Argumenta, que a estrutura produtiva urbana, através do processo de desenvolvimento econômico, da especialização e divisão crescentes do trabalho, está composta por unidades produtivas com diversas formas de organização e com variadas relações entre elas. Para melhor analisar, e compreender estas formas organizativas, JELIN, propõe um esquema, onde se distingue quatro formas de organização da produção: a economia doméstica, a produção simples de mercadorias, a produção capitalista e a administração pública.

A desconsideração, na maior parte das análises sobre participação da mulher na força de trabalho, das importantes atividades domésticas de transformação de matérias-primas em objetos de consumo (por ex. cozinhar, costurar) e de prestação de diferentes serviços pessoais (por ex. lavar roupa, limpar a casa, cuidar de crianças e doentes, etc.), têm levado à conceituação do papel da mulher na sociedade mais consumidora, do que produtora. Tudo isto aliado ao fato, destas atividades serem realizadas no âmbito doméstico, não serem atividades de mercado e não serem contabilizadas como parte do produto social. Para a autora, as unidades familiares, constituem unidades produtivas e de consumo.

Constata-se uma tendência histórica de desapareci

mento paulatino das atividades domésticas, à medida da crescente mercantilização das atividades produtivas, da ampliação da divisão social do trabalho e do regime de assalariamento. Mas, mesmo em sociedades de elevado estágio de desenvolvimento capitalista, ainda permanece um número razoável de atividades domésticas, que ficam fora do mercado capitalista. A magnitude destas atividades, varia muito entre sociedades e dentro de uma sociedade entre classes sociais e níveis de renda. Observa, na investigação realizada, que a participação feminina na força de trabalho depende da idade e da posição no núcleo familiar. "Nos grupos com mais idade, a proporção de mulheres que trabalha vai diminuindo, o que indica a progressiva concentração nas tarefas domésticas e a incapacidade ao finalizar o ciclo vital". Há também, uma participação diferencial dos sexos nas diferentes organizações da produção, onde nas atividades domésticas as mulheres estão fortemente concentradas, bem como na produção simples de mercadorias, e os homens predominando na organização capitalista.

Então, pergunta-se a autora qual será a relação entre o predomínio do trabalho feminino no setor doméstico e na produção simples e a exploração capitalista? Para analisar esta relação a autora propõe que se observe três aspectos: "O efeito da existência do serviço doméstico assalariado a demanda de bens e serviços de consumo da classe empresária; a possível competição entre as produtoras simples de mercadorias e empresas capitalistas dedicadas à produção de mercadorias semelhantes; e o papel da atividade doméstica no seio da família trabalhadora sobre o custo da mão-de-obra industrial".

A existência do serviço doméstico, com utilização intensiva da mão-de-obra barata, pouco qualificada, em relação à vida da família burguesa, pode permitir o uso da renda monetária em mercadorias alternativas ou na poupança.

Quanto à competição entre mulheres produtoras independentes e empresas capitalistas dedicadas à mesma tarefa, podem se dar de várias formas. Primeiro, ao se investir capital



nas atividades industriais e serviços conexos, deixando os serviços pessoais em mãos de produtores simples sem capitalização, pouco qualificadas, recebendo baixos níveis de renda, consegue-se uma maior concentração de recursos de investimento no setor capitalista industrial. "Somente a ampliação do mercado consumidor de serviços capitalizados (seja por elevação do nível de vida da classe operária ou por uma crescente escassez de mão-de-obra) pode produzir a mudança na escala da produção de uma série de serviços e bens de consumo, até então satisfeitos pela produção simples". Segundo, o impacto da expansão do capitalismo em uma certa área de produção, substituindo os pequenos produtores independentes, não significa o desaparecimento de produção simples como forma de organização econômica. "De fato, os serviços pessoais e a produção de alguns bens de consumo, através de produtores independentes, ou no âmbito doméstico, podem continuar mesmo quando a organização capitalista tiver penetrado e dominado o grosso da atividade produtiva industrial, sempre que exista uma oferta de mão-de-obra abundante e se possa manter a definição social da tarefa doméstica como âmbito privilegiado da atividade da mulher". Esta situação mudará, no momento em que se escassear a mão-de-obra ou aumentar o nível de rendas de grande parte da população, de forma que altere os padrões de consumo e torne mais lucrativo o investimento capitalista neste ramo. Por último, a produção de bens e serviços, no âmbito da economia doméstica, pode ser visto como uma tentativa da família trabalhadora, responder ao baixo nível dos salários a que se vê sujeita, permitindo mantê-los e assim convertendo as inúmeras atividades domésticas "(...) numa soma de super-exploração, uma maneira mascarada de extração de mais-valia, já que obriga os trabalhadores a dedicar parte de seu tempo formalmente livre ou de descanso para a produção doméstica".

Em resumo, a economia doméstica se integra à economia urbana de mercado de duas maneiras alternativas: recrutando mão-de-obra assalariada para a produção não-mercantil de bens e serviços no âmbito doméstico da família burguesa, e, o-



ferecendo no mercado o "excedente" da produção doméstica das famílias de rendas baixas.

Concluindo, JELIN, chama a atenção para a necessidade de se reconceituar as categorias relacionadas com a atividade econômica, com a população economicamente ativa e da participação na força de trabalho, com um esquema analítico conceitual novo, que permita enquadrar diferentes modalidades de trabalho e não-trabalho. "Tal reconceituação deve levar em conta as tarefas domésticas e reelaborar as categorias de desemprego e de inclusão ou exclusão da força de trabalho".

Passando a outro tema, a autora se posiciona acerca de movimentos feministas que, como solução prática para o problema do trabalho da mulher, enfatizam que a "liberação" da mulher se dará através do trabalho. Afirma que a colocação de uma problemática feminina abstrata, uma problemática universal das relações entre os sexos, ou da "liberação" feminina, é fútil e simplista, na medida em que ignoram que as relações entre os sexos não são independentes das relações entre classes. "Ao contrário, o que há são relações entre classes sociais (variáveis segundo as organizações produtivas), relações de dominação e exploração de classe, que afetam diferencialmente a mulher, de acordo com sua classe e seu papel na estrutura familiar na qual se encontra".

Seguindo nesta argumentação, a autora deixa claro que esta é uma problemática teórica ainda sem solução, que requer uma análise mais cuidadosa das relações entre a estrutura da família e as formas de organização da produção social, isto é, a divisão social do trabalho e a divisão sexual intra-familiar do trabalho.

Assim, acreditamos ter deixado, com esta revisão, um levantamento atual das várias teorias utilizadas na análise da força de trabalho feminina, em áreas urbanas, no Brasil, procurando destacar mais as dificuldades na definição e uso das categorias geralmente utilizadas, procurando através desta discussão, que mais do que nunca se faz presente, utilizarmos recursos teóricos e definições apontados por estes autores, no desenvolver desta pesquisa.

### III - TRANSFORMAÇÕES HISTÓRICAS

#### A) A legislação brasileira relativa ao trabalho feminino

Inicialmente é importante ressaltar, que a legislação social, vigente no Brasil, teve como padrão a dos países da Europa Ocidental. Com o advento da Revolução Industrial, o "livre" acesso ao trabalho, a maleabilidade das relações contratuais, abriram às portas a intensa utilização de mulheres e crianças nas funções fabris, sob o regime de assalariamento. As condições de compra da força de trabalho feminina, era feita de modo brutal, com salários irrisórios, jornadas extenuantes de trabalho em lugares insalubres e que atentavam contra a resistência física e psíquica dos trabalhadores, levando-os a um violento desgaste, que se traduzia num terrível quadro sanitário e de mortalidade até então não-existente nestas proporções.

A expansão desta legislação protetora pelo mundo, que vinha acompanhada de medidas "sociais e humanísticas", ao se institucionalizar sob a forma jurídica de lei, significava fundamentalmente barreiras que procuravam evitar a concorrência entre os países no tocante à produção, bem como controlar o violento desgaste da classe operária, ante a voracidade do capital, que ameaçava a perpetuação da espécie humana e a própria reprodução da força de trabalho desta classe. O Estado cuja presença quer significar a garantia de coesão nacional, surge como o regulador deste processo selvagem de espoliação, para legitimar e estatuir no espaço do jurídico-político, a própria reprodução da classe operária e a própria acumulação do capital, em termos permissíveis legalmente e toleráveis física e psiquicamente.

Contudo, como observa CARDONE (1975), tal legislação de proteção ao trabalho da mulher não teve, inicialmente (na Europa), "...como finalidade primeira, proteger a mulher, mas o homem trabalhador. A verdade é que, na época da Revolução Industrial, quando havia inflação de braços à procura de empregos, as mulheres constituíam uma concorrência indesejada. Em virtude dos séculos de escravidão em que ela vinha vivendo, nessa ocasião

ela entendeu que era natural ser tratada com inferioridade e receber menos que os homens, pelo mesmo trabalho. Isto ocasionava um aviltamento nos salários... e enfraquecia os trabalhadores em geral". Em seguida vieram as encomendas de estudos médicos, a provar que tal ou qual tipo de atividade era prejudicial à capacidade procriadora da mulher. Ninguém se interessou, naquele momento, em saber se a capacidade procriadora do homem era também prejudicada pelo trabalho industrial, como ninguém se preocupava em indagar se as atividades que as mulheres desenvolviam dentro do lar poderiam prejudicar a perpetuação da espécie". Estas considerações, ao nosso ver fazem sentido, na medida que a legislação brasileira vai se calcar não só nos padrões jurídicos da legislação internacional, mas também nos éticos, morais e ideológicos.

Assim, regulamentava-se o trabalho feminino, tendo em vista a proteção da mulher, antes de tudo em razão da maternidade. E as leis brasileiras, em nada diferiram desta regra, estabelecida em termos trabalhistas nas metrópoles capitalistas.

Mas, a miserável situação da mulher trabalhadora, chamou atenção dos socialistas utópicos, como Saint-Simon, Fourier, Owen, que apesar de não conseguirem resolver a questão feminina, levantaram a bandeira da luta da libertação dos trabalhadores oprimidos. Lutavam pela eliminação do tratamento diferenciado dado ao homem e a mulher, pregavam a igualdade de educação para ambos, a não-exclusão da mulher de qualquer função na sociedade. Tal movimento, associado a líderes feministas, que despontaram com grande envergadura, revelou-se operante e em 1878, a Alemanha concede à mulher depois do parto, um repouso de três semanas de licença, a partir do nascimento do filho. Em 1879, o socialista alemão, August Bebel, defendia em seus trabalhos, a tese de que a opressão da operária e a opressão do operário constituíam uma só opressão e considerava a necessidade de fixar salários iguais para ambos sexos. Sem entrarmos em detalhes considerarmos a análise de Bebel, moralizadora, inadequada, já num momento em que estão sendo forjados no seio da História, novas bases técnicas e políticas de análise da situação do capita

lismo na Europa e das relações por ele engendradas.

Em 1890 e 1891, ainda na Alemanha, realizam-se três convenções, exclusivamente dirigidas à mulher, proibindo-lhe o trabalho nas minas, o trabalho noturno na indústria, dispondo sobre concessão de licença por ocasião do parto e afastando-a de tarefas consideradas perigosas.

Ainda, 1891, a Carta Encíclica de Leão XIII - *Rerum Novarum* - denominada por Pio XI a "Magna Carta" dos operários, chama a atenção para o trabalho da mulher, de quem diz não ser justo exigir-se "o que um homem válido e na força de idade pode fazer". Esta carta aludia nitidamente ao mito da "fragilidade natural feminina", como justificativa para a dispensa de certos serviços, senão todos a nível da indústria, de modo que a mulher se conformasse à realização das atividades domésticas e à procriação e socialização dos filhos, ou a trabalhos "menores".

No Brasil, o Decreto 1.313 de 1891, tenta a regulamentação do trabalho de menores e mulheres nas fábricas, mas estas disposições legais não surtiram efeito, apesar da situação do trabalho operário, reclamar fortemente uma legislação protetora. Muitos anos de luta ainda se passariam, até que se estabelecessem uma regulamentação própria e específica, com fiscalização também própria, para o trabalho da mulher. Com o término da 1ª. Guerra Mundial e a vitória da Revolução Bolchevique, a regulamentação do trabalho vai no plano internacional, se institucionalizar com o surgimento da Organização Internacional do Trabalho (OIT), oficialmente fundada em 1919 e desde 1946 associada a ONU. Estabelecendo princípios de "justiça social", "melhoria das condições de trabalho", "adoção de um regime uniforme de trabalho", procurava-se acima de preocupações tão louváveis, mas pouco eficazes em termos da vida de trabalho operário, impedir a concorrência anárquica do capital, a selvageria da concorrência entre mão-de-obra masculina e mão-de-obra de mulheres e crianças, que recebiam salários inferiores aos dos homens, bem como os efeitos da Revolução Bolchevique, principalmente no sentido de sublevação das massas operárias", em outros países.



Quando, da 1ª. sessão da OIT, em 1919, a proteção à maternidade foi objeto da Convenção nº 3. O texto original foi revisado em 1952 pela Convenção nº 103. Tais convenções fixaram uma licença de 12 semanas para a trabalhadora gestante. Conforme DE ALENCAR (1973) "enquanto a primeira previa a divisão desse período em dois, de seis semanas, a serem gozados, um antes e outro depois do parto, o texto revisor dispôs simplesmente que, pelo menos seis semanas deveriam ser gozadas, depois do parto. Em relação a de nº 3, a Convenção nº 103, estabelece a obrigatoriedade de, pelo menos, uma parte da licença posterior ao parto, ser concedida pelo empregador e gozada pela gestante. Estes instrumentos legais pretendiam garantir também: o direito da mulher, enquanto licenciada como gestante, a prestações suficientes para a sua manutenção e a da criança em boas condições de higiene, a ser fixada por uma autoridade competente em cada país; a fonte pagadora destas prestações (O Tesouro Público ser num Sistema de Seguro); o direito da parturiente à assistência gratuita de um médico ou de uma parteira; o prolongamento da licença por razões justas à situação do parto; o direito, para amamentar o filho, de dois descansos de meia hora durante a jornada; a garantia do emprego da gestante, proibindo sua despedida antes da licença ou no decorrer dela". Ainda em 1919, o tema seguinte proposto na OIT, foi o trabalho noturno da mulher, que foi vedado às mulheres através da Convenção nº 4, sem distinção de idade, em qualquer empresa industrial, pública ou privada, com exceção dos trabalhos onde estão empregados membros de uma mesma família. Somente "motivos de força maior", que pudessem significar interrupção do trabalho ou a possibilidade de rápida deterioração do material produzido, impediriam a aplicação deste termo legal.

Outros instrumentos, adotados pela OIT, foram: - a proibição da utilização da mão-de-obra feminina em trabalhos subterrâneos do serviço de mineração; igualdade de salário, sem distinção de sexo, para trabalho de igual valor; amparo à trabalhadora que assumia as responsabilidades de "chefe de família".

Conforme DE ALENCAR (1973), "... Segados Viana rela



ta a ojeriza de certos parlamentares dos idos de 1917, diante de um projeto de Código de trabalho, então apresentado. O projeto previa: - a possibilidade da mulher contratar emprego sem a autorização do marido, vedava-lhe o trabalho noturno, limitava a oito horas a jornada de trabalho, dispunha sobre a licença para a gestante (15 a 25 dias antes e até 25 dias depois do parto). Esta proibição, atingia o Distrito Federal, pelo Decreto Municipal nº 1900 de 24/03/1917. As disposições deste Decreto, particularmente a independência da mulher da autoridade do marido, quanto ao contrato de emprego, foram consideradas "profundamente imoral", bem como o trabalho da mulher "profundamente desmoralizador", por alguns legisladores da época.

Em 1923, com a aprovação do Regulamento Nacional de Saúde Pública, expedio-se o primeiro decreto que visa regular o trabalho feminino. Este decreto protegia a trabalhadora apenas, enquanto mãe, determinando que fábricas e comércio facultassem às suas empregadas um repouso de 30 dias antes e 30 dias depois do parto; facilidades para que as empregadas pudessem amamentar os filhos durante a jornada de trabalho; providências para que as empregadas, sem prejuízo do trabalho, pudessem dispensar cuidados aos filhos; obrigação da instalação de creches, ou salas de amamentação, próximas dos locais de prestação de serviço.

Examinemos agora, a expedição do Decreto nº 21.417-A, de 17 de maio de 1932, considerado o marco legislativo inicial regulador do trabalho feminino no Brasil. O primeiro Ministro do Trabalho, Lindolfo Collor, na sua Exposição de Motivos, ao Chefe do Governo Provisório, sobre a necessidade imprescindível, de adotar-se, no Brasil, uma legislação que protegesse as classes proletárias, e em particular, a mulher; apresentou os resultados de um largo inquérito sobre as condições do trabalho feminino em todo o país, apreciando a eficiência e a importância econômica das atividades femininas, na indústria e no comércio.

Conforme XAVIER LOPES (1937), "informa o Departamento Nacional do Trabalho que atualmente, além da fiação e tecelagem, em que, exceptuada a lã, é o elemento predominante, a mulher participa do trabalho nos seguintes ramos de actividade: in

dustrias químicas inclusive phosphoros, perfumarias, velas e sa-  
ponaceos; calçados, alimentação (massas, biscoitos, rotulagem de  
bebidas, doces, bombons, etc.); vidros, chapeos, industrias ex-  
tractivas (selecção de mineraes ou sementes, castanhas, etc.); ves-  
tuario e objectos de phantasia . Ainda está excluida dos traba-  
lhos em madeiras, metaes, couros (cortumes, solarias); artes  
graphicas, construção civil, transportes em geral, padarias e  
pesca. Os salarios, as condições e o horario do trabalho variam,  
não são de actividade, como também, de região para região. Redu-  
zido a \$ 800 diarios no extremo Norte, nos castanhaes ou na se-  
paração de sementes oleaginosas, o trabalho feminino tem remun-  
eração que chega a ser dez vezes maior nas fabricas do centro do  
paiz, predominando, em regra, o dia de 8 horas de trabalho".

O relatório também faz comentários acerca das "quali-  
dades femininas": como fragilidade, discrição, paciência e mo-  
déstia, como inovadoras e interessantes em certas actividades de  
trabalho. "... Vemos que as moças empregadas não fumam, nem se  
levantam do trabalho, de momento em momento, como os rapazes;  
não têm tantas complicações financeiras como os homens, ou pelo  
menos são mais discretas nesse assunto e, além disso, são mais  
pacientes e mais modestas em suas aspirações, do que o elemento  
masculino. Os chefes das várias companhias e escritórios, inter-  
rogados a este respeito, são unânimes em elogiar o trabalho da  
moça brasileira. Nas casas de negócio, a mulher ocupa, em geral,  
o lugar de "caixa", que é o de maior responsabilidade".

XAVIER LOPES (1937) observa também "... que muitas das  
reivindicações que a lei receia instituir já existem postas em  
prática pelos patrões, pelo simples facto de necessitarem elles  
da mão de obra feminina e de se sentirem por isso mesmo, na neces-  
sidade de oferecer-lhe garantias e attractivos. Nas industrias  
em que, como na de tecidos, o trabalho feminino já está total-  
mente radicado, onde as moças se casam e continuam a trabalhar,  
o auxílio às mães já é facto comum. O licenciamento anterior e  
posterior ao parto é norma invariavel e o auxilio pecuniário se  
generaliza. Em outras industrias, a medida ainda não foi adapta-  
da porque as operarias abandonam logo que se casam, dada a

deficiência do salário, porque não compensa o abandono diário do lar por uma dona de casa (...). As circunstancias actuaes (...) vão acelerar a evolução, generalizando a praxe da proteção industrial à mãe proletaria, a despeito da falta da lei (...). Na grande industria, o trabalho feminino, no Brasil, é espontaneamente amparado pelos industriaes, que procuram dar as operarias segurança e comodidade assim como relativa liberdade, zelando em regra, pela moralidade (...), apesar da promiscuidade do trabalho masculino e feminino em muitos estabelecimentos".

BULCÃO VIANNA (1937) lembra que: "como regulamentação do trabalho e proteção à mulher, existiam apenas dispositivos do código de Saúde Pública, nem sempre observados. A iniciativa particular supria, muitas vezes, tamanha lacuna, e algumas companhias estrangeiras, no seu próprio interesse, desejando ter boas empregadas, procuravam amenizar a situação da mulher trabalhadora".

Assim, conforme XAVIER LOPES (1937), conclui o inquérito do Departamento Nacional do Trabalho que, "se o aproveitamento do braço feminino na actividade industrial é antiquissimo no Brasil, o mesmo não se pode dizer da utilização da mulher no commercio, nos escriptorios e nos balcões, assim como nas repartições publicas. Trata-se da inovação relativamente recente e que se deve às empresas estrangeiras, que deram o exemplo do emprego de moças em seus escriptorios (...). Na opinião unanime dos chefes de serviço, o trabalho feminino em escriptorio é mais conveniente e economico do que o do homem, desde que se trate de serviços perfeitamente organizado e orientado, de serviço cuja continuação seja o desdobramento do já executado, ou sua repetição. Em não havendo inovação a fazer, que motivam responsabilidades a assumir, casos em que a timidez feminina surge e activa, o trabalho da moça é mais eficiente, mais seguro, mais rapido. (...) Um chefe de serviço, estando no Brasil ha dois annos scotta, não hesitou em reconhecer a superioridade da moça brasileira sobre suas proprias conterraneas, lamentando, embora, a grande deficiência da instrução dada aqui "às moças, que chegam aos estabelecimentos completamente ignorantes".

Por este Decreto, que previa fiscalização própria, fica determinado, quanto à maternidade, a proibição do trabalho da mulher grávida quatro semanas antes e quatro semanas após o parto, de forma a garantir o "futuro da raça"; acréscimo de mais duas semanas em cada período, desde que excepcionalmente necessário; garantia da metade do salário durante seu afastamento; direito de volta ao cargo; extensão dos mesmos direitos por duas semanas em caso de aborto não criminoso; faculdade de romper o contrato durante a gravidez, caso o serviço lhe fosse comprovadamente prejudicial; direito a dois intervalos diários de 30 minutos cada para a amamentação do filho até seis meses; obrigatoriedade de creches nos estabelecimentos em que trabalhassem pelo menos 30 mulheres com mais de 16 anos; proibição ao empregador de despedir a mulher grávida, sem outro motivo que justifique a dispensa; pagamento da licença da gestante pelas caixas criadas pelo Seguro Social e na sua falta pelo empregador (a inexistência dessas caixas, gerou um dos mecanismos de discriminação e dispensa de mulheres casadas ou grávidas). O decreto determina também, salário igual para trabalho igual; proibição ao trabalho feminino desde 22 horas até 5 horas, com exceção do trabalho em âmbito familiar, casos de "força maior" das fábricas e comércios, ou para evitar a deterioração de produtos perecíveis, além de hospitais, serviços de telefonia e radiofonia e postos de direção responsável; proibição do trabalho das mulheres nas minas e em outros serviços considerados insalubres e perigosos; multas de 100\$000 a 1:000\$000, na falta de cumprimento dos dispositivos deste Decreto.

Pelo Decreto nº 22.132, de 25 de novembro de 1932, que institui as juntas de Conciliação e Julgamento, fica permitido as mulheres casadas, quando empregadas, que possam pleitear seus direitos perante as Juntas, sem assistência de seus maridos.

BULCÃO VIANNA (1937) registra que a legislação social brasileira, de proteção à mulher surge pelo fato de que o "... Estado, no seu dever de intervir, hoje incontestável, veio ao seu amparo, protegendo-a, criando leis especiais que a resguardam, sobretudo na contingência fisiológica a que está presa. (...)



A mulher brasileira, naturalmente dócil e apegada ao lar (...) de natureza mais frágil..."; veio compreender "... que não poderiam continuar a ser peso morto para os parentes (...) Quanto às mulheres casadas, seria muito melhor que não precisassem trabalhar fora de casa. O cuidado do lar, do marido, e a educação dos filhos deveriam já ser bastantes obrigações. Infelizmente, os ordenados muito pequenos, e a crise, sempre crescente, obrigam muitas senhoras a recorrer ao trabalho, fora do lar, para ajudar aos maridos. Lamento-as, de coração. (...) São contingências da época..."

Vimos, então, até aqui, que este Decreto, vem formalizar na letra da lei, uma situação de fato, preocupando-se fortemente em conter os abusos de utilização do trabalho feminino, de forma a que não ameace as futuras gerações, de forma que não comprometam para aumentar as taxas de mortalidade infantil, enfim, de forma a que garantam a reprodução da força de trabalho. O "ar de naturalidade dos fatos", apresentados pelos autores, aqui citados, indicam que as justificativas, do porque da mulher está trabalhando, vão desde a "tomada de consciência" de romper o parasitismo de sua vida familiar, até "as contingências da época" que a obrigam auxiliar a complementar a renda familiar, sem abandonar suas tarefas domésticas e o cuidado com os filhos. Há pois na intervenção do legislador, interesses político-econômicos, que escamoteados, impedem a compreensão deste fenômeno. Caminhemos um pouco mais, na letra da lei e depois tentemos discutir e apontar que interesses outros, estão comandando efetivamente este jogo.

Para esta "nova mulher" que o Capital arranca do interior das famílias, das áreas rurais, do proletariado urbano, preocupações de diversas origens se colocam.

LAGES (1933), assim descreve a situação: "- Subordinado ao problema eugenico, está o da proteção às mães, durante o período da gravidez. É mister proporcionar-lhes conforto, alimentação sã, certa restrição de trabalho physico, sobretudo nas proximidades do parto. Nesse ponto, reclama peculiar atten-



ção a mulher operaria, não só pela natureza da ocupação, muitas vezes com productos nocivos, como o fumo, o enxofre, substancias quimicas diversas usadas na manufactura de tecidos, e as proprias poeiras finissimas de algodão das nossas fabricas, como ainda pelo dispendio excessivo de energias, desde o alvorecer, até as horas avançadas da tarde... Em certas occupações, ficam, durante todo o tempo, de pé, difficultando, assim, a circulação de retorno, já por si modificada pela compressão fetal, nos vasos da bacia. Marañon, em sua excellente monographia "Maternidade e Femenismo", mostra-se inteiramente contrario ao trabalho physico na phase gravídica e, até mesmo, na do aleitamento. (...) Na actualidade, em que a mulher é encarada como factor economico, devem os Governos cuidar com mais interesse e mais decidido animo, do problema da maternidade, valorizando o capital humano. Assim, diminuirá, decerto, a assustadora mortalidade infantil, crescerão as populações sadias, sem ser mister decretar os estafurdios impostos dos celibatarios, que só servem para estimular casamentos desparatados, uniões de anormaes physicos e mentaes. (...) A "nova mulher" fará resurgir a "nova criança", na conjugação mais bella e divina da sciencia e do amor!"

Percebe-se então que os fundamentos que ditaram a adoção da legislação protetora do trabalho da mulher, considerada indispensável, segundo uns, por causa de sua maior "fragilidade física", por defender sua moralidade, proteger a maternidade; segundo outros, pela sua importância no cumprimento dos trabalhos domésticos, na criação e educação dos filhos, pela sua importância economica no desenvolvimento nacional; na grandeza da nação, etc... Em nenhum momento, se irá discutir que esta legislação irá contribuir para acobertar por um lado e permitir por outro uma discriminação de fato por parte dos empregadores, limitando fortemente a possibilidade de emprego da mulher e sua permanência no mercado de trabalho. Ao empregador sairá mais barato o pagamento da multa, advinda da infração dos dispositivos legais ao demitir mulher grávida, do que arcar com uma operária que deverá passar um tempo recebendo, sem trabalhar.

Em 27 de março de 1934, foi ratificada pelo Brasil, Convenção nº 3 de 1919 e promulgada pelo Decreto nº 423 de 12 de novembro de 1935, que trata da proteção à maternidade. Por descumprimento das disposições desta Convenção, em 1962, o Decreto nº 51.627, de 18 de novembro, tornava pública a denúncia por parte do Brasil, em relação a esta Convenção, no tocante ao emprego das mulheres antes e depois do parto. Por ordem do governo João Goulart, o Embaixador brasileiro em Genebra, José Sette Câmara, alegou a impossibilidade de modificação da legislação nacional, a fim de adaptá-la às disposições da Convenção nº 3. Tal fato, provocou a inclusão do Brasil, numa "Lista Negra", tendo-se registrado um discurso proferido pelo Senador Attilio Vivacqua, de protesto ao que ele chamou de "absurda inclusão". Citando o trabalho realizado pelo jurista José Augusto Seabra (1959), sobre esta questão, o Senador argumenta, que no projeto de Lei orgânica da Previdência Social, que está sendo objeto de estudos, por parte do Congresso Nacional, se introduziu uma disposição que atribuiu às instituições de previdência Social a proteção total da trabalhadora gestante. Crê que o fato do Brasil continuar sendo objeto de críticas, se dê mais pela questão do pagamento das prestações de manutenção durante o período em que a mulher gestante se afasta do emprego. A Convenção nº 3 atribui esta responsabilidade ao seguro social e a legislação brasileira ao empregador. Citando, José Augusto Seabra, afirma que no Brasil, jamais o empregador manifestou a mínima aversão contra esse ônus, do salário-maternidade e que a impressão de que a disposição brasileira, visaria antes o empregador se desfaz ante a alegação de que o objetivo é evitar "uma sobrecarga injusta para o empregador" (!). Alega que "...ao empregador o que mais lhe preocupa é a eventual interrupção do trabalho, em detrimento da produção, e não os encargos de salários que haja de suportar. A descontinuidade do trabalho é que poderia motivar uma discriminação, e não obstante, o trabalho feminino é cada vez maior, no Brasil, como em toda parte (...) pode-se afirmar que é impossível haver uma atitude discriminatória a respeito da mulher cujo trabalho é absolutamente necessário e inevitável". Assim, as circunstâncias, que costumam ser alegadas pelos empregadores em desfavor do emprego da mulher, em confronto com o homem, são:

"... a) menor assiduidade, por motivos fisiológicos, que dispensam inspeção médica;

b) repetidos e longos afastamentos, pelo motivo mesmo da maternidade, de que cogita a Convenção nº 3, com a obrigação legal de se conservar aberta a vaga, para quando cessar o impedimento;

c) prosseguimento da anormalidade do trabalho, após a licença-maternidade, durante toda a fase de amamentação e outros cuidados requeridos pela criança.

Todas estas circunstâncias notórias e não hipotéticas (...) por serem inerentes ao sexo feminino, constituem, elas sim, graves fatores de perturbação do serviço e encarecimento da produção."

Finalizando, sua argumentação a favor do disposto na legislação brasileira, crê o Senador que mesmo que o projeto de Lei Orgânica da Previdência Social, atualmente em estudo, não se ja estabelecido, não parece correto continuar considerando que a Convenção nº 3, da qual o Brasil é signatário, não é aplicada. Isto, porque, o pagamento do salário-maternidade, feito diretamente pelo empregador, é do maior interesse para a empregada gestante, pois ela nem chega a sair da folha de pagamento, pois "... naquele momento pleno de emoções e apreensões, não fica a trabalhadora gestante na contingência de ver suspenso o seu salário e de ir pleitear perante a instituição de previdência social a prestação do benefício, sujeita às delongas burocráticas (...) junto ao empregador (...) o fato da gravidez não precisa ser provado, exhibe-se por si mesmo, despertando respeito e solidariedade, com a solicitude de companheiros e chefes de serviço, que tudo facilitam." Enfim, um outro impedimento para se ratificar a Convenção nº 3, por enquanto, seria também o fato de as trabalhadoras em plantações, ainda não estão incluídas no Seguro Social e esta Convenção estabelece que suas disposições legais se aplicam às mulheres empregadas em quase todas as espécies de serviços.

Em 26 de abril de 1934 é ratificada pelo Brasil e promulgada pelo Decreto, a Convenção nº 4, que veda o tra-

balho noturno das mulheres, dispensando-lhe tratamento diverso do dado aos homens. Anteriormente, mencionamos que o trabalho noturno, foi estudado detidamente pela OIT, que adotou a este respeito três Convenções (4, 41 e 89), de forma a melhor delimitar seu campo de aplicação com a finalidade de poupar à mulher trabalhadora a sobrecarga das horas trabalhadas noite a dentro, de preservá-la dos riscos das idas e vindas de casa para o trabalho e vice-versa, no período noturno, de modo a proporcionar às mães, nesse período, a possibilidade de dedicarem-se às tarefas domésticas. Esta mesma orientação imprimida nos Códigos de trabalho na maioria das metrópoles capitalistas, será adotada pelo Brasil. Sabemos que as Constituições brasileiras, a partir de 1934, registraram a proibição para o trabalho noturno, apenas em relação aos menores de dezoito anos. Mas dentro dos nossos princípios estabelecidos por estas Constituições, no sentido de melhorar a condição das trabalhadoras, a CLT estabelecida em 1943, reafirmando que a proteção da lei à trabalhadora se dá em razão de sua debilidade física e de sua maternidade, registrou em relação à mulher de modo geral, a proibição de trabalho noturno, com exceção feita às maiores de dezoito anos empregadas em atividades para as quais se define uma especialidade econômica.

Assim, o art. 375 da CLT, dispõe que a prorrogação do trabalho da mulher, só se dará com a autorização constante de atestado médico oficial, comprovante de que a mulher está apta a enfrentar a sobrecarga e que seja lançado em sua carteira profissional. O pagamento do salário correspondente a cada hora suplementar da trabalhadora, gerou resistências por parte dos empregadores, fazendo com que o art. 375 da CLT, fosse revisto pelo Decreto-Lei nº 229, de 28 de fevereiro de 1967 que estabeleceu "a duração normal do trabalho da mulher poderá ser no máximo elevada de duas horas, independentemente de acréscimo salarial." (art. 374, redação atual). Mesmo assim, a empresa terá que pagar à empregada adicional equivalente no mínimo, a vinte e cinco por cento do salário-hora normal.

A elevação da duração do trabalho diurno, além desse limite, não poderá ocorrer, senão nos chamados "motivos de força maior":

- I - em empresas de telefonia, radiotelefonia ou radiotelegrafia;
- II - em serviço de saúde e bem-estar;
- III - em casas de diversões, hotéis, restaurantes, bares e estabelecimentos congêneres;
- IV - em estabelecimentos de ensino;
- V - que, não executando trabalho contínuo, ocupem cargos técnicos ou postos de direção, de gerência, de assessoramento ou de confiança;
- VI - na industrialização de produtos perecíveis a curto prazo durante o período de safra quando ocorrer necessidade imperiosa de serviço, bem como nos demais casos em que o trabalho se fizer com matérias-primas ou matérias em elaboração suscetíveis de alteração rápida, quando necessário o trabalho noturno para salvá-las de perda inevitável;
- VII - em caso de força maior;
- VIII - nos estabelecimentos bancários...;
- IX - em serviços de processamento de dados para execução de tarefas pertinentes à computação e eletrônica;
- X - em indústrias de manufaturados de couro que mantenham contratos de exportação devidamente autorizados pelos órgãos públicos competentes".

A faculdade de prorrogação da jornada de trabalho, por motivo de "força maior", estende-se também às trabalhadoras menores, de acordo com o art. 413 da CLT.

Mesmo nos "casos de força maior", a lei exige "exame médico da empregada e comunicação à Delegacia Regional de Trabalho em 48 horas". No caso de casas de diversão, hotéis, restaurantes, bares e congêneres, são necessários, por parte do empregador, atestados de bons antecedentes e de capacidade física e mental da empregada mulher.



ça, desde que o Ministério do Trabalho e a Divisão de Higiene e Segurança do Trabalho, de parecer favorável, sobre o desaparecimento dos fatores de risco. Isto significa, que se a Higiene e Segurança do Trabalho, sanarem os motivos de periculosidade e insalubridade, não há porque se manter a proibição.

Sem entrar no mérito de se as condições de segurança e higiene dos locais de trabalho, estão sendo fiscalizadas e corrigidas ou não, o que esta lei acaba de fato permitindo mais uma vez é o alijamento da mulher, de algumas atividades que poderia exercer, legitimando mais uma vez na divisão social de trabalho, uma divisão sexual, na medida que estas atividades, são consideradas "ocupação só para homens". Também as disposições legais, a este respeito, nos leva a questionar que se com estas restrições pretende-se "proteger a mulher", não há nenhum motivo para que também não se proteja o homem das condições de insalubridade e periculosidade no trabalho, o que neste tocante, parece não estar ocorrendo, visto os alarmantes índices de acidentes de trabalho, no Brasil.

Confirmando nossa posição, de que o texto da lei que se quer imparcial, neutro e que preza pela "justiça e paz social", tem nitidamente conteúdos da classe dominante, bem como é suficientemente elástico para permitir sua burla ou seu rearranjo em função dos momentos onde se colocam imperiosas exigências econômicas, gostaríamos de rapidamente relatarmos um fato. Conforme, o extinto Jornal "Opinião", de 11 de março de 1974:

"... Uma construtora de Brasília, a Concursan, contratou 42 mulheres para trabalhar como serventes na construção do Edifício-sede da Embratel (...) o salário estipulado foi de Cr\$ 1,50 a hora, enquanto os salários pago aos homens pela mesma função é de Cr\$ 1,70 a hora (...) São conhecidas as condições de trabalho na construção civil: é dos ramos que apresentam os salários mais baixos, um dos que apresentam os mais altos índices de acidentes de trabalho, e onde ainda a maior parte das tarefas exige a utilização da força física".

O argumento utilizado, pela empresa Concursan, foi de que havia escassez de mão-de-obra masculina, em Brasília e que ela tinha prazos curtos para a entrega da obra. Apesar da DRT de

Brasília, ter chegado a anunciar que impediria a contratação, pelo que consta no art. 387 da C.L.T., este mesmo artigo permitiu, que o Ministro Júlio Barata acabasse concedendo à empresa o direito de empregar mulheres como serventes, "a título precário".

A partir disto, outros empresários da construção civil passaram a cogitar seriamente o emprego de mulheres, para amenizar a crise de escassez e preços elevados da mão-de-obra masculina. Pergunta-se: Será que quando a crise tivesse passado, se alguma mulher quisesse emprego como servente, conseguiria? Diz o texto do jornal que: "... o setor da construção civil sempre foi um dos que apresentou baixíssimo índice de participação feminina e ao que tudo indica, esta baixa participação não se deve tão somente a nenhuma lei de proteção ao trabalho feminino, já que em outros ramos onde a participação da mulher não sofre nenhuma restrição legal a sua presença também é pequena".

Outro ponto da legislação brasileira de proteção ao trabalho feminino e que novamente marca a diferença de tratamento entre o trabalho masculino e feminino, é a atenção especial e extensa que se concede a maternidade. Tal proteção especificada na seção V do capítulo III da C.L.T. (artigos 391 e 401), tem dois objetivos diversos, como aponta CARDONE (1975):

" - 1) a proteção da mulher como trabalhadora, em que ela é encarada individualmente, isto é, o seu direito ao trabalho é de caráter privado;

- 2) a proteção sanitária da mulher, mediante a qual se visa à preservação da espécie, que não interessa apenas à mulher, mas à coletividade".

No que diz respeito à proteção sanitária da mulher, a empregada é proibida de trabalhar 4 semanas antes e 8 semanas após o parto, conforme atestado médico fornecido pela Previdência Social, podendo esses períodos serem aumentados de mais de 2 semanas cada um, a conselho médico (art. 392). Em caso de parto antecipado, as 12 semanas devem ser concedidas e no caso de aborto não criminoso, há o direito de 2 semanas de descanso (art. 392 e 395).

A partir de novembro de 1974 pela Lei nº 6.136, a

trabalhadora passou a receber da Previdência Social, em todas as hipóteses acima mencionadas e por todo o período, uma quantia igual ao salário que receberia se estivesse trabalhando, salvo se receber salário variável, quando o critério será o pagamento da média dos últimos 6 meses.

De acordo com o já dito, por nós, anteriormente esse pagamento estava a cargo do empregador, que para se livrar deste encargo e de outras alterações impostas ao trabalho da mulher, em face da gravidez, frequentemente optava por despedir a empregada. Para resolver esta questão, a legislação brasileira passou este ônus para a Previdência Social, bem como estabeleceu a nível do Tribunal Superior de Trabalho, que embora pela C.L.T. casamento ou gravidez não constituem justo motivo para demissão, isto não significa que o empregador não possa despedir, desde que a indenize e lhe pague a remuneração correspondente ao período de 12 semanas de repouso. Tem, então, a gestante despedida sem justa causa, como única "vantagem", o direito ao pagamento do salário-maternidade. A obrigação do INPS de pagar o salário-maternidade só é válida enquanto houver o contrato de trabalho; se a empregada for despedida, a responsabilidade do pagamento é do empregador. Da mesma forma, se a própria gestante, amparada pelo art. 394, decidir romper o contrato de trabalho, por ser prejudicial à gestação segundo atestado médico, resta-lhe abrir mão do pagamento do aviso prévio ou das indenizações. Porém o fato de demissão das mulheres grávidas ou casadas, não tem apenas no texto da lei sua possibilidade para acontecer, pois outras dificuldades permanecem, fazendo crer que não será resolvida. CARDONE (1975) relata os resultados de uma pesquisa realizada junto aos chefes de Pessoal de 22 empresas representativas do comércio e indústria de São Paulo, que empregavam no seu total 12.647 mulheres. Dessas empresas, sete responderam que não despedem as empregadas por ocasião do casamento ou gravidez e tais empresas representam o emprego de 3.718 mulheres. As outras, 15, empregando 8.749 mulheres, responderam que despedem as empregadas, por motivo de casamento ou gravidez.

As razões apresentadas foram:

o) evitar instalação de creches;

- b) evitar licença com remuneração obrigatória;
- c) evitar faltas por doença do filho;
- d) evitar problemas relacionados com o estado da gestante, prejudicando o andamento da produção.

Com vista à amamentação do filho, o art. 396 da C.L.T., concede à empregada dois descansos de meia hora cada um durante a jornada de trabalho para amamentá-lo, até que a criança complete 6 meses e tal direito pode ser prorrogado se a saúde da criança o exigir e for comprovada por atestado médico oficial. Para permitir a realização da amamentação, a lei estabelece que as empresas que tenham pelo menos 30 mulheres com mais de 16 anos de idade, deverão ter local apropriado (berçário, saleta de amamentação, cozinha dietética e instalação sanitária). Tal obrigatoriedade das empresas, poderá ser suprida por meio de creches distritais, mantidas pelas próprias empresas, individualmente ou em conjunto, ou em convênio com SENAI, SENAC, L.B.A ou sindicatos (art. 389 C.L.T.). O art. 397 da C.L.T., também afirma que SESI, SESC, LBA e outras instituições do Estado destinadas à assistência à infância deverão manter ou subvencionar, de acordo com suas possibilidades, escolas maternais e jardins de infância, nas zonas de maior densidade de trabalhadores, destinadas especialmente aos filhos das mulheres empregadas. Ao mesmo tempo, observa-se que a legislação brasileira é totalmente omissa, na medida que não garante à gestante os salários de seis meses, durante os quais poderá amamentar o filho, quando a empresa não possui creche, bem como nada diz, sobre os convênios que as empresas realizam, quando o fazem, com creches públicas ou particulares, da necessidade de serem próximas aos locais de trabalho ou moradia da mulher, de modo a permitir seu transporte; bem como praticamente não fiscaliza as condições destas creches ou até mesmo se de fato elas existem (lembrar os convênios-fantasmas de empresas com creches que não existem, apenas para obter desconto no I. Renda, bem como barganhar incentivos fiscais). Assim, novamente constatamos a pouca firmeza e quase inexistente exequibilidade do texto legal de proteção ao trabalho feminino. Na verdade, um dos motivos porque o Brasil, foi denunciado em Genebra, quanto ao descumprimento das disposições de Convenção nº 3 da OIT, no que diz respeito à proteção à maternidade, continua sendo válido, na medida que mais aproxima do que de fato ocorre, ou seja, promo-



ve-se e resguarda-se direta ou indiretamente, os interesses dos empregadores, os interesses do Capital. O Brasil impôs ao empregador, pelo art. 461 da C.L.T., a multa que vai de um quinto do salário-mínimo a dois salários-mínimos, por descumprimento das disposições especiais de proteção ao trabalho da mulher!

No que diz respeito a igualdade de remuneração, o art. 59 da C.L.T. dispõe: "A todo trabalho de igual valor corresponderá salário igual, sem distinção de sexo". As instâncias trabalhistas não acusam casos de pedido de equiparação salarial feitos por mulheres, embora saibamos que, de acordo CARDONE (1975) citando o trabalho de PASTORE (1973) a discriminação salarial existe, pois as mulheres recebem em média 80% dos salários pagos ao homem. Tal fato, pode estar significando:

a) desconhecimento, por parte das mulheres, das garantias "relativas" que a legislação do trabalho estabelece em relação a elas;

b) indicação que o "mito feminino", trabalhado ideologicamente, esteja permitindo que as mulheres assumam como verdadeira a idéia, materializada no seu cotidiano de discriminação, de que é inferior ao homem em termos de produtividade para a empresa, aceitando por isso salários inferiores;

c) bem como pode estar indicando, um dos momentos onde a "metamorfose do capital", estabelece pela dominação e sujeição ideológica, sua necessária exploração e acumulação de capital.

Enfim, não reconhecendo à mulher (casada) autonomia, independência pessoal para manter seu contrato de trabalho, visto que em caso de oposição do marido ao seu trabalho, o art. 446 da C.L.T., a submete ao arbítrio do marido e depois do Juiz, a legislação não a reconhece como cidadã adulta e capaz, que saiba escolher seu trabalho e rescindi-lo quando lhe convier; passando assim a considerá-la ao lado dos menores como "relativamente incapazes". Sim, relativamente, pois de acordo com as condições conjunturais no Brasil, bem como do mercado de trabalho, determinado pela expansão ou retração do capital, esta "relativa incapacidade" é posta em suspenso, quando se trata de uma exploração e extração de mais valia de forma mais brutal. A própria História do Brasil, fornece-nos dados para derrubar este ar



dil ideológico onde se pretende encerrar as mulheres, especialmente aquelas que fazem parte do contingente das classes dominadas.

Focalizando apenas o trabalho feminino em áreas urbanas, isto não significa que o Estatuto do Trabalhador Rural (Lei nº 4.214, de 2 de março de 1963), não dispense sobre a proteção da trabalhadora (pressupondo que ela esteja regularmente empregada, como assalariada, o que já significa o quão pequeno pode ser o alcance desta legislação, em função das condições reais do trabalho feminino, no campo brasileiro). De modo geral, tal Estatuto, prevê licença remunerada para a gestante, descanso para a amamentação, possibilidade de rompimento do contrato de trabalho, quando lhe for inconveniente; impedimento de prorrogação do seu horário de trabalho além das 22 horas, etc.

Quanto aos empregados domésticos, que sabemos significarem expressivamente uma das formas de trabalho que recebe uma forte participação feminina, continuam excluídos da C.L.T. O que se tem, em relação a eles, são disposições legais da Previdência Social, que estendem a estes empregados, como segurados e contribuintes obrigatórios, os benefícios e serviços desta instituição.

Como diz CARDONE (1975), é curioso apontar que a quase totalidade da doutrina do Direito do Trabalho, alegando a necessidade de normas especiais e limitadoras do trabalho da mulher (como se este limite dependesse de um "ato jurídico", acima das classes), considera-as indispensáveis segundo uns "em virtude da sua maior fragilidade física, na defesa de sua moralidade, na proteção à maternidade". Russomano, Cones e Gottschalk (1972); segundo outros, "pela importância da função da mulher no lar, cabendo-lhe, de um modo geral, a execução de trabalhos de natureza doméstica e de assistência aos filhos, Vianna (1971), Maranhão (1974), Nascimento (1972), Chiarelli (1965). Poucos destoam desta posição ideológica, entre eles a própria Cardone (1972) e Leite (1975), que afirmam a discriminação da legislação compactuando e de fato promovendo a discriminação por parte dos empregadores, contribuindo grandemente para a limitação efetiva de possibilidades de emprego da mulher e sua permanência no mercado de trabalho.

Contestam também a validade destes argumentos ideológicos presentes na legislação protetora do trabalho feminino, propondo para tal uma maior igualdade de tratamento jurídico para homem e mulher, chegando CARDONE (1975) enfatizar a necessidade de atualização e revisão criteriosa dos estudos de medicina do trabalho a fim de que apenas sejam proibidos à mulher e só no período de sua maternidade (entre os 16 e os 35 anos) as atividades realmente prejudiciais à sua capacidade reprodutiva ou a sua gestação, garantindo-lhe de fato o emprego nesse período. Para esta advogada, a legislação brasileira, salvaguarda a "figura da esposa e mãe, potencial ou real, os papéis tradicionais da mulher dentro da família" bem como dentro da organização social da produção. Tais posições, se eximem de investigar como vive a mulher estes "papéis tradicionais", se renuncia a eles, se vive sozinha ou como chefe de família, bem como o que lhe custa e a sua família, ser responsável pelas atividades domésticas e cuidando dos filhos, velhos, doentes em relação a necessidade imperiosa de ter que arranjar muitas vezes, inúmeras situações de trabalho remunerado em condições que escapam completamente o âmbito da legislação, para aumentar o já pouco orçamento familiar de modo a garantir a sobrevivência sua e de seus familiares, bem como a produção de seu lugar de classe.

/nb

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS GERAIS:

- 1) A CRISE da família e o futuro das relações entre os sexos. Rio, Paz e Terra, 1971. Série Ecumenismo e Humanismo (Vol.2a).
- 2) BASBAUM, Leônicio - "História Sincera da República: (1889-1930)". São Paulo, Alfa-Omega, 1975 e 1976.
- 3) BEIGUELMAN, Paula - "Companheiros de São Paulo". São Paulo, Símbolo, 1977.
- 4) CARONE, Edgar - "Revoluções do Brasil Contemporâneo (1922-1938)". São Paulo, Difel, 1975.
- 5) CARONE, Edgar - "A república velha ( )". São Paulo, Difel, 1975.
- 6) CARONE, Edgar - "A República Nova (1930-1937)" São Paulo, Difel, 1975.
- 7) CARONE, Edgar - "O Estado Novo (1937-1945)" São Paulo, Difel, 1975.
- 8) CHAUI, Marilena et all. - "Ideologia e mobilização popular". Rio, Paz e Terra/CEDEC, 1978.
- 9) DIAS, Everardo - "História das lutas sociais no Brasil". 2a.ed. São Paulo, Alfa-Omega, 1977.
- 10) ENGELS, Friedrich - "A situação da classe trabalhadora na Inglaterra". Lisboa/Brasil, Presença/Martins Fontes, 1975.
- 11) ENGELS, Friedrich - "A origem da família, da propriedade privada e do Estado". 3a. ed., Rio, Civilização Brasileira, 1977.
- 12) FAUSTO, Boris - "A revolução de 30". São Paulo, Brasiliense, 1975.
- 13) FAUSTO, Boris - "Trabalho Urbano e Conflito Social". São Paulo, Difel, 1977.
- 14) GRAMSCI, Antônio - "Maquiavel, a Política e o Estado Moderno". 3a. ed., Rio, Civilização Brasileira, 1978.

- 15) HADLER, M<sup>a</sup> Silvia D. - "A política de controle da classe operária no governo Vargas". Campinas, Cara a Cara, Ano 1(2):107-114, julho/dezembro de 1978.
- 16) IANNI, Otávio - "Estado e Planejamento Econômico no Brasil (1930-1970)" - Rio, Civilização Brasileira, 1971.
- 17) LACLAU, Ernesto - "Política e Ideologia na Teoria Marxista". Rio, Paz e Terra, 1979.
- 18) LUZ, Nícia V. - "A luta pela industrialização do Brasil (1808-1930)". São Paulo, Difel, 1961.
- 19) MARX, Karl - "O Capital". 5a. ed., Rio, Zahar, 1978. (Ed. resumida por Julian Borchardt).
- 20) MOTA, Carlos G. (org.) - "Brasil em Perspectiva". 7a. ed., São Paulo, Difel, 1976.
- 21) PEREIRA, Luis (org.) - "Populações Marginais". São Paulo, Duas Cidades, 1978.
- 22) PINHEIRO, Paulo S. - "Trabalho e Política no Brasil". Rio, Paz e Terra, 1975.
- 23) POULANTZAS, Nicos - "As classes sociais no capitalismo de hoje". Rio, Zahar, 1978.
- 24) POULANTZAS, Nicos - "Fascismo e Ditadura". São Paulo, Martins Fontes, 1978.
- 25) POULANTZAS, Nicos - "Poder político e classes sociais". São Paulo, Martins Fontes, 1977.
- 26) RODRIGUES, Edgar - "Nacionalismo e Cultura Social". Rio, Arte Moderna, 1975.

- 27) RODRIGUES, Edgar - "Trabalho e Conflito (1906-1937)". Rio, Arte Moderna, 1969.
- 28) RODRIGUES, José, A. - "Sindicato e Desenvolvimento no Brasil". São Paulo, Símbolo, 1979.
- 29) SILVA, Ligia O. - "A luta pela regulamentação do trabalho na 1a. República: Campinas, Cara a Cara, Ano 1(2): 98-106, julho/dezembro de 1978.
- 30) SILVA, Hélio - 1934 - A Constituinte. Rio, Civilização Brasileira, 1969.
- 31) SINGER, Paul - "Economia Política do Trabalho". São Paulo, HUCITEC. 1977. Série "Teses e Pesquisas".
- 32) SINGER, Paul - "Economia Política da Urbanização". 4a. ed., São Paulo, Brasiliense, 1977.
- 33) VILLALOBOS, André et all. - "Classes sociais e trabalho produtivo". Rio, Paz e Terra/CEDEC, 1978.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS SOBRE O TRABALHO INFANTIL.

A - Legislação brasileira:

- 1) AGGRAVO N. 4.368. Juízo de Menores - Egregio Conselho Supremo da Corte da Appelação. Rio, Centro Industrial de Fiação e Tecelagem de Algodão, 1929. (Coleção Arthur Ramos, Biblioteca Nacional).
- 2) DECRETO N. 17.943-A - 12/outubro/1927. Consolida as leis de Assistência e Proteção aos Menores. In: "O problema dos menores". Saul de Gusmão, Rio, Imprensa Nacional, 1944.
- 3) DECRETO-LEI N. 5.452 - De 19 de maio de 1943. - Consolidação das Leis do Trabalho (C.L.T.) In: "O problema dos menores", Saul de Gusmão, Rio, Imprensa Nacional, 1944, p.185-193 (cap.IV. da Proteção do Trabalho do Menor).



- 4) LEGISLAÇÃO do ensino industrial - Rio, 2a. ed. MEC, Gráfica IBGE, 1968.
- 5) MORAES, Evaristo - "Apontamentos de Direito Operário". Rio, Imprensa Nacional, 1905.
- 6) PROTEÇÃO ao trabalho do menor - Rio, Boletim do MTIC, Ano 11 (132): 87-98, agosto de 1945.
- 7) RAMOS, Arthur - "A legislação brasileira na defesa social da criança". Porto Alegre, Radio Farroupilha, 16 de outubro de 1943. (Palestra: Coleção Arthur Ramos, Biblioteca Nacional).
- 8) SOUZA, Tancredo S. - "A regulamentação do trabalho dos menores". Rio, Boletim do MTIC, Ano 2 (19): 82-99, março de 1936.
- 9) TRABALHO noturno de mulheres e menores - Rio, Boletim do Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio, Ano 1(1): 67-79, janeiro/março/1951. (Convenções internacionais).
- 10) VIANA, J. Segadas - "Proteção ao trabalho do menor". Rio, Boletim do Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio, Ano 11 (32): 87-98, agosto de 1945.

B - Livros:

- 1) A CRIANÇA, o adolescente, a cidade - São Paulo, Gráfica Municipal, outubro/1973 (CEBRAP/FAPESP).
- 2) ANAIS das semanas de estudo do problema de menores - (I - II - III - IV). São Paulo, Imprensa Oficial do Estado, 1952.
- 3) ANAIS do I Congresso Brasileiro de Higiene e Segurança do Trabalho - Rio, Conf. Naz. Indústria, 26 de novembro a 3 de dezembro 1949.

- 4) BREJON, Moisés - "Racionalização do Ensino Industrial". São Paulo, Boletim nº 273.
- 5) CALDEIRA, Clóvis - "Menores no meio rural" USP, 1962. Rio, Centro Brasileiro de Pesquisas Educacionais, Vol. 4, INEP/NEC, 1960 (Série G - Sociedade e Educação)
- 6) C.J. Assis Ribeiro - "Contribuição ao conhecimento do Código Criminal Brasileiro de 1830". Rio, F.G.V., maio de 1946.
- 7) GUSMÃO, Saul - "Assistência a Menores". Rio, Imprensa Nacional, 1942, 387 p.
- 8) GUSMÃO, Saul - "Menores Desvalidos". Rio, Imprensa Nacional, 1943, 274 p.
- 9) JUNIOR, Ernesto L. O. "Doze ensaios sobre educação e tecnologia". Rio, CAPES, 1956. (Série Estudos e Ensaios).
- 10) OPORTUNIDADES de preparação no ensino industrial. Rio, 2a. ed., INEP, nº 43, 1949 (Ministério da Educação e Saúde).
- 11) SUCKOW DA FONSECA, Celso - "História do Ensino Industrial no Brasil". Rio, Escola Técnica Nacional, Vol. 1 e 2, 1961.

C - Artigos de livros, revistas e jornais:

- 1) ABDALLA, Célio - "Saúde: preocupação de todos". Rio, Brasil Jovem, Ano 2 (5): 82-83, dezembro de 1967.
- 2) ADVOGADO não vê meios de Fumarem dar assistência às crianças indias do Ningu. Rio, Jornal do Brasil, 28 de agosto de 1978.
- 3) ACUTAR, Israel D. - "3,5 milhões de crianças na agricultura (uso da mão-de-obra infantil na lavoura cresceu 54,52% de 70 a 75, segundo o IBGE)". São Paulo, Boletim de São Paulo, 49 cad.: 57-59, 4 de dezembro de 1977.

- 4) AGUINAGA, Hélió - "Ano da criança". Rio, Jornal do Brasil, 22 de novembro de 1978, p.3.
- 5) ALENCAR, Hélió - "O problema do menor, consequência do problema familiar". Rio, Brasil Jovem, Ano 2 (8):22-27, dezembro de 1968.
- 6) ALMEIDA, Magdalena - "Maus-tratos - este crime contra a infância". Rio, Brasil Jovem, Ano 5 (19): 78-83, 3º trimestre de 1971.
- 7) ALTENFELDER, Mário - "Menor - um problema além da técnica". Rio, Brasil Jovem, Ano 5 (19): 74-77, 3º trimestre de 1971.
- 8) ALTENFELDER, Mário - "O empresário e o problema do menor". Rio, Brasil Jovem, Ano 7 (25): 5-8, 1º quadrimestre de 1973.
- 9) ALTENFELDER. vê o menor como a vítima social dos adultos. Rio, Jornal do Brasil. 1º caderno, 21 de janeiro de 1979.
- 10) ANASTACIA, Fatima et all. - "A ciranda das prolecinhas". São Paulo, Em Tempo, Ano 2(53): 3, 1 a 7 de março de 1979.
- 11) A PEDIATRIA nos trópicos - Rio, Brasil Jovem, Ano 3 (11):81-85, setembro de 1969.
- 12) ARAÚJO, André - Projeto N. 1334/1951 - Reforma o código de menores e estabelece o Estatuto Social da Infância e da Juventude. São Paulo, Anais das Semanas de Estudos do Problema de Menores, Imprensa Oficial, 1952, p.649-664.
- 13) ARAÚJO, João C. et all. - "Trabalho do Menor". Rio, Brasil Jovem, Ano 1 (4): 30-35, setembro de 1967.
- 14) APNS, Paulo E. - "Menor - esta convocação para o amanhã". Rio, Brasil Jovem, Ano 5 (20):47-59, 4º trimestre de 1971.
- 15) A RESPONSABILIDADE do empregador perante o menor - Rio, Brasil Jovem, Ano 1 (14): 46-51, outubro de 1970.

- 16) A SAGA DA FNBEM - os novos conceitos sobre o menor - Rio, Brasil Jovem, Ano 3 (12): 4-10, dezembro de 1969.
- 17) AS CONCLUSÕES sobre o problema do menor na Bahia - Rio, Brasil Jovem, Ano 1 (3): abril de 1976.
- 18) AS NECESSIDADES básicas do menor como ser em desenvolvimento - Rio, Brasil Jovem, Ano 3 (12): 86-89, dezembro de 1969.
- 19) ATUALIZAÇÃO DAS leis do trabalho muda, mas para pior - São Paulo, Folha de São Paulo, 3º caderno, p. 26, 12 de março de 1978.
- 20) BANCÁRIO de Itapuranga que obrigou menor a desfilhar nua tenta abafar o caso. Rio, Jornal do Brasil, 1º caderno, 3 de março de 1979.
- 21) BARREIRA, Lauro - "O menor desamparado". Rio, Brasil Jovem, Ano 5: 76-89, 2º trimestre de 1971.
- 22) BARRETO, João B. et all. - "Inquérito sobre as condições de alimentação no Distrito Federal". Separata de: Arquivos de Higiene, Rio, Ano 8(2), novembro de 1938.
- 23) BARRETO, João B. et all. - "Alguns informes sanitários sobre os tuberculosos no Rio". Separata de: R. Higiene e Saúde Pública, Rio, junho de 1932.
- 24) BARRETO, João B. et all. - "Acidentes de trabalho em indústria gráfica". Reimpresso das Memórias do I.O.C., Rio, tomo 4J, fase 1, Imprensa Nacional, 1947.
- 25) BARRETO, João B. - "Medicações profiláticas coletivas". Separata de: Medicina e Engenharia do Trabalho, Rio 8(2), junho de 1957.
- 26) BARRETO, João B. - "Pontos fundamentais de higiene que regulam a alimentação". Separata de: R. Higiene e Saúde Pública, Rio, 1931.

- 27) BARRETO, João B. - "O trabalho dos menores nas indústrias". Separata de: R. Higiene e Saúde Pública, Rio, janeiro de 1932.
- 28) BRASILEIRO muda para as cidades - Rio, Brasil Jovem, Ano 8 (31), 3º quadrimestre de 1974.
- 29) CAMPOS, F.A.M. - "O valor da alimentação no tratamento dos menores abandonados, ou infratores". São Paulo, Anais das Semanas de Estudos do Problema de Menores, Imprensa Oficial, 1952, p.435-455.
- 30) CARNEIRO, Glauco - "Há uma multidão de párias que aumenta a cada dia porque a sociedade quer - A maldição do ser menor". Rio, Brasil Jovem, Ano 3 (12):24-28, dezembro de 1969.
- 31) CARNEIRO, Glauco - "Menor - um sôco na sociedade". Rio, Brasil Jovem, Ano 4(10): 18-24, 4º trimestre de 1970.
- 32) CARNEIRO, João N. - "Menores patrulheiros dão fama a São Carlos". Rio, Brasil Jovem, Ano 3 (10) : 53-57, junho de 1969.
- 33) CARRERA, Acy M. - "O problema menor na Bahia". Rio, Brasil Jovem, Ano 1(3): 10-21, abril de 1967.
- 34) CASAMENTO de menor infrator. (despacho do Juiz substituto de Menores da GB, Dr. Pedro Fernando Ligiero, que impede o consentimento para casamento de menor infrator). Rio, Brasil Jovem, Ano 5 (17): 39-41, 1º trimestre de 1971.
- 35) CEM crianças são abandonadas por mês nas ruas da cidade. Rio, Jornal do Brasil, 1º caderno, p.21, 6 de agosto de 1978.
- 36) CÓDIGO de menores vai eliminar o paternalismo - Rio, Brasil Jovem, Ano 4 (14): 24-25, junho de 1970.
- 37) CONCESSÃO profissional amedra o futuro - Rio, Brasil Jovem, Ano 3 (10): 29-31, junho de 1969.



- 38) CONGRESSO Panamericano da criança aprova recomendações do governo brasileiro - Rio, Brasil Jovem, Ano 11 (38): 70-75, 2º quadrimestre de 1977.
- 39) CONTENTE, Edgard O. - "O menor trabalhador através dos tempos". Rio, Brasil Jovem, Ano 8 (34), 1º quadrimestre de 1976.
- 40) CONREA, Geraldo G. - "Das medidas legais de proteção aos menores e sua função social". São Paulo, Anais das Semanas de Estudos do Problema de Menores, Imprensa Oficial, 1952, p. 59-65.
- 41) COSTA, Leonora F.N. - "O problema do menor abandonado". Rio, Brasil Jovem, Ano 11 (37): 77-83, 1º quadrimestre de 1977.
- 42) DEZ anos depois: no lugar do S.A.M. a Funabem o amor ao invés do crime - Rio, Brasil Jovem, Ano 10 (36): 2-11, 3º quadrimestre de 1976.
- 43) DIAS, Aldo A. - "Assistência aos menores e colocação familiar". São Paulo, Anais das Semanas de Estudos do Problema de Menores, Imprensa Oficial, 1952, p.529-536.
- 44) DIREITO do menor não é o mesmo que direito da criança - Rio, Brasil Jovem, Ano 10(35): 56-87, 2º quadrimestre de 1976.
- 45) DIRETRIZES da política nacional do bem-estar do menor - Rio, Brasil Jovem, Ano 8 (33): 51-63, 3º quadrimestre de 1975.
- 46) DO CONCEITO de menor trabalhador na C.L.T. - Rio, Brasil Jovem, Ano, 3 (9): 77-83, março de 1969.
- 47) DOENTES desamparados e criminosos - nem Roberto Carlos salva os menores do Brasil. Rio, Reporter, Ano 2 (15):12-15, março de 1979.
- 48) DORIA, Elízio - "O problema de menores em São Paulo". São Paulo, Anais das Semanas de Estudos do Problema de Menores, Imprensa Oficial, 1952, p.77-83.

- 49) EXPLORAÇÃO do menor - esta forma criminosa de ter lucros - Rio, Brasil Jovem, p.83-87, 3º quadrimestre de 1974.
- 50) EXPLORAÇÃO do menor - o trabalho do menor. - Rio, Brasil Jovem, Ano 8 (31). 3º quadrimestre de 1974.
- 51) FEBEM: as mudanças só vão beneficiar os empresários. São Paulo, Folha de São Paulo, 3º caderno, p.26, 12 de março de 1978.
- 52) FERREIRA, Francisco P. - "Política familiar e bem-estar do menor". Rio, Brasil Jovem, Ano 1 (1): 2-3, 1965.
- 53) FILHO, Cândido M. - "Projeto de códigos de menores". São Paulo, Anais das Semanas de Estudos do Problema de Menores, Imprensa Oficial, 1952, p. 665-666.
- 54) FILHO, João P. - "O setor de saúde na triagem". Rio, Brasil Jovem, Ano 5 (19): 71, 3º trimestre de 1971.
- 55) FILHO, João P. - "A saúde assistindo o menor junto à família". Rio, Brasil Jovem, Ano 6 (24): 34-35, 4º trimestre de 1972.
- 56) FILHO, Marcondes - "As crianças do Brasil e a palavra do Ministro do Trabalho". Rio, Boletim Trimestral do Departamento Nacional da Criança, Ano 2 (10): 7-8, setembro de 1942.
- 57) FLUMINENSES garantem assistência da gestação à adolescência - Rio, Brasil Jovem, Ano 3 (11): 29 de setembro de 1969.
- 58) FNBEN lança campanha de prevenção de acidentes - Rio, Brasil Jovem, Ano 4 (16): 34-41, 4º trimestre de 1970.
- 59) FONSECA, Elias F. - "Menores criminosos" - Rio, O Globo, 25 de março de 1979, p.5.
- 60) FRANCO, Marianna P. - "Evolução do direito trabalhista-previdenciário". Rio, Brasil Jovem, Ano 6 (24): 55-58, 4º trimestre de 1972.

- 61) FRANCO, Marianna B. - "Possibilidades de emprego para os deficientes físicos". Rio, Brasil Jovem, Ano 7 (27): 69-71, 3º quadrimestre de 1973.
- 62) FRANCO, Marianna B. - "O bem-estar de uma sociedade mede-se pelo seu desenvolvimento". Rio, Brasil Jovem, Ano 11 (37): 26-37, 1º quadrimestre de 1977.
- 63) FUNABEM intensifica formação profissional - Rio, Brasil Jovem, Ano 7 (26): 5-7, 2º quadrimestre de 1973.
- 64) FUNDO vai promover cursos - Rio, Jornal do Brasil, 10/02/79.
- 65) GANDRA, Antônio F. "Da federação de menores a oficialização da molecagem". São Paulo, In: Anais das Semanas de Estudos do Problema de Menores, Imprensa Oficial, 1952, p. 23-27.
- 66) GEISEL aponta êxitos econômicos sociais de sua gestão - Rio, Jornal do Brasil, 2 de março de 1979, p. 19.
- 67) GUSMÃO, Saul - "Proteção à infância". In: O problema dos menores, Rio, Imprensa Nacional, 1944, p. 249-255.
- 68) GUSMÃO, Saul - "Sobre o juízo de menores (carta de Carlos Machado a Gusmão)". In: O problema dos menores, Rio, Imprensa Nacional, 1944, p. 239-240.
- 69) GUSMÃO, Saul - "Subsídio para o trabalho de menores". In: O problema dos menores, Rio, Imprensa Nacional, 1944, p.167-184.
- 70) GUSMÃO, Saul - "Relatório da seção de trabalho". In: O problema dos menores, Rio, Imprensa Nacional, 1944, p.91-165.
- 71) GUSMÃO, Saul - "Perseverança e trabalho". In: O problema dos menores, Rio, Imprensa Nacional, 1944, p.237-238.

- 72) GUSMÃO, Saul - "Proteção ampla e obrigatória a todos os filhos". In: O problema dos menores, Rio, Imprensa Nacional, 1944, p. 231-235.
- 73) GUSMÃO, Saul - "Sobre os menores abandonados". In: O problema dos menores, Rio, Imprensa Nacional, 1944, p. 243-245.
- 74) HOFMANN, Leopoldo - "Humanização do trabalho". Rio, Brasil Jovem, Ano 8 (33): 69-87, 3º quadrimestre de 1975.
- 75) JOVEM acusa capitão da PM de Manaus de torturá-la com ferro quente nas costas - Rio, Jornal do Brasil, 19 caderno, 17 de março de 1979.
- 76) JUNQUEIRA, Helena I. - "Integração do bem estar social no planejamento para o desenvolvimento". Rio, Brasil Jovem, Ano 1 (1): 4-7, 1965.
- 77) LIMA, Augusto S.S. - "O código de menores e sua reforma". São Paulo, Anais das Semanas de Estudo do Problema de Menores, Imprensa Oficial, 1952, p.514.
- 78) LIMA, João Pedro - "Desnutrição infantil". Rio, Brasil Jovem, Ano 6 (24): 32-33, 4º trimestre de 1972.
- 79) MARTIN, Anna L. et all. - "Menor trabalhador de rua". São Paulo, Trabalho elaborado pelas alunas do 4º ano de Serviço Social das Faculdades Metropolitanas Unidas, s.d.
- 80) MAUS-tratos levam mais 10 menores a fugir da Febem em Ribeirão Preto - Rio, Jornal do Brasil, 19 caderno, 3 de março de 1979.
- 81) MELO, Fowler - "Menores carentes no Brasil - são mais de 14 milhões". Rio, Brasil Jovem, Ano 10 (36): 12-25, 3º quadrimestre de 1975.
- 82) MENOR - Rio, Jornal do Brasil, seção "carta", p.4, 3 de setembro de 1975.

- 83) MENOR é razão do planejamento econômico - Rio, Brasil Jovem, Ano 3 (9): 85-89, março de 1969.
- 84) MENOR lidera fuga de 51 na Fobea de S.Paulo por não ter dado adeus à namorada - Rio, Jornal do Brasil, 1º caderno, 2 de março de 1979.
- 85) MENORES Abandonados - Rio, Jornal do Brasil, seção "cartas", 23 de setembro de 1978.
- 86) MENORES Abandonados - Rio, Brasil Jovem, Ano 3 (10): 42-45, junho de 1969.
- 87) MENORES no Rio para - Rio, Jornal do Brasil, 1º caderno, seção economia, p.37, 15 de março de 1979.
- 88) MENTALIDADE preventiva na proteção do menor - Rio, Brasil Jovem, Ano 4 (15): 82-86, 3º trimestre de 1970.
- 89) MILANI, Paulo C. - "Sociedade e família no Brasil". Rio, Brasil Jovem, Ano 1 (4): 40-45, setembro de 1967.
- 90) MINISTÉRIO do trabalho estuda o assunto menor - Rio, Brasil Jovem, Ano 1 (2): p.40, dezembro de 1966.
- 91) MINISTRO da previdência não quer tortura nem grades para a reabilitação do menor - Rio, Jornal do Brasil, 1º caderno, 17 de março de 1979.
- 92) MINISTRO ouve protesto bancário - Rio, Jornal do Brasil, 1º caderno seção "economia", p.17, 10 de fevereiro de 1979.
- 93) MORAES, Edson L. - "Aspectos Jurídico - patrimoniais da marginalização social da família". Rio, Brasil Jovem, Ano 6 (24): 50-55, 4º trimestre de 1972.
- 94) MORAES, Edson L. - "Aspectos sócio-econômicos do fortalecimento da família na prevenção da marginalização do menor". Rio, Brasil Jovem, Ano 6 (24): 83-88, 4º trimestre de 1972.



- 95) MORAES, Edson L. - "Noções básicas sobre a prevenção da marginalização nos centros urbanos". Rio, Brasil Jovem, Ano 8 (30): 31-35, 3º quadrimestre de 1974.
- 96) MORAES, Edson S. et al. - "A sociedade deve à criança o que ela tem de melhor". Rio, Brasil Jovem, Ano 11 (38): 23-40, 2º quadrimestre de 1977.
- 97) MORAES, Nelson - "A situação de saúde no Brasil". Rio, Brasil Jovem, Ano 6 (24): 22-30, 4º trimestre de 1972.
- 98) MOVIMENTO em direção à comunidade terapêutica - Rio, Brasil Jovem, Ano 5 (17): 67-75, 1º trimestre de 1971.
- 99) MUITAS críticas à lei que altera trabalho do menor - São Paulo, Folha de São Paulo, 3º caderno, p. 26, 12 de março de 1978.
- 100) NETO, Manoel V. - "O problema do menor" - crítica do código de menores e sugestões para sua reforma". São Paulo, In: Anais das Semanas de Estudos do Problema de Menores, Imprensa Oficial, 1952, p. 269-280.
- 101) NETO, Zahidê M. - "As meninas - sobre o trabalho da criança e da adolescente na família proletária". Rio, Seminário: "A mulher na força de trabalho na América Latina", novembro de 1978, IUPERJ.
- 102) NOGUEIRA, Alda E.L. - "O problema do menor visto por uma dona de casa". Rio, Brasil Jovem, Ano 4 (14): 65, junho de 1970.
- 103) NORMAS para a aplicação da política do bem-estar do menor - Rio, Brasil Jovem, Ano 1 (2): 9-13, dezembro de 1966.
- 104) O BRASIL e a situação do menor - Rio, Brasil Jovem, Ano 3(11): 52-61, setembro de 1969.
- 105) O decreto-lei 279, de 1974, (C.B.T.) - Rio, Brasil Jovem, Ano 3(11): 62-63, setembro de 1969.

- 106) O DIREITO da criança à saúde - a criança fisicamente incapacitada - Rio, Brasil Jovem, Ano 3 (12): 73-80, dezembro de 1969.
- 107) O GRANDE hospital geral - saúde do menor I - Rio, Brasil Jovem, Ano 5 (17): 60-65, 1º trimestre de 1971.
- 108) O JUIZ de menores no mundo - Rio, Brasil Jovem, Ano 2(7):68-69, outubro de 1968.
- 109) OLIVEIRA, Olinto - "Segunda Conferência Nacional de Proteção à Infância". Rio, Boletim trimestral do dept.º Nac. da criança, Ano 3 (12), março de 1943.
- 110) O PROBLEMA da parasitose intestinal em menores marginalizados - Rio, Brasil Jovem, Ano 3 (11): 76-80, setembro de 1969.
- 111) O PROBLEMA dos menores - S. Paulo, In: Anais das Semanas de Estudos do problema de menores, Imprensa Oficial, 1952, p. 157-187.
- 112) O QUE é melhor, ganhar Cr\$ 550,00 ou vender flores? S. Paulo, Folha de São Paulo, 3º caderno, p. 26, 12 de março de 1978.
- 113) PARA que sobrem lugares nas cadeias ... - S. Paulo, In: Anais das Semanas de Estudos dos problemas de Menores, Imprensa Oficial, 1951, p. 353-354.
- 114) PESQUISAS sobre menores no Brasil - Rio, Brasil Jovem, Ano 3 (11): 4-9, setembro de 1969.
- 115) POLÍTICA de assistência ao menor em Pernambuco - Rio, Brasil Jovem, Ano 2 (5): 21-37, dezembro de 1967.
- 116) PROBLEMA do menor - as características comuns - Rio, Brasil Jovem, Ano 7 (30): 12-17, 2º quadrimestre de 1973.
- 117) O PROBLEMA da evasão de reprovado de cerca de 90 mil alunos no Brasil - Rio, Jornal do Brasil, 1º caderno, 8 de março de 1978.

- 118) PROFISSIONAIS cristãos analisam problema da menor abandonada - Rio, Brasil Jovem, Ano 2 (8): 54-56, dezembro de 1978.
- 119) PROJETO de código de menores - anteprojeto elaborado pela 1ª subcomissão legisladora - S. Paulo, In: Análise dos Documentos de Estudos do Problema de Menores, Imprensa Oficial, 1962, p.649-664.
- 120) RAMOS, Sidney - A responsabilidade do pai perante a mulher - Rio, Brasil Jovem, Ano 4 (11): 66, junho de 1970.
- 121) RESUMO sobre a situação dos menores na América Latina - Rio, Brasil Jovem, Ano 2 (7): 10-19, outubro de 1968.
- 122) RIBEIRO, Adalberto M. - "A defesa da criança no Brasil" - Rio, Serviço Público, Ano 6, Vol. 1 (3): 85-115, março de 1943.
- 123) RIBEIRO, Adalberto M. - "A defesa da mulher do trabalhador no Brasil" - Rio, Serviço Público, Ano 6, Vol. 1 (4): 1-10, fevereiro de 1943.
- 124) RIOS, José Arnaldo - "Infância e adolescência nos meios modernos" - Rio, Brasil Jovem, Ano 11 (32): 3-7, 29 maio dezembro de 1977.
- 125) SALVE e os outros - a criança que passa fome, que é explorada no trabalho e que sofre abandono, é abandonada em um orfanato. Esta é a realidade da infância - S. Paulo, In: Estudo de S. Paulo, 1962, p. 10-11.
- 126) S. PAULO, S. - "A infância e a adolescência nos meios modernos" - S. Paulo, In: Estudo de S. Paulo, 1962, p. 10-11.

- 128) SEMINÁRIO sobre o ensino profissionalizante acaba pedindo o pós-secundário - Rio, Jornal do Brasil, p.21, 10 de fevereiro de 1979.
- 129) SILVA E NASCIMENTO, Luiz - "Assistência social e desenvolvimento urbano - Rio, Brasil Jovem, Ano 10(35): 20-25, 2º quadrimestre de 1976.
- 130) SILVA, J. Caldeira - "O desafio das transformações". Rio, Brasil Jovem, Ano 5 (17): 25-35, 1º trimestre de 1971.
- 131) SILVA, Vicente H. - "O desenvolvimento emocional do menor na família". Rio, Brasil Jovem, Ano 6 (24): 31, 4º trimestre de 1972.
- 132) TABORDA, Tato - "A cidade e a jovem do interior". Rio, Brasil Jovem, Ano 4 (13): 30-32, março de 1970.
- 133) TABORDA, Tato - "Escrava - combate ao crime da menor". Rio, Brasil Jovem, Ano 4 (14):72-75, junho de 1970.
- 134) TAPICCA, Marival P. - "Menor abandonado - reflexo de situações de carência". Rio, Brasil Jovem, Ano 10 (36): 62-75, 3º quadrimestre de 1977.
- 135) TRABALHO do menor: Altenfelder apoia sugestão de Tolle - Rio, Brasil Jovem, Ano 10, p. 56, 1º quadrimestre de 1976.
- 136) TRAGTENBERG, Maurício - "A cobiça do capital". Rio, Em Tempo, Ano 2 (53) p. 12, 1 a 7 de março de 1979.
- 137) UM RETROCESSO social, afirmam sindicatos - S. Paulo, Folha de São Paulo, 3º caderno, p. 26, 12 de março de 1978..
- 138) UMA EXPERIÊNCIA em Brasília - internar só em último recurso: eis a política - Rio, Brasil Jovem, Ano 1 (3): 3-7, abril de 1977.

- 139) VASCONCELLOS, Marco F. - "Medicina preventiva". Rio, Brasil Jovem, Ano 4 (14): 40-45, junho de 1970
- 140) VASCONCELLOS, Marco F. - "Saúde - formação de técnicas com menores". Rio, Brasil Jovem, Ano 7 (25): 25-55, 1º quadrimestre de 1973.
- 141) VASCONCELLOS, Marco F. - "Serviços de saúde em casas de triagem". Rio, Brasil Jovem, Ano 4 (15): 19-22, 3º trimestre de 1970.
- 142) VEREZA, Lucy S. - "O papel do pai". Rio, Brasil Jovem, Ano 10, p. 8-10, 1º quadrimestre de 1976.
- 143) VIEIRA, Renato C. - "Formação profissional e a política do ensino de 2º grau". Rio, Brasil Jovem, Ano 10 (35): 30-37, 2º quadrimestre de 1976.
- 144) X Semana de Estudos do Menor reiterou internar é solução extrema - Rio, Brasil Jovem, Ano 4, p. 4-10, 3º trimestre de 1970.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS SOBRE TRABALHO FEMININO.

A - Legislação brasileira:

- 1) DECRETO N. 21.417-A - De 17 de maio de 1932 - Regula as condições do trabalho das mulheres nos estabelecimentos industriais e comerciais. Boletim do M.T.I.C, Ano 2 (21), maio 1936, Rio.
- 2) PROJECTO N. 623 - De 28 de agosto de 1937 - Crea o Departamento Nacional e o Conselho Geral do Lar, trabalho feminino, Previdência e Seguro Maternal (Da Comissão de Estatuto da Mulher-Deputada Bertha Lutz). Câmara dos Deputados. Pça. Marechal Ancora - Ponta do Calabouço, Imprensa Nacional, Rio.
- 3) PROJECTO N. 736 - De 15 de outubro de 1937 - Crea o Estatuto da Mulher (Da Comissão de Estatuto da Mulher). Câmara dos Deputados. Pça. Marechal Ancora - Ponta do Calabouço, Imprensa Nacional, Rio.
- 4) DECRETO-LEI N. 5.452 - De 19 de maio de 1943 - Consolidação das Leis do Trabalho (C.L.T.) Revista de Informação Legislativa, out/dez. 1973, p.195 a 193. (Cap. III. Da Proteção do Trabalho da Mulher).
- 5) CONVENÇÃO N. 3 - Convenção relativa ao emprego de mulheres antes e depois do parto. (1919) Revista Informação Legislativa, out/dez. 1973, p.156 a 158.
- 6) CONVENÇÃO N. 4 - Convenção relativa ao trabalho noturno das mulheres (1919). Revista Informação Legislativa, out/dez. 1973, p. 167 a 169.
- 7) CONVENÇÃO N. 41 - Convenção relativa ao trabalho noturno das mulheres - DECRETO N. 1396 - De 19 de janeiro de 1937. Revista Informação Legislativa, out/dez. 1973, p. 169 a 172.

- 8) CONVENÇÃO N. 89 - Relativa ao trabalho noturno das mulheres ocupadas na Indústria (Revista em 1948). Revista Informação Legislativa, out/dez. 1973, p. 172 a 176.
- 9) CONVENÇÃO N. 45 - Relativa ao emprego de mulheres nos trabalhos subterrâneos de toda classe de minas - DECRETO N. 3.233 - De 3 de novembro de 1938. Revista Informação Legislativa, out/dez. 1973, p. 176 a 178.
- 10) DECRETO N. 51.627 - De 18 de dezembro de 1962 - Torna pública a denúncia, por parte de Brasil, da Convenção (nº 3) relativa ao emprego das mulheres antes e depois do parto, concluída em Washington, a 29 de novembro de 1919. Revista Informação Legislativa, out/dez. 1973, p. 166.
- 11) SEABRA, José A. - "Proteção à empregada gestante" - 1959, Rio, p. 23. Serviço de Doc. M.T.I.C. (Coleção Lindolfo Collor).
- 12) DECRETO-LEI N. 744 - De 6 de agosto de 1969 - Altera o art. 379 da C.L.T., que dispõe sobre o trabalho noturno da mulher, e dá outras providências. Revista Informação Legislativa, out/dez. 1973, p. 201 a 202.
- 13) PORTARIA N. 132 - De 8 de julho de 1960 - Dispõe sobre o trabalho noturno da mulher. Revista Informação Legislativa, out/dez. 1973, p. 203 a 204.
- 14) PORTARIA N.1- De 15 de janeiro de 1969 - Departamento Nacional de Segurança e Higiene do Trabalho (Expede normas para instalações de creches em locais de trabalho e para convênios com creches distritais) Revista Informação Legislativa, out/dez. 1973, p. 223 a 224.
- 15) LEI N. 4.214 - De 2 de março de 1962 - Dispõe sobre o "Estatuto do Trabalhador Rural" Revista Informação Legislativa, out/dez. 1973, p. 224 a 225.

- 16) LEI N. 5.859 - De 11 de dezembro de 1972. - Dispõe sobre a profissão de empregado doméstico, e dá outras providências. Revista Informação Legislativa, out/dez. 1973, p. 225 a 226.
- 17) DECRETO N. 71.885 - De 9 de março de 1973. - Aprova o Regulamento da Lei nº 5.859, de 11 de dezembro de 1972, que dispõe sobre a profissão de empregado doméstico, e dá outras providências. Revista Informação Legislativa, out/dez. 1973, p. 226 a 227.

B - Livros:

- 1) ABREU, A.R.P. et all. - "A força de trabalho feminina em áreas urbanas na América Latina - uma revisão da literatura". In: Seminário: A mulher na força de trabalho na América Latina, 23 a 26 de novembro de 1978. Rio, 1978, IUPERJ, p.1 a 38.
- 2) ACTES DU COLLOQUE DE NILAN - 10/08/1975. "Sexualité et Politique". Union Générale d'Editions, Paris VI<sup>e</sup>, Grangiacomo Feltrinelli Editore.
- 3) ALVIM, B. M<sup>a</sup> Rosilene - "Notas sobre a família num grupo de operários têxteis" : MUDANÇA SOCIAL NO NORDESTE (A reprodução da subordinação) por José Sérgio Leite Lopes et all. Rio: Paz e Terra, 1979.
- 4) ALLIER, Verena M. - "Qual a mulher que merecemos?" São Paulo, Cadernos de Pesquisa nº 15 Fundação Carlos Chagas, dezembro de 1975.
- 5) BARROSO, Carmen - "Sozinhas ou mal acompanhadas - a situação da mulher chefe de família". In: Seminário: A mulher na força de trabalho na América Latina, 23 a 26 de novembro de 1978. Rio, 1978, IUPERJ, p. 1 a 17.
- 6) BELW, Donald H. - "Estratégias de trabalhadores: estratégias de sobrevivência". São Paulo, Símbolo, 1978.

- 7) BLAY, Eva A. - "Trabalho industrial X Trabalho Doméstico: A ideologia do trabalho feminino". São Paulo, Cadernos de Pesquisa, Fundação Carlos Chagas, nº 15, dezembro de 1975.
- 8) BRASIL, Ministério do Trabalho, SENAI, SENAC - "A formação profissional da mulher trabalhadora no Brasil. Rio, SENAI, 1976.
- 9) CARDONE, Marly A. - "Subsídios do Direito de Trabalho para um debate sobre a situação da mulher". São Paulo, Cadernos de Pesquisa, Fundação Carlos Chagas, nº 15, dezembro de 1975.
- 10) CASTRO, Maya - "A mulher do futuro". Porto, Afrontamento (textos 9), setembro/1974.
- 11) FIRESTONE, Shulamith - "A dialética do sexo". Rio, Labor do Brasil, 1976.
- 12) GOLDBERG, M<sup>ã</sup> Amélia A. - "Concepções sobre o papel da mulher no trabalho, na política e na família". São Paulo, Cadernos de Pesquisa, Fundação Carlos Chagas, nº 15, dezembro de 1975.
- 13) GORZ, André - "Estratégia Operária e Neocapitalismo". Rio, Zahar Ed., 1968.
- 14) KUBNER, M<sup>ã</sup> Helena - "O desafio atual da mulher". Rio, Francisco Alves, 1977.
- 15) LARGUIA, Isabel & DUMOVLIN, John. "Para uma ciência da libertação das mulheres". Lisboa, 2<sup>a</sup> edição Prelo Edições, 1975 (Série Estudos).
- 16) METZLASSOUX, Claude - "Mulheres: celeiros e capitais". Porto, Afrontamento, 1977 (Crítica e Sociedade 7).

- 17) MITCHELL, Juliet - "Woman's Estate". Nova Iorque, Vintage Books, 1973.
- 18) PAOLI, S<sup>ra</sup> Célia P.M. - "Desenvolvimento e Marginalidade", São Paulo, Pioneira, 1974.
- 19) PRANDI, J.R. "O trabalhador por conta própria sob o capital". São Paulo, Símbolo, 1978.
- 20) RANDALL, Margaret - "Las Mujeres". México, 5<sup>a</sup> ed., Siglo Veintiuno, 1976 (Colección Mínima /32).
- 21) RANDALL, Margaret - "Mujeres en la revolucion". México, 4<sup>a</sup> ed., Siglo Veintiuno, 1978 (Entrevistas).
- 22) RODRIGUES, Aracky M. - "Operário, operária". São Paulo, Símbolo, 1978.
- 23) SAFFIOTI, Heleieth J.P. - "A mulher na sociedade de classes: Mito e Realidade". Petrópolis, Vozes, 1976. (Coleção Sociologia Brasileira) Vol. 4.
- 24) SAFFIOTI, Heleieth J.P. - "A mulher sob o modo de produção capitalista". São Paulo, CONTEXTO (1), novembro de 1976, Hucitec.
- 25) SAFFIOTI, Heleieth J.P. - "Mulher, modo de produção e formação social". São Paulo, CONTEXTO (4), novembro de 1977, Hucitec.
- 26) SINGER, Paul - "Economia Política do Trabalho". São Paulo, HUCITEC, 1977, (Série Economia e Planejamento).
- 27) SHUCH, Célia et al. - "Algumas notas sobre a situação da mulher brasileira, quanto ao trabalho, à legislação trabalhista e o planejamento de saúde materno-infantil, desde 1973, até os nossos dias" (trabalho de conclusão de curso "Saúde Materno-Infantil" (Profa. Maria L. Marques) do Curso de Especialização em Saúde Pública. ENEP - 1978).



- 28) SULLEROT, Evelynne - "A mulher no trabalho". Rio, Expressão e Cultura, 1970.

C - Artigos de Revistas e Jornais:

- 1) A MARGINALIZAÇÃO do menor e sua solução - internamento ou socialização. Rio, Revista Brasil Jovem, FUNABEM, Ano 8 (28): 50-59, 1º quadrimestre de 1974.
- 2) A QUESTÃO feminina em debate. Salvador, Cadernos do CEAS, (42): 45 a 55, março/abril de 1976 (Entrevista com Heleieth Saffioti).
- 3) ABELL, Irvin - "O médico na indústria e a defesa nacional". Rio, Boletim do Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio, Ano 8 (96): 111-118, agosto de 1942.
- 4) ABORTO de pobre é aborto. São Paulo, ISTO É, p. 30, 6 de abril de 1977.
- 5) ALENCAR, Ana V.A.N. - "A mulher e as leis do trabalho". Rio, Revista de Informação Legislativa, p. 113 - 252, outubro a dezembro de 1973.
- 6) ARAÚJO, Oscar E. - "Padrão de vida dos operários em São Paulo". Rio, Boletim do Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio, Ano 8 (91): 81 - 97, março de 1942.
- 7) BARROS, Mônica S.L. - "Trabalho feminino e sindicalismo no Brasil (1900-1920)". Niterói, CONTRAPONTO, Ano 1, novembro de 1976.
- 8) PASSWETIC, Maria P. - "O novo evangelho do Serviço Social (S.O.A.S. : Serviço de Organização e Assistência Social)". Porto Alegre, 23 de outubro de 1943, p. 1-7. (Coleção Arthur Ramos. Biblioteca Nacional).

- 9) BUENO, Ruth - "A mulher na década de 70". Rio, JURÍDICA, Ano 16 (112): 181 - 191, janeiro/março de 1975.
- 10) EMPREGADAS domésticas. Salvador, Cadernos do CEAS (36): 26 - 28, março/abril de 1975.
- 11) ESTATÍSTICA de acidentes do trabalho - Rio, Boletim do Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio, Ano 8 (89): 179 - 195, janeiro de 1942.
- 12) PARANI, Alberto - "Educação sexual no casamento". Rio, Comunicação à I<sup>a</sup> Conferência Inter-Americana de Higiene Mental, p. 1 - 7, 1935 (Coleção Arthur Ramos - Biblioteca Nacional).
- 13) FERRAZ, Ester F. - "O problema da prostituição em relação aos menores". In: IV Semana de Estudos dos Problemas dos Menores (23 a 27 de julho de 1951). Realizada sob os auspícios da Presidência do Tribunal de Justiça de São Paulo. São Paulo, Imprensa Oficial, 1952, p. 611 - 612.
- 14) FONSECA, Romy M. - "A mulher e o desenvolvimento nacional". Rio, JURÍDICA, Ano 16 (114): 155 - 161, julho a setembro de 1971.
- 15) FRANCO, Mariana B. - "O trabalho da mulher e do menor". Rio, BRASIL JOVEM, FUNABEM, Ano 2 (7): 80-81, outubro de 1968.
- 16) CODDY, Carlinda - "Mulher: um problema ainda sem denominação". Salvador, Cadernos do CEAS, (36): 15-18, março/abril de 1975.
- 17) GUERRA, Regina - "Paternidade responsável - o lado legal de uma situação marginal". Rio, BRASIL JOVEM, FUNABEM, Ano 2 (7): 84-87, outubro de 1968.

- 18) JELIN, Elizabeth - "O trabalho feminino na Bahia". Rio, DADOS, JUPERJ (12), 1976.
- 19) KIEHL, Maria - "O trabalho da mulher fora do lar". Rio, Boletim do Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio, Ano 8 (96): 83-95, agosto de 1942.
- 20) KIEHL, Maria - "O trabalho da mulher fora do lar". Rio, Boletim do Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio, Ano 9 (97): 97-129, setembro de 1942.
- 21) KNASTER, Meri - "Women in latin America: the state of research - 1975". Latin American Research Review, vol. 2, nº 1, 1976.
- 22) LAFER, Betty M. - "Em busca do feminino". Rio, Cadernos de Opinião, (1): 61-69, 1975.
- 23) LAGES, Lily - "A nova mulher e o problema da infância". Salvador, Archivos do Instituto Nina Rodrigues, Ano 2 (3-4): 1-24, 1933. (Coleção Arthur Ramos - Biblioteca Nacional).
- 24) LIMA, Albino - "O trabalho da mulher e a previdência social". Rio, JURÍDICA, Ano 16 (112): 209-221, janeiro/março de 1971.
- 25) LITAIFF, Alexandre et all - " Prostituição - seu nome é miséria". Rio, BRASIL JOVEM, FUNABEM, Ano 4 (15): 52-61, 3º trimestre de 1970.
- 26) LOPES, Helvécio X. - "O trabalho feminino no Brasil". Rio, Boletim do Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio, Ano 3 (32): 99-111, abril de 1937.
- 27) MADEIRA, Felícia e SINGER, Paul - "Estrutura do emprego e trabalho feminino no Brasil - 1920/1970". São Paulo, Colóquio, (10), 1975.

- 28) MALTA, Christovão P.T. - "Proteção ao trabalho da mulher". Rio, Indústria e Produtividade, p. 18-20, março de 1970.
- 29) NÃO-DE-CUJA feminina - O trabalho em tempo parcial. Rio, Desenvolvimento e Conjuntura, Ano 7 (5): 42-50, maio de 1963.
- 30) MATO Manuel A. - "A mulher cordial perante "Esses Lopes". Salvador, Cadernos do CEAS (36): 19-23, março/abril de 1975.
- 31) MEISSNER, M. - "Sur la division du travail et l'inegalité des sexes". Paris, Revue de Sociologie du Travail, nº 4, 1975.
- 32) MORAES, Antônio C. - "Mulher já pode trabalhar à noite". Rio, Indústria e Produtividade, p. 34, janeiro/março de 1970.
- 33) MORAES, Maria - "A questão feminina". São Paulo, Cadernos CEBRAP, nº 16 (S.D.)
- 34) MORTARA, Giorgio - "A distribuição da população do Brasil segundo ramos de atividade". Rio, Revista Brasileira de Economia, Ano 1 (1): 75-103, setembro de 1947 (FG.V.)
- 35) MULHER - depoimento sobre um trabalho ignorado, São Paulo, Cadernos de Debate, Brasiliense, 1976.
- 36) O TRABALHADOR químico - Boletim Informativo do Sindicato dos Trabalhadores nas Indústrias Químicas e Farmacêuticas. São Paulo, Ano 11 (29): 4-6, maio/junho de 1978.
- 37) PROSTITUIÇÃO do Feticel. Salvador, Cadernos do CEAS, (36): 24-26, março/abril de 1975.
- 38) REIS, Álvaro H. - "Trabalho da mulher nas ferrovias". Rio, Boletim Informativo do Sindicato dos Trabalhadores nas Indústrias Químicas e Farmacêuticas, Ano 11 (29): 4-6, maio/junho de 1978.

- 39) REZENDE, Zeia P. - "O trabalho e a mulher". Rio, JURÍDICA, Ano 15 (111): 122-126, outubro/dezembro de 1970.
- 40) SECOMBE, W. - "The house wife and her work in capitalism", England, New Left Review (83): 89-94, 1973.
- 41) SHEFFARD, J.V. - "Saúde para a mulher que trabalha fora do lar". Rio, Revista do Serviço Público (DASP), Ano 12 (2): 63-65, Vol. 1, fevereiro de 1949.
- 42) SILVA, Luiz G.N. - "Mulher - um ser humano completo". Rio, Brasil Jovem, FUNABEM, Ano 10. 58-61, 1º quadrimestre de 1976.
- 43) TOSI, Lúcia - "Criatividade científica da mulher. Rio, Cadernos de Opinião (2): 43-50, 1975.
- 44) TRABALHO feminino na categoria química-farmacêutica. São Paulo, DIEESE, p. 1-4 (S.d.).
- 45) UNESCO - Ano Internacional da Mulher. Rio, O Correio, Ano 3 (5): 1-34, maio de 1975.
- 46) VASCONCELLOS, Marcos F. - "Observações em partos de menores realizados no Hospital da FUNABEM". Rio, Brasil Jovem, Ano 3 (10): 64-69, junho de 1969.
- 47) VIANNA, M<sup>a</sup> Sophia B. - "A evolução do trabalho da mulher", Rio, Boletim do Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio, Ano 4 (37): 99-100, Setembro de 1937.
- 48) VILLAVICENCIO, J. - "Sector informal y población marginal". Seminário Internacional sobre el empleo en el sector informal urbano en América Latina. Caracas: CLACSO (mimeo).
- 49) IS CONGRESSO da mulher paulista. São Paulo, J. Brasil Mulher, Ano 4 (15), abril de 1979.



- 50) 1º CONGRESSO da mulher paulista - "Mulher! Abra os olhos". São Paulo, J. Em Tempo, Ano 2 (54): 12, 8 - 14 de março de 1979.
- 51) 1º CONGRESSO da mulher metalúrgica. São Paulo, J. Brasil Mulher, Ano 3 (10): 3, dezembro de 1977.
- 52) 1º CONGRESSO da mulher metalúrgica de São Bernardo e Diadema. São Paulo, Sindicato dos Trabalhadores nas Indústrias Metalúrgicas, Mecânicas e de Material Elétrico de S. Bernardo do Campo e Diadema. (Material cedido pelo DIEESE (SP)).
- 53) 1º CONGRESSO da mulher paulista - documento básico do Encontro Nacional de Mulheres. Rio, Jornal do Brasil, Caderno B, p.1, 20 de março de 1979.
- 54) 1º CONGRESSO da trabalhadora do setor químico-farmacêutico de São Paulo (Relatório sobre problemas que ocorrem no ambiente de trabalho). São Paulo, Sindicato dos Trabalhadores nas Indústrias Químicas e Farmacêuticas de São Paulo, maio de 1978. (Material cedido pelo DIEESE (SP)).
- 55) A GRANDE minoria - Porque lutam as mulheres? São Paulo, J. Movimento, p.16, 27 de fevereiro de 1978.
- 56) A NOITE da mulher é o lucro do patrão. Rio, J. Brasil Mulher, Ano 3 (12): 10-11, maio de 1978.
- 57) AS TRABALHADORAS. Rio, Opinião, p.6, 11 de março de 1974.
- 58) COIMBRA, Custódio et al - "Um problema pro Estado: Pega que o filho é teu (aborto)". Rio, J. Repórter (8): 24-27, julho de 1978.
- 59) DESMAMA propõe facilitação de situação. São Paulo, O Estado de São Paulo, p.24, 20 de setembro/1975.

- 60) DIREITOS trabalhistas da mulher gestante. São Paulo, Brasil Mulher, Ano 3 (10): 14/dezembro/1977.
- 61) DOCUMENTO 8 de marco de 1977 - Dia Internacional da Mulher. São Paulo, Brasil Mulher, Ano (2): 1-7, abril de 1977.
- 62) E SE AS MULHERES tomarem o poder? Rio, Jornal do Brasil, Caderno B., p.1, 20 de março de 1979.
- 63) EMPREGO e salário na indústria metalúrgica de São Bernardo do Campo e Diadema. São Paulo, DIEESE, p.1-13, 1977.
- 64) ENCONTRO debate os problemas da mulher. São Paulo, O Estado de São Paulo, p.37, 4 de março de 1979.
- 65) EXPLICADO o milagre brasileiro: disparou a jornada de trabalho. São Paulo, Em Tempo, p.12, 22 de dez/1977 a 12/jan/1978.
- 66) FRANCHETTO, Bruna e APNT, Ricardo - "Como unir o coração e a política - a infância original". Rio, Beijo, (2): 16-21, dezembro de 1977.
- 67) INDÚSTRIA de transformação tem mais de metade de mão-de-obra em São Paulo. Rio, Jornal do Brasil, Carta Industrial, 25 de maio de 1978.
- 68) LEON, Ethel et all - "Mulheres e metalúrgicas - o machismo, cúmplice do capital". São Paulo, Em Tempo, p.7, 4 a 18 de fevereiro de 1978.
- 69) MARTINS, José de S. - "O homem também não é livre". São Paulo, Movimento, p.20, fevereiro de 1978.
- 70) MÁS condições de vida causam aumento de abortos. São Paulo, O Estado de São Paulo, p.43, 2 de maio de 1976.

- 71) METALÚRGICAS vencem o medo (Encontro das metalúrgicas de Belo Horizonte e Contagem - MG em 18/2/79) São Paulo, Em Tempo, Ano 2 (53):2, 1 a 7 de março de 1979.
- 72) MISÉRIA total mata em três dias três filhos menores de uma mulher em Pernambuco. Rio, Jornal do Brasil, 19 caderno, 16 de março de 1979.
- 73) MORENO, Rachel - "Era uma vez a rainha do lar..." São Paulo, Brasil Mulher, Ano 2 (11): 12 de março de 1978.
- 74) MORENO, Rachel - "Operárias sofrem represálias. São Paulo, Movimento, p.6, 27 de fevereiro de 1978.
- 75) MULHER, patrimônio social do Estado. São Paulo, Brasil Mulher, Ano 3 (12): 15 de maio de 1978.
- 76) MULHER: um mito, até quando? São Paulo, Brasil Mulher, Ano 3 (10): 8-9 de dezembro de 1977.
- 77) MULHERES de todo o Brasil, uni-vos. (Encontro Nacional de Mulheres - Rio - 8 a 11/março/1979) São Paulo, Em Tempo, Ano 2 (55): 16, 15 a 21 de março de 1979. (Centro da Mulher Brasileira).
- 78) NA linha de montagem. São Paulo, Movimento, p.17, 27 de fevereiro de 1978 (Entrevistas com operárias metalúrgicas).
- 79) NISKIER, Clarice - "Bebê vive com ratos nas creches clandestinas". Rio, Repórter, Ano 2 (14): 18-20 de março de 1979.
- 80) NO Brasil, o aborto é proibido, mas acontece. São Paulo, Brasil Mulher, Ano (2): 4 de julho de 1978.
- 81) NUNCA compreendi a emancipação da mulher fora da libertação da classe operária. São Paulo, Movimento, p.17, 27 de fevereiro de 1978. (Entrevista com a jornalista Helenir de Almeida).

- 82) PESQUIFA realizada no 1º Congresso da Mulher Metalúrgica. São Paulo, Brasil Mulher, Ano 2 (11): 7-9, março de 1978.
- 83) PONTES, Rosa - "Por uma frente das mulheres". São Paulo, Em Tempo, Ano 2 (55): 16, 15 a 21 de março de 1979.
- 84) QUEBRANDO castanhas. São Paulo, Brasil Mulher, Ano 3 (12): 14, maio de 1978.
- 85) REFORMA na legislação trabalhista prevê mulher e menor mais protegidos. Rio, Última Hora, p.2, 28 de agosto de 1978.
- 86) SCWANZER, Alice - "Não à penetração traumática, sim ao prazer - (questão feminina)". Rio, Beijo, (5): 27-28, abril de 1978.
- 87) SQUILANTI, Sérgio - "Como organizar as mulheres?" São Paulo, Em Tempo, p.5, 6 a 20 de março de 1978.
- 88) TRABALHADORAS e leis. São Paulo, Em Tempo, p.5, 6 a 20 de março de 1978.
- 89) VASCONCELOS, Gilberto - "Além do princípio da estupidez". Rio, Beijo, (23): 24-25, janeiro de 1978.
- 90) VIM para discutir a liberdade que a mulher tem que ter (Congresso das químicas). São Paulo, Brasil Mulher, Ano 3: 13 de julho de 1978.

/nb

## RELATÓRIO DE ATIVIDADES

Sergio Koifman

Durante o período de abril a dezembro de 1979, foi iniciado o trabalho de campo para a coleta de dados da presente investigação.

De acordo com a metodologia apresentada em relatório anterior, foram formados sete coortes de escolares (6 anos de idade), num total de 703 unidades de observação (período 1959-71). A partir destes, obteve-se informação relativa a dados antropométricos (peso e altura), registrados durante o exame de inspeção escolar. A análise dos mesmos ainda não foi concluída, e assim, apresentamos alguns resultados parciais que serão complementados futuramente.

Tabela 1 - Médias do Peso (gr) em Escolares da Xª RA, segundo sexo e coorte de nascimento.

ANO DE NASCIMENTO	P E S O   G R A M A			
	MASCULINO		FEMININO	
	n	Média	n	Média
1959	44	19.343,2	43	20.767,4
1961	49	20.306,1	54	20.848,0
1963	51	19.888,2	50	19.808,1
1965	57	19.807,0	58	19.720,5
1967	53	20.823,6	48	20.918,7
1969	50	20.604,0	50	21.430,2
1971	47	20.931,9	49	20.757,1

/...



Tabela 2 - Médias de Altura (cm) em Escolares da X<sup>a</sup> RA, segundo sexo e coorte de nascimento.

ANO DE NASCIMENTO	A L T U R A (cm)			
	MASCULINO		FEMININO	
	n	Média	n	Média
1959	44	113.9	43	112.5
1961	49	115.0	54	118.5
1963	51	112.6	50	114.1
1965	57	113.7	58	116.8
1967	53	115.4	48	116.5
1969	50	114.6	50	115.8
1971	47	115.0	49	115.2

Através da análise destes dados ainda que insuficiente, pode-se formular a suspeita de uma inversão na tendência de crescimento nos escolares da X<sup>a</sup> RA durante o período 1967-71. Contudo, este fenômeno deverá ser estudado mais profundamente, uma vez que prossiga a análise conjugada das variáveis peso e altura, considerando também outros grupos etários.

*Luiz Kifer*  
24/01/80

A UTILIZAÇÃO DOS ANTICONCEPTIVOS ORAIS E SUA APLICAÇÃO  
EM PROGRAMAS DE PLANEJAMENTO FAMILIAR

Dr. Sergio Koifman

## INTRODUÇÃO

A utilização de pílulas anticoncepcionais vem sendo uma das maiores transformações nos hábitos reprodutivos nas últimas décadas, representando talvez um dos grandes rubros de faturamento das indústrias farmacêuticas no mundo neste período.

Sendo comercializada inicialmente nos EUA em junho de 1960, teve posteriormente uma ampla difusão internacional, com a venda de aproximadamente 325 milhões de ciclos em 1977, para 25 milhões de mulheres (21 milhões nos países desenvolvidos e 4 milhões nos subdesenvolvidos).

Além da comercialização direta, as pílulas anticoncepcionais vem sendo distribuídas através de alguns organismos internacionais, sendo os principais, a United States Agency For International Development (USAID) - 4 milhões de ciclos distribuídos em 1968 e 105 milhões em 1978 -, a Swedish International Development Authority (SIDA) - 54 milhões de ciclos distribuídos entre 1967 e 1977 -, e a United Nations Fund for Population Activities (UNFPA).

Atualmente, o seu uso varia de país a país: sendo desprezível, por exemplo, em Bangladesh, é utilizada em mais de 40% das mulheres de 15-49 anos na Holanda. No Brasil, as vendas, ainda que pequenas frente à magnitude do comércio internacional, vem crescendo rapidamente: de 6.895.000 ciclos vendidos em 1970 para 28.577.800 ciclos em 1977, ou seja um aumento superior a 300%, que atingiu de 2,7% a 8,7%, respectivamente, das mulheres em idade fértil no país.

Durante este período de quase duas décadas de utilização de pílulas anticoncepcionais, vários estudos vem sugerindo um importante papel daquele medicamento como fator etiológico de diversas doenças (hipertensão arterial, infarto do miocárdio, formação de

coágulos na rede venosa e arterial, hepatite e outros).

Assim, a Revista "Population Reports", publicada pelo Population Information Program da John Hopkins University, USA, dedica o seu número 5 de janeiro de 1979 a uma revisão dos distintos trabalhos científicos que abordam o problema da segurança e efeitos colaterais no uso de pílulas anticoncepcionais.

Este trabalho representa uma tentativa de análise dos principais problemas suscitados na referida publicação, buscando estabelecer algumas conclusões sobre o uso dos anticoncepcionais a partir das evidências sugeridas pela literatura específica do tema.

### METODOLOGIA

Do ponto de vista epidemiológico, a comprovação da associação causal existente entre dois fenômenos é dada por um conjunto de procedimentos que compreendem os chamados estudos analíticos.

Entre estes ganham importância dois tipos de estudos, cujas características metodológicas passaremos a resumir:

a) Estudos de história de casos:

Estes estudos tomam como objeto de análise dois grupos diferenciados pela presença ou ausência de uma determinada patologia, sendo respectivamente denominados de casos e controles; posteriormente, procede-se à determinação de frequência com que um determinado fator de exposição esteve presente nos indivíduos de ambos os grupos. Em resumo, o estudo é iniciado no sentido do efeito (presença ou ausência da doença) à causa (fator de exposição).

b) Estudos de Coortes:

Aqui, a diferenciação entre os grupos em estudo se faz pela presença ou ausência de um determinado fator de exposição, para buscar-se num segundo momento, a frequência de indivíduos doentes no grupo de expostos e no de não expostos. Ao contrário dos estudos de história de caso o ponto de partida é a causa, buscando-se quantificar o efeito.

A título de exemplo, se buscássemos analisar o grau de associação entre o uso de anticoncepcionais (fator de exposição) e o aparecimento de tumores na mama (doença), poderíamos realizar aqueles dois tipos de estudos da seguinte maneira:

a) Estudo de história de Casos:

Seriam formados dois grupos de mulheres, um deles com tumores mamários (casos) e o outro sem esta doença (controles); posteriormente, buscaria-se comparar a frequência de indivíduos em ambos



os grupos que usavam anticoncepcionais (fator de exposição).

b) Estudo de coortes - os dois grupos estariam constituídos por mulheres que usavam anticoncepcionais(expostas) e mulheres que não utilizavam este medicamento (não expostos). Então, proceder-se-ia a comparar a frequência de indivíduo que vieram a desenvolver tumores de mama em ambos os grupos (taxas de incidência em expostos e não expostos).

A razão pela qual ambos tipos de estudos realizam uma comparação de frequências (do fator de exposição no estudo de história de casos, e da doença no estudo de coortes), deve-se à concepção de que a doença é devida a uma multiplicidade de causas, e desta maneira, se por ventura os anticoncepcionais estivessem associados à formação de tumores de mama, estes poderiam ser gerados também por outros fatores causais.

É em base a este tipo de raciocínio que procura-se dimensionar a ação causal de um determinado fator de exposição, através de uma medida específica, o chamado Risco Relativo. Este é quantificado, nos estudos de coortes, em base à razão entre a taxa de incidência de uma determinada patologia no grupo de expostos e a taxa respectiva no grupo de não expostos.

Em um sentido de rigor estrito, a utilização do risco relativo para medir o grau de associação causal entre dois eventos, apresenta alguns problemas conceituais.

Sendo a doença o resultado de um processo extremamente complexo, no qual intervêm uma série de fatores (desde o plano social, até o individual) resultaria pueril considerar somente a ação causal de apenas um fator, como tradicionalmente realiza-se nos estudos epidemiológicos analíticos.

Por outro lado, estes estudos estão baseados em grupos de indivíduos (amostras), sobre os quais procura-se reunir a mais fidedigna representação possível que realmente ocorre no conjunto da população. Assim, quaisquer falhas técnicas na determinação das amostras

os grupos que usavam anticoncepcionais (fator de exposição).

b) Estudo de coortes - os dois grupos estariam constituídos por mulheres que usavam anticoncepcionais (expostas) e mulheres que não utilizavam este medicamento (não expostos). Então, proceder-se-ia a comparar a frequência de indivíduo que vieram a desenvolver tumores de mama em ambos os grupos (taxas de incidência em expostos e não expostos).

A razão pela qual ambos tipos de estudos realizam uma comparação de frequências (do fator de exposição no estudo de história de casos, e da doença no estudo de coortes), deve-se à concepção de que a doença é devida a uma multiplicidade de causas, e desta maneira, se por ventura os anticoncepcionais estivessem associados à formação de tumores de mama, estes poderiam ser gerados também por outros fatores causais.

É em base a este tipo de raciocínio que procura-se dimensionar a ação causal de um determinado fator de exposição, através de uma medida específica, o chamado Risco Relativo. Este é quantificado, nos estudos de coortes, em base à razão entre a taxa de incidência de uma determinada patologia no grupo de expostos e a taxa respectiva no grupo de não expostos.

Em um sentido de rigor estrito, a utilização do risco relativo para medir o grau de associação causal entre dois eventos, apresenta alguns problemas conceituais.

Sendo a doença o resultado de um processo extremamente complexo, no qual intervêm uma série de fatores (desde o plano social, até o individual) resultaria pueril considerar somente a ação causal de apenas um fator, como tradicionalmente realiza-se nos estudos epidemiológicos analíticos.

Por outro lado, estes estudos estão baseados em grupos de indivíduos (amostras), sobre os quais procura-se reunir a mais fidedigna representação daquilo que realmente ocorre no conjunto da população. Assim, quaisquer falhas técnicas na determinação das amostras

seja do ponto de vista quantitativo (número de pessoas estudadas) ou qualitativo (precisão na inclusão do conjunto de características que existem na população), poderão induzir a conclusões imprecisas.

Finalmente, todos os resultados sugestivos de uma possível associação causal só poderiam ser comprovados de fato em condições experimentais, ou seja, na medida em que o investigador tivesse o pleno controle sobre as variáveis que são objeto de sua análise (fenômeno que não ocorre em sua totalidade nos estudos analíticos).

Se por um lado todos estes elementos são uma realidade, por outro lado, o conhecimento médico vem avançando substantivamente nos últimos anos graças a uma ampla difusão dos estudos epidemiológicos.

Mesmo tomando em consideração a ausência das condições necessárias aos estudos experimentais, as investigações analíticas podem simular com fidedignidade as condições reais de vida, uma vez que tomem em consideração uma série de precauções em sua construção metodológica. Neste sentido, o avanço recente das técnicas estatísticas aplicadas aos estudos epidemiológicos tem sido considerável, estimando de maneira precisa o grau de erro passível de ser cometido nas suas conclusões.

Por último, a evidência sobre a validade da utilização de estudos analíticos pode ser corroborada pelo avanço no conhecimento médico que estes estudos permitiram. Assim, podem ser citados como exemplo as associações já estabelecidas entre o tabaquismo e câncer pulmonar (adenocarcinoma broncogenico), entre a rubéola no início da gestação e o aparecimento de malformações congênitas no recém-nascido, entre leucemia e exposição à radiações, entre morte por parada cardíaca após o uso de aerossóis, broncodilatadores em asmáticos, etc.. Atualmente, a aceitação dos estudos epidemiológicos no meio científico é de tal ordem, que somente conclusões baseadas em tais tipos de estudos são tomadas em consideração na literatura especializada.

Assim, tendo como ressalva os prós e contras inerentes aos estudos analíticos, basearemos nossa análise naquelas evidências su- geridas através das investigações sobre o uso de anovulatórios (pí- lulas anticoncepcionais) relatadas na publicação em questão.

Para tanto, utilizaremos como critério os distintos graus assumidos pelos riscos relativos nos estudos sobre o tema, da se- guinte maneira:

1º- Riscos Relativos iguais ou menores que 2.0 - Considerados como riscos de pequena magnitude, ou seja, evidenciado a inexistên- cia de associação causal entre os fenômenos considerados.

2º- Riscos Relativos compreendidos entre 2.1 e 3.0 - Conside- rados como riscos cuja magnitude, ainda que discretamente elevada, pode ser devida ao acaso (tipo de amostragem realizada, magnitude do universo amostral, etc.). Assim, também não serão considerados como refletindo uma associação causal.

3º- Riscos Relativos compreendidos entre 3.0 e 4.9 - Conside- rados como riscos elevados, refletindo uma possível associação cau- sal.

4º- Riscos Relativos iguais ou superiores a 5.0 (1)- Conside- rados como riscos muito elevados, evidenciando a real ação causal do fator de exposição analisado.

Desta maneira a adoção de um critério uniforme de análi- se permitirá tecer considerações sobre os resultados já evidencia- dos em vários estudos sobre o uso de anovulatórios.

ANÁLISE DOS TRABALHOS CIENTÍFICOS

Um dos principais estudos de coortes sobre o uso de métodos contraceptivos é o Oxford/Family Planning Association Study(2) de 1968. Realizado na Inglaterra, ele analisa o desenvolvimento posterior de várias doenças em 17 mil mulheres de 25 a 49 anos que no início da investigação, caracterizavam-se por adotar os seguintes métodos anticoncepcionais: 56% com pílulas anticoncepcionais (PA); 19% com dispositivo intra-uterino (DIU); e 25% com diafragma (DIA).

Os resultados encontrados estão sumarizados na tabela abaixo:

Tabela I - Taxas de Incidência de Diversas Patologias em Mulheres Utilizando Diferentes Métodos Anticonceptivos, Oxford/Family Planning Association study, 1968-1975.

Patologia	Taxa de Incidência Segundo Método Anticonceptivo Utilizado *		
	PA	DIA	DIU
Neoplasias malignas .....	0,55	1,17	1,13
Diabetes mellitus .....	0,19	0,53	0,80
Neoplasias benignas de mama ..	2,92	5,62	4,63
Distúrbios da menstruação (exceto amenorréia e oligomenorréia)	6,47	8,43	8,38
Ulceração do colo uterino.....	9,24	4,82	3,03
Doenças da pele e Tec. subcutânea.....	7,82	6,01	5,38
Psoríase .....	0,73	0,24	0,11
Acidente Vascular Cerebral....	0,43	0,06	
Trombose venosa e coágulo pulmonar.....	1,06		0,033 **

\* - Taxas por 1000 mulheres - ano de observação (\*\*)



\*\* - taxa de incidência no conjunto de mulheres usando diafragma e dispositivos intra uterino.

\*\*\* - Muitas vezes a população analisada num estudo de coortes - apresenta características que dificultam sua utilização como denominador da taxa de incidência, em função da própria dinâmica que esta população apresenta. Por exemplo, embora o estudo pudesse ser iniciado com determinado número de indivíduos, é provável que alguns abandonassem a investigação durante o seu curso por mudança de moradia, por morte, etc. ; por outro lado, outras pessoas poderiam ser integradas à população estudada após o início da mesma. Quando é previsível a ocorrência destes tipos de eventos, costuma-se adotar outro denominador para o cálculo das taxas de incidências, denominado pessoas-anos de observação, o qual mediria, com mais precisão, o período específico em que a população estudada estaria exposta ao risco de vir a padecer da doença.

A título de exemplo, 100 mulheres utilizando pílulas anticoncepcionais durante 8 anos estabeleceriam um denominador de 800 (100 x 8) mulheres-anos de observação, que é o mesmo para 200 mulheres utilizando anticoncepcionais durante 4 anos (200 x 4), 100 mulheres estudadas durante 5 anos (100 x 5), etc. Nesses três exemplos, apesar dos diferentes períodos de estudo (8, 5 e 4 anos), o período de exposição é o mesmo (200 mulheres-anos de observação).



Tabela III - Riscos Estimados no Uso de Pílulas Anticoncepcionais versus o Uso de Diafragma, Oxford F. P. A. Study, 1968-1975.

PATOLOGIA	RISCO RELATIVO
	Uso Pílula Anticoncep/uso Diafragma
Ulceração Colo Uterino .....	$9.24/3.03 = 3.05$
Doenças pele e tecido subcutâneo .....	$7.82/5.38 = 1.45$
Psoríase .....	$0.73/0.24 = 3.04$
Acidente Vascular Cerebral ..	$0.43/0.06 = 7.17$
Trombose Venosa e Embolia Pulmonar .....	$1.06/0.33^* = 3.21$

\* - Taxa de incidência no conjunto de ♀ usando DIU e Diafragma.

Em função das tabelas 2 e 3, e de acordo com os critérios assinalados anteriormente (Metodologia), podemos concluir que:

a) o uso de pílulas anticoncepcionais apresenta uma associação causal com acidente vascular cerebral.

b) existem fortes evidências de que o uso de pílulas anticoncepcionais apresenta também associação causal com erosão e ulceração do colo uterino, psoríase, trombose venosa e embolia pulmonar.

c) os riscos para doenças de pele e tecido subcutâneo, neoplasias benignas de mama e distúrbios menstruais são semelhantes em mulheres que usam pílulas anticoncepcionais ou diafragma.

d) os riscos de neoplasias malignas e diabetes mellitus, embora sejam maiores em mulheres que usam pílulas anticoncepcionais,

podem ser devidos ao acaso e não apresentam evidências epidemiológicas consistentes.

Outra investigação importante sobre o tema é o Royal College of General Practitioner's Oral Contraception Study, realizado na Inglaterra em 1968. Este estudo analisou 46 mil mulheres de 15 a 45 anos a respeito ao uso de pílulas anticoncepcionais, havendo sido também possível determinar diferentes riscos frente ao consumo daquele medicamento. (3)

Tabela IV - Taxas de Mortalidade\* em Mulheres Segundo Uso de Pílulas Anticoncepcionais, Royal College of General Practitioner's Oral Contraception, Study, 1968.

CAUSA DE MORTE	TAXA MORTALIDADE		
	Usando PA	Nunca Usando PA	Risco
1. Neoplasias	15.8	21.1	0.8
2. Doenças Sistema circulatório	25.8	5.5	4.7
2.1 Doença cardíaca não reumática	10.4	2.5	4.0
2.2 Acidente vascular cerebral	13.2	2.8	4.7

\* Taxas por 100.000 mulheres-ano.

A Análise epidemiológica destes dados permite concluir que:

a) não existem evidências de que o uso de pílulas anticoncepcionais acarrete maior risco de desenvolver câncer.

b) existem fortes evidências de que o uso de pílulas anticoncepcionais provoque maiores riscos de morte por doenças do sistema cardiovascular, principalmente acidente vascular cerebral.

Este estudo permitiu também evidenciar o efeito acumulativo que o uso dos anticoncepcionais orais apresenta sobre a probabilidade de morte por doenças circulatórias: enquanto o risco para mulheres que usaram o medicamento durante períodos menores que 5 anos (em relação àquelas que nunca utilizaram pílulas) era de 3.3, para aquelas em que o uso estendera-se por períodos maiores de 5 anos, o risco ascendia a 9.7 (tabela 5).

Tabela V - Taxas de Mortalidade (por 100.000 mulheres-anos)\* por Doenças Circulatórias Segundo Tempo de Uso de Anticoncepcionais Orais, Royal College Study 1968-75

TEMPO DE USO DE PA (meses)	TAXA MORTALIDADE		RISCO Relativo
	Consumidoras de PA	não consumido ras de PA	
1 - 59	17.5	5.2	3.3
60 ou mais	50.5	5.2	9.7

\* Taxas estandarizadas por idade.

Além do tempo, dois outros fatores são mencionados como possíveis de agravar o risco representado pelo uso dos anticoncepcionais orais: o tabagismo e a idade da mulher (maiores de 35 anos), prin-

principalmente quando estas não apresentam condições predisponentes para as doenças circulatórias (obesidade, hipertensão, diabetes, níveis elevados de colesterol, etc.).

Tabela VI - Taxas de Mortalidade (por 100.000 mulheres-ano) por Doenças Circulatórias Segundo Idade da Mulher e Hábito de Fumar em Consumidoras e Não Consumidoras de Pílulas Anticoncepcionais, Royal College Study, 1968-75.

IDADE	TAXAS MORTALIDADE	
	Consumidoras de PA	Não Consumidoras PA
15 - 24	7.5	0
25 - 34	8.8	4.4
35 - 44	42.6	9.6
45 - 49	140.9	0
HÁBITO DE FUMAR		
não	13.8	3.0
sim	39.5	8.9

A análise da tabela é evidência que:

a) na medida que aumenta a idade da mulher, aumentam as taxas de mortalidade por doenças circulatórias em cada grupo etário; contudo, as taxas tendem a ser muito inferiores no grupo de mulheres que não consumiam anticoncepcionais orais. Assim, a taxa no grupo de 25 a 34 anos que não consumiam anovulatórios (4.4) é menor que a taxa do grupo de 25 a 34 anos que consumiam o medicamento (7,5); idem para a faixa etária de 35 a 44 anos em não consumidoras (9.6), taxa

esta muito semelhante àquela do grupo 25 - 34 de consumidoras (8.8).

b) em relação ao tabaquismo, observa-se um fenômeno semelhante: embora as fumantes apresentem um risco aproximadamente 3 vezes maior do que as não fumantes, a taxa de mortalidade nas fumantes que não usavam anticoncepcionais orais (8.9) é ainda assim menor do que a taxa nas não fumantes mas que ingeriam o medicamento (13.8).

As doenças venosas tromboembólicas (devido à formação de coágulos) constituem um grupo de patologias cuja etiologia relacionada ao uso de anticoncepcionais orais é incontestada atualmente.

Esta associação causal pode ser evidenciada na tabela 7, onde observamos um gradiente crescente nas taxas de incidência de doenças tromboembólicas a partir de mulheres que nunca usaram anticoncepcionais orais, mulheres que foram ex-consumidoras e mulheres que sempre (durante o período da investigação), utilizaram o medicamento. Ao contrário de outras doenças circulatórias, observou-se que o efeito dos anticoncepcionais orais na produção de doenças tromboembólicas independia do hábito de fumar.

/...

Tabela VII - Taxas de Incidência (por 1000 mulheres-ano) de Doenças Tromboembólicas Segundo Consumo de Anticoncepcionais Oraais. Royal College Study, 1968-75.

	TAXA INCIDÊNCIA			RISCO	
	Consum. PA	ExConsum. PA	Nunca Consum. PA	Consum/ Não Cons	Ex.Cons/ Não Cons
Trombose Venosa Profunda da Perna .....	0,82	0,15	0,20	4,17	0,75
Trombose Venosa Superficial da Perna .....	1,86	0,87	0,77	2,41	1,13

A análise da tabela 7 mostra-nos que apesar do maior risco de desenvolver doença tromboembólica reside no grupo que sempre usou os anticoncepcionais, este risco desaparece uma vez que o consumo do medicamento é interrompido.

Do ponto de vista etiológico, a ação patogênica sobre a estrutura venosa foi também evidenciada pelo mesmo estudo, uma vez que observaram-se taxas crescentes de doenças tromboembólicas em grupos de mulheres utilizando anticoncepcionais com maiores dosagens de hormônios progestogênicos.

A hipertensão arterial é outra enfermidade que alguns trabalhos buscam demonstrar uma relação com o uso de anticoncepcionais orais, embora esta evidência seja controversa.

Uma das investigações que aborda o problema é o estudo de



coortes realizado em Walnut Creek, EUA, (4) onde 14 mil mulheres de 20-54 anos foram acompanhadas durante o período 1968-72, sendo todas não hipertensas ao começarem a participar da investigação. Neste trabalho pode ser observada uma taxa de incidência de hipertensão de 4.0/1000 mulheres-ano entre os consumidores de anticonceptivos orais, e de 1.5/1000 mulheres-anos nas mulheres não consumidoras de pílula; a comparação destas taxas mostra-nos um risco de 2,7, e assim, a evidência de associação causal é passível de ser contestada.

O estudo realizado pelo Oxford/Family Planning Association também não evidenciou maiores riscos para as consumidoras de anticonceptivos orais; nestas, a taxa de incidência de hipertensão foi de 1.6/1000 mulheres-ano, comparados com 1.7/1000 mulheres-ano em consumidoras de diafragma e 0,7/1000 mulheres-ano em consumidoras de dispositivo intrauterino.

Do ponto de vista farmacológico, as dosagens aumentadas de hormônios progestógenos não foram acompanhadas de riscos significativamente maiores na incidência da hipertensão, em base ao Royal College Study.

O infarto do miocárdio constitui outra importante patologia responsável por grande número de óbitos nos países desenvolvidos, e em cuja etiologia, o uso dos anticonceptivos orais assim como o tabaquismo vem sendo conjuntamente responsabilizados.

Tabela VIII - Taxas de Mortalidade de Infarto do Miocardio (por 100 mil mulheres) Segundo Consumo de Anticoncepcionais Oraís, Hábito de Fumar e Idade, Inglaterra, 1976.

HÁBITO DE FUMAR	IDADE		TAXAS MORTALIDADE INFARTO			
			Mulheres 30-39 anos		Mulheres 40-44 anos	
			Consum. PA	Não Consum. PA	Consum. PA	Não Consum. PA
Grandes Fumantes...			13.0	5.1	78.7	31.3
Fumantes Moderados.			4.7	0.9	28.6	5.7
Não Fumantes.....			1.8	1.2	10.7	7.4

Fonte: (5)

A análise desta tabela mostra-nos que:

a) fumar em grandes quantidades e usar anticoncepcionais são condições de grande risco para morrer por infarto de miocardio. Em relação às mulheres que não fumam e não usam pílulas, este risco é de 10.8 (13.0/1.2) para mulheres de 30-39 anos e de 10.6 (78.7/7.4) para mulheres de 40-44 anos.

b) o risco das mulheres não fumantes mas que usam pílulas é sempre maior ao daqueles que fumam pouco mas não usam o medicamento. Em mulheres de 30-39 anos este risco é de 2.0 (1.8/0.9), e na faixa etária de 40-44 anos, de 1.9 (10.7/5.7).

c) o fumo é fator de risco para infarto do miocardio, mas o uso de anticoncepcionais orais em mulheres com mais de 40 anos aumenta muito aquele risco.

- Risco do tabagismo como exposição em mulheres de 40-44 anos que não usam anticoncepcionais orais:  $31.3/7.4 = 4.2$ .

- Risco de tabaquismo como exposição em mulheres de 40-44 anos que usam pílulas:  $78.7/10.7 = 7.3$

Um outro exemplo de efeito sinérgico entre uso de anticonceptivos orais e fumo reside na hemorragia subaracnóidea, como demonstra o estudo de Walnut Creek: considerando o fumo isoladamente como fator de exposição, o risco de hemorragia subaracnóidea era de 5.7; ao estudar-se o efeito do uso dos anovulatórios, também isoladamente, o risco aumentava discretamente, para 6.5; contudo, ao serem ambos fatores, analisados conjuntamente, o risco ascendia a 21.9.

Outro elemento de controversia sobre o papel desempenhado pelos anticonceptivos orais na produção de doenças cardiovasculares, é aquele referente às tendências das estatísticas vitais nos países onde o medicamento vem sendo consumido.

Assim, Beral (6) analisando as taxas de mortalidade durante os períodos de 1961-62 (início da comercialização dos anticonceptivos orais) e 1971-72 (etapa de difusão de consumo) em 21 países, observou que:

a) as taxas de mortalidade no período 1971-72 são maiores naqueles países onde o consumo de pílulas anticoncepcionais é mais difundido.

b) as taxas de mortalidade durante o período 1955-56 (previamente à comercialização dos anovulatórios) são semelhantes aquelas do período 1961-62.

c) as taxas de mortalidade por doenças circulatórias no sexo masculino não apresentam grandes diferenças entre os períodos de 1961-62 e 1971-72.

Desta maneira, o autor conclui por uma possível relação causal entre o uso de anticoncepcionais orais e doenças circulatórias. Contudo, outro estudo realizado por pesquisadores da Organização Mundial de Saúde (7) nos mesmos países, observou um declínio das taxas de mortalidade no sexo feminino durante o período 1973-76,

quando ocorreram as maiores vendas de anticoncepcionais orais.

Em relação ao câncer, não existem evidências no momento de uma relação causal com o uso de anovulatórios.

Como fora mencionado anteriormente, as taxas de incidência de neoplasias em mulheres utilizando anticoncepcionais orais são semelhantes às existentes para outros métodos; por outro lado, não existem evidências de que o uso de pílulas anticoncepcionais acarrete um maior risco de câncer de mama, de ovários ou uterino.

Contudo, uma recente investigação de Harlap e Davies (8), demonstra a existência de um maior risco de algumas malformações congênitas em recém nascidos cujas mães utilizaram anovulatórios no transcurso da gestação.

Este estudo investigou a ocorrência de malformações nos produtos das gestações de aproximadamente 16 mil mulheres, segundo hábitos de utilização de anticoncepcionais orais (tabela 9).

Tabela IX - Malformações Congênitas e Utilização de Anticoncepcionais Orais, Jerusalem Perinatal Study, 1978.

ANOMALIAS CONGENITAS	% Nascimentos		
	Não consumidoras P.A.	Consumidoras P.A.	Consumidoras P.A durante a gravidez
Todas malformações...	7.66	7.35	9.26
Síndrome de Down (mongolismo).....	0.18	0.33	0.92
Defeitos Cardíacos....	0.40	0.20	
Redução de membros....	0.01	0.03	
Defeitos de tubo neural	0.25	0.20	0.92

A análise destes dados possibilita-nos evidenciar que:

a) as malformações congênitas, em seu conjunto, apresentaram um tipo de distribuição que não se relacionava com o uso de anticoncepcionais.

b) o mongolismo e os defeitos do tubo neural ocorreram com frequências maiores no grupo de mulheres que utilizaram anticonceptivos orais durante a gestação, respectivamente 5 vezes (0.92/0.18) e 3.7 vezes (0.33/0.18) maior do que as frequências existentes no grupo que nunca utilizaram o medicamento.

c) as reduções de membros (pernas, braços) ocorreram com uma frequência 3 vezes maior (0.03/0.01) no grupo que utilizava anticonceptivos orais previamente à gestação.

d) as anomalias cardíacas tiveram uma menor frequência - a metade (0.20/0.40) - nas mulheres que utilizaram anticoncepcionais.

Ademais destas evidências, um estudo realizado nos EUA (9) assinala que o risco de gerar recém nascidos com malformações congênitas em mães fumantes (mais de 20 cigarros por dia) e que usam anovulatórios durante a gravidez é 13 vezes maior do que o existente para as gestantes que não fumaram e não usaram o medicamento.

Outro problema que vem sendo recentemente estudado é o da relação entre as pílulas anticoncepcionais e a hepatite aguda. Morris (10) em um estudo de história de casos encontrou que 31% dos casos de hepatite haviam utilizado anteriormente anticoncepcionais orais, comparados com uma frequência de 14% nos controles.

As alterações na fisiologia hepática e biliar produzidos pelo uso deste medicamento já foram evidenciados em investigações clínicas, chamando a atenção a relação existente entre o adenoma hepatocelular e o uso dos anovulatórios. Este tumor benigno, de incidência desconhecida (500 casos notificados nos EUA), apresenta completa regressão após a suspensão do uso de anticonceptivos orais. Além do mais, o risco de padecer da enfermidade para mulheres que

usaram anovulatórios durante 1 a 4 anos é 9 vezes maior do que aquelas que os usaram durante menos de 12 meses; 120 vezes maior para as que usaram durante 4 a 7 anos; e 500 vezes maior no grupo que usou pílulas 8 anos ou mais (11).

Finalmente, foi evidenciado um possível efeito protetor contra artrite reumatoide conferido pelo uso dos anticoncepcionais orais (tabela 10)

Tabela X - Taxas de Incidência de Artrite Reumatoide (por mil mulheres-ano) Segundo Uso de Contraceptivos Oraais. Royal College Study, 1968-75.

USO DE ANTICONCEPTIVOS ORAIS	TAXA DE INCIDENCIA	RISCO RELATIVO (comparado com não consumidoras)
Consumidoras.....	0.31	0.49
Ex Consumidoras....	0.53	0.84
Não Consumidoras...	0.63	1.00

Como assinalam estes dados, embora a probabilidade de se adoecer por artrite reumatoide seja menor no grupo de mulheres que usaram anticoncepcionais ao longo de todo o período de estudo, o risco relativo (2.0 para as não consumidoras) é de pequena magnitude para serem suspeitadas associações causais de maior peso.



DISCUSSÃO

A análise epidemiológica das investigações realizadas sobre a utilização de anticoncepcionais orais permite-nos afirmar a existência de riscos maiores para algumas patologias nas mulheres consumidoras do medicamento. Entre estas patologias destacam-se as doenças do sistema circulatório, principalmente quando outros fatores de risco (mulheres com mais de 35 anos, fumantes, obesas, etc.) encontram-se simultaneamente presentes.

Este conjunto de investigações realizadas vem assim permitindo não só um maior conhecimento dos efeitos do uso prolongado dos anticoncepcionais orais, mas também fornecendo alguns subsídios à polémica existente sobre os programas de planejamento familiar.

Por exemplo, a publicação "Population Reports" em seu número 5 de janeiro de 1979 (pag. 134), dedicado ao tema dos Anticoncepcionais Orais, afirma que:

"No mundo em desenvolvimento, as doenças do sistema circulatório são raras, os níveis de colesterol baixos e poucas mulheres fumam, e desta maneira, pode ser que o uso dos anticoncepcionais não acarrete sérios problemas de doença circulatória em vários países em desenvolvimento".

Se a esta realidade, acrescentam-se os riscos da mortalidade materna (referentes aos óbitos durante a gravidez, parto e puerpério), continua a referida publicação:

"Nestas circunstâncias, o aumento contínuo do uso de anticoncepcionais orais nos países em desenvolvimento e a difusão de sistemas de distribuição de anovulatórios em comunidades são bem justificadas do ponto de vista de saúde pública, contribuindo na medida em que eles não só diminuem as taxas de natalidade mas também melhoram a saúde e a sobrevivência materna".

Em contraposição a esta postura sobre o problema, encon-

tramos aquela que afirma ser a melhoria das condições de existência da população o único mecanismo eficaz no controle ao crescimento populacional.

"A experiência internacional vem, aliás, demonstrando que a solução da questão repousa, antes de tudo, na melhoria das condições de vida, com melhor distribuição da renda, elevação dos níveis de educação, respeito aos direitos do indivíduo (particularmente aos da mulher) e, principalmente, numa vigorosa atuação do Estado em prol da saúde individual e coletiva" (12).

A título de exemplo, gostaríamos de analisar alguns fenômenos demográficos relativos a três países latinoamericanos (Costa Rica, Honduras e El Salvador), todos eles com acelerado crescimento populacional no início da década de 1960.

Tabela XI - Taxas de Fecundidade \* em Costa Rica, Honduras e El Salvador, 1960-72.

A N O	TAXA DE FECUNDIDADE		
	COSTA RICA	HONDURAS	EL SALVADOR
1960	242.7	216.1	231.0
1965	218.6	222.8	224.9
1970	168.6	199.2	201.2
1972	144.7	218.4	197.2

\* taxas por 1000 mulheres de 15-44 anos

Fonte: (13)

Enquanto em Honduras e El Salvador não houveram mudanças significativas das taxas de fecundidade, em Costa Rica o ritmo de crescimento da população foi reduzido acentuadamente. Estas diferenças são ressaltadas quando observa-se que tanto em Honduras como em El Salvador foram levados à cabo intensos esforços no sentido dos programas de planejamento familiar: no ano de 1976, a USAID forneceu àqueles países, respectivamente, 1295 e 1701 milhões de ciclos de anovulatórios, enquanto, Costa Rica recebia 400 milhões de ciclos no mesmo período. (24)

Estas diferenças, aparentemente paradoxais, não o são quando analisamos outros indicadores de saúde destes países.

As taxas de mortalidade por sarampo e gastroenterite são considerados bons indicadores do padrão nutricional de uma população uma vez que a morte consequente a estas patologias ocorre, proporcionalmente, com maior frequência nos grupos de desnutridos.

Tabela XII - Tabelas de Mortalidade \* por Sarampo e Enterites / Outras Doenças Diarreicas, Costa Rica, Honduras e El Salvador, 1969-1972.

	TAXA DE MORTALIDADE	
	1969	1972
SARAMPO		
Costa Rica	16.7	5.9
Honduras	8.3	12.0
El Salvador	17.3	17.8
ENTERITES/OUTRAS DOENÇAS DIARREICAS		
Costa Rica	75.8	56.1
Honduras	83.8	118.3
El Salvador	88.3	88.4

\* taxas por mil habitantes, ajustadas por idade

Assim, enquanto observa-se em Costa Rica uma diminuição das taxas de mortalidade de patologias com desenlace fatal relacionado à desnutrição, as tendências em Honduras e El Salvador são de estagnação ou mesmo aumento das taxas. Na realidade, estas diferenças tendem a ser maiores, pois tanto Honduras como El Salvador contam com sistemas nacionais de registro precários, e assim, tanto os casos como óbitos são subregistrados, acarretando uma diminuição artificial das taxas.

Outro indicador das condições materiais destes povos poderia ser o Produto Interno Bruto Per Capita: no ano de 1972, este era de 493 dólares em Honduras, 554 dólares em El Salvador e 972 dólares na Costa Rica.

Acrescentamos ainda o fato de que, já em 1972, mais de 80% dos partos na Costa Rica eram hospitalares, índice este maior apenas, no continente americano, em Barbados e Estados Unidos. (13)

Em termos de serviços de saneamento básico, mais de 80% da população urbana e quase 70% da população rural costarriquenha contavam em 1973 com sistema de abastecimento de água através de conexões domiciliares e de fácil acesso; em relação ao sistema de esgoto, este beneficiava no mesmo ano à mais da metade da população do país. (13)

Estas condições gerais dos serviços básicos traduziam-se tanto numa taxa de mortalidade infantil de 28,9/mil nascidos vivos - uma das menores entre os países latinoamericanos -, como em um contínuo aumento da esperança de vida: 52 anos em 1950, 65 anos em 1963 e 68 anos em 1972 (13).

Desta maneira, parece-nos mais consistente a afirmação sobre a tendência à um planejamento familiar "espontâneo" subsequente à melhoria das condições gerais de existência da população.

Assim, tendo em vista tanto as evidências epidemiológicas sobre o uso de anticoncepcionais orais em determinados grupos de mulheres, já relatadas anteriormente, como a recente experiência centroamericana nos programas nacionais de planejamento familiar, pare

ce-nos equivocada a assertiva de "Population Reports", abaixo reproduzida:

"Em países onde os médicos são escassos de uma maneira geral, sendo praticamente impossível de serem encontrados em áreas rurais, o uso dos anticonceptivos orais não pode ser expandido, exceto através de sistemas não médicos e não clínicos" (14).

Neste particular parece-nos elucidativa a afirmação do Dr. Marcolino Candau em 1971, então na qualidade de Diretor Geral da Organização Mundial de Saúde (12):

"Uma adequada infraestrutura de serviços básicos de saúde é condição essencial para que as atividades de proteção e recuperação da saúde possam incluir o planejamento familiar. Não é da responsabilidade da Organização Mundial de Saúde endossar ou promover qualquer política especial de população, porém a incorporação do planejamento familiar aos sistemas de saúde servirá para evitar que os mesmos se fragmentem e darão às suas atividades a continuidade de que não desfrutariam se medidas naquele terreno fossem levadas a efeito através de programas específicos, unilaterais".

Desta maneira, estando o planejamento familiar integrado à rede de serviços de saúde, e frente a uma realidade caracterizada por melhores níveis de vida, poderiam criar-se as condições para que a anticoncepção fosse conduzida levando em conta o interesse da população em efetuar-la, os riscos e vantagens dos diferentes métodos anticonceptivos, assim como os aspectos socio-culturais inerentes à cada um deles.

## B I B L O G R A F I A

1. Lilliental, A. Foundations of Epidemiology, 1977.
2. Vessey, M. et al. A long term follow-up study of women using different methods of contraception-an interim report. *J Biosci* 8 (4): 375, 1976
3. Royal College of General Practitioners. Oral contraception and health; an interim report from the oral contraception study. New York, Pitman, 1974.
4. Fisch, IR et al. Oral contraceptives and blood pressure. *J Am Med Assoc* 237(23): 2499-2503, June 6, 1977.
5. Jain, AK. Mortality risk associated with the use of oral contraceptives.
6. Beral, V. Cardiovascular-disease mortality trends and oral contraceptive use in young women. *Lancet* 2 (7994): 1047-1051, November 13, 1976.
7. United Nations, World Health Organization. World health statistics annual, 1960-75. Vol 1. Vital statistics and causes of death, Geneva, 1963-76
8. Harlap, S. and Davies, AM. The pill and births: The Jerusalem Study. Final Report. Center for Population Research, 1978.
9. Bracken, MB et al. Role of oral contraception in congenital malformations of offspring. (a ser publicado).
10. Morrison, AS et al. Oral contraceptives and hepatitis. *Lancet* 1(8019): 1142-1143, May 28, 1977.
11. Armed Forces Institute of Pathology. Increased risk of hepatocellular adenoma in women with long-term use of oral contraceptives. *Morbidity and Mortality Weekly Report* 26(36): 293-294, September 9, 1977.



12. Braga, E.O Planejamento Familiar na Organização Mundial de Saúde. Mimeografado.
13. Organización Panamericana de Salud. La Salud en las Americas, 1969-1973
14. Population Information Program. Oral Contraceptives -Update on usage, safety and side effects. Population Reports, series A, number 5, Jan 1979.

/nb