

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES
DEPARTAMENTO DE HISTÓRIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM HISTÓRIA

CARLA FRANCIELLE KURZ

**A RELAÇÃO ENTRE AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE E O
DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO EM CASCAVEL/PR – 1975/1979**

MARINGÁ

2010

CARLA FRANCIELLE KURZ

**A RELAÇÃO ENTRE AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE E O
DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO EM CASCAVEL/PR – 1975/1979**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em História da Universidade estadual de Maringá, como requisito para a obtenção do título de Mestre em história.

Área de concentração: política, Movimentos Populacionais e Sociais.

Linha de Pesquisa: Política e Movimentos Sociais.

Orientador: Prof. Dr. Luiz Miguel do Nascimento.

MARINGÁ

2010

CARLA FRANCIELLE KURZ

**A RELAÇÃO ENTRE AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE E O
DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO EM CASCAVEL/PR – 1975/1979**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em História da Universidade estadual de Maringá, como requisito para a obtenção do título de Mestre em História.

Aprovada em _____

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Luiz Miguel do Nascimento (UEM)
Orientador e Presidente

Prof^a. Dr^a. Maria Lucia Frizon Rizzotto (UNIOESTE)

Prof. Dr. Reginaldo Benito Dias (UEM)

Dedico este trabalho

AOS **MEUS PAIS** QUE ME ENCORAJARAM NOS
MOMENTOS DIFÍCEIS E ME APLAUDIRAM NOS
MOMENTOS DE GLÓRIA.

AGRADECIMENTOS

Com alegria deixo aqui registrados meus sinceros e comovidos agradecimentos a todos que comigo se fizeram presentes e me prestaram seu valioso apoio ao longo do curso de mestrado e da elaboração desta dissertação, especialmente:

- ao **Prof. Dr. Luiz Miguel do Nascimento**, meu orientador, por cada leitura, pelo conhecimento compartilhado e, sobretudo, pela exigência, suas revisões, correções, preocupações e discussões, que possibilitaram a conclusão desta pesquisa;

- ao **Prof. Dr. Reginaldo Benito Dias**, por sua colaboração na leitura atenciosa, por seu detalhismo e seu admirável exemplo de profissionalismo e disciplina;

- à **Prof^a. Dr^a. Maria Lucia Frisson**, pela leitura e dicas que tornaram este trabalho mais abrangente e profundo;

- ao **Prof. Dr. Sidnei José Munhoz** – além de mestre, profissional de competência incomum e um grande amigo;

- aos **funcionários da Biblioteca Municipal de Cascavel** e da **Secretaria de Saúde do Estado do Paraná** que me auxiliaram na coleta de dados;

- à secretária do PPH-UEM, **Giselle M. Silva**, por sua força, seu apoio, seu otimismo contagiante e exemplar disponibilidade em avisar-me dos compromissos para com o programa de pós-graduação;

- às minhas amigas e colegas de trabalho, **Márcia Luisa da Silva, Valdirene Fátima de Oliveira, Marli Rodrigues, Clarice Buchmann e Josiane Cristina Lima**, que sempre se dispuseram a trocar plantões para possibilitar minha ida a Maringá ao longo do ano curricular e a quem também de minha segunda família, pois passo a maior parte do tempo junto a elas, e por isso acabam convivendo com meus risos, choros e sucessos, e quando preciso, incentivam-me a tentar mais uma vez;

- aos amigos que fiz no mestrado, os quais levarei no coração e na memória, em especial à **Cianna Claro**, à **Valéria Pedrochi**, ao **Lisandro Vieira**, à **Fabiane Nagabe**, ao **Paulo Renato Castro Alves** e ao **João Carlos Pipino**, que junto comigo formam o “Grupo dos 7” de estimulantes diálogos, além dos colegas de classe **Verônica, Hipólito, Silvia Amâncio e Rodrigo**;

- ao **Claércio Ivan Schneider**, pelo estímulo e apoio no momento das provas de seleção, pela paciência ao ler o projeto de pesquisa e pela sensatez com que sempre me ajudou;

- à **Viviane Kelli Lopes**, pelo apoio nos momentos bons e menos bons, e pela sua amizade;

- finalmente – mas de modo muito especial – aos **meus pais**, pela sólida formação que me proporcionaram a continuidade dos estudos até o mestrado.

“O vento é sempre o mesmo, mas sua resposta é diferente em cada folha” (CECÍLIA MEIRELLES).

RESUMO

O presente trabalho trata das políticas públicas de saúde implantadas no Paraná, especificamente no município de Cascavel, na década de 1970 e seis desdobramentos nas políticas econômicas. Buscou-se identificar nos discursos governamentais em torno da saúde pública e dos planos de desenvolvimento as estratégias para tornar a população sadia e apta para promover o crescimento e a modernização da economia. Entende-se que a formulação das políticas públicas de saúde possui múltiplos aspectos relacionados às práticas no setor da saúde e ao modo como estas interagem no plano político e econômico num determinado contexto histórico. A consolidação da organização sanitária e de saúde resultou de um processo político cujo ideário buscava atender às necessidades da conjuntura. A construção da hidrelétrica de Itaipu abriu espaço para que mais pessoas chegassem ao Oeste Paranaense, promovendo assim um grande aumento demográfico na região, o que levou também à necessidade de tornar a infraestrutura relacionada a postos de saúde, hospitais, leitos hospitalares e profissionais da saúde compatíveis com a realidade populacional da região, como demonstra esta pesquisa. Assim, verificou-se uma preocupação cada vez maior com a saúde da população. Para promover a boa saúde do povo foram utilizados pelo Estado os conhecimentos oriundos da medicina, como as técnicas de imunização, que se tornaram uma forma eficaz de diminuir as epidemias e a alta mortalidade por doenças transmissíveis. A abordagem histórico-social indica quais foram as doenças que tiveram prioridade na intervenção do Estado e na ampliação dos serviços.

Palavras-chave: Políticas Públicas de Saúde; Economia; Biopolítica; Imunizações; Cascavel.

ABSTRACT

This paper is about public health politics installed in the state of Paraná, more specifically in Cascavel in the decade of 1970 and how it influences the economical plan. The complexation of the governmental speeches about health and the plans to make the population healthier and capable to promote development were investigated. For this motivation the formulation of public health politics has multiple aspects related to the practices in the health sector and the way they interact in the economic and politic plan in an historical context. The consolidation of the health and sanitary organization came from a politic process that looked for answer the needs of that context. The construction of Itaipu dam made way for more people to arrive to the west of Paraná, promoting a big demographic development. This created the need of making the infrastructure related to health centers, hospitals, vacancies and health professionals compatible to this new populational reality, as this research shows. So an increasing care with population's health was noted. To promote people's good health the government used acknowledgments of the medicine such as immunization techniques, which were efficient in decreasing epidemics and high mortality. The historic-social approach of the health shows what treatments and diseases were prioritized by government, this allow the analysis of the health paradigms developed by government institutes in this period.

Keywords: Health Public Politics; Economy; Bio-politics; Immunization; Political History.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AMOP	–	Associação dos Municípios do Oeste do Paraná
ARENA	–	Aliança Renovadora Nacional
BCG	–	Bacille Calmette-Guérin
CAMI	–	Coordenadoria de Atenção Médica Integral
CBES	–	Coordenadoria do Bem-Estar Social
CEBES	–	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CECD	–	Coordenadoria de Epidemiologia e Controle de Doenças
CEME	–	Central de Medicamentos
CNS	–	Conferência Nacional de Saúde
COC	–	Coordenadoria de Orientação à Comunidade
COPEL	–	Companhia Paranaense de Energia
CSM	–	Coordenadoria do Saneamento do Meio
ENSP	–	Escola Nacional de Saúde Pública
Fiocruz	–	Fundação Oswaldo Cruz
FUNRESAN	–	Fundo de Reequipamento Médico Sanitário
G.P.S.	–	Grupo de Planejamento Setorial
IAM	–	Instituto de Assistência ao Menor
INAMPS	–	Instituto Nacional de Assistência Médica da
INAN	–	Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição
INPS	–	Instituto Nacional de Previdência Social
MDB	–	Movimento Democrático Brasileiro
PIASS	–	Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
PNI	–	Programa Nacional de Imunização
PNS	–	Programação Nacional de Saúde
PRONAN	–	Programa Nacional de Alimentação e Nutrição

REME	–	Revista Mineira de Enfermagem
SALTE	–	Saúde, Alimentação, Transporte e Energia
SANEPAR	–	Companhia de Saneamento do Paraná
SESB	–	Secretaria de Estado da Saúde
SNS	–	Serviço Nacional de Saúde
SUCAM	–	Superintendência de Campanhas de Saúde Pública
SUS	–	Sistema Único de Saúde
UERJ	–	Universidade Estadual do Rio de Janeiro
UFBA	–	Universidade Federal da Bahia
UnB	–	Universidade de Brasília
USP	–	Universidade de São Paulo
VAS	–	Valores na Saúde

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	12
CAPÍTULO 1 CRESCIMENTO ECONÔMICO E POPULACIONAL DO MUNICÍPIO DE CASCAVEL/PR	24
1.1 ASPECTOS RELACIONADOS A SAÚDE NO MUNICÍPIO DE CASCAVEL/PR .	33
CAPÍTULO 2 “NO PARANÁ, A SAÚDE EM PERFEITO ESTADO”	42
2.1 “A ECONOMIA VAI BEM, MAS O POVO VAI MAL”	53
CAPÍTULO 3 “NO PENSAMENTO E NA ANÁLISE POLÍTICA AINDA NÃO CORTARAM A CABEÇA DO REI” – IMUNIZAÇÕES: QUESTÃO DE SAÚDE PÚBLICA OU QUESTÃO POLÍTICA	70
3.1 “PRA VENCER NA VIDA É PRECISO TER SAÚDE”	83
CONSIDERAÇÕES FINAIS	90
REFERÊNCIAS	92
ANEXOS	106

INTRODUÇÃO

O presente trabalho tem como objetivo principal analisar o desdobramento das políticas públicas de saúde no plano econômico do município de Cascavel¹ entre os anos 1975 e 1979. O encaminhamento metodológico adotado para alcançar o objetivo proposto levou em consideração alguns aspectos importantes do município em estudo. Cascavel é caracterizada por ocupação recente e por ter vivido uma explosão demográfica na década de 1970. Essa situação levou o então governador Jayme Canet Júnior a traçar medidas sanitárias visando a boa saúde daqueles que chegavam à cidade. O impressionante crescimento demográfico de Cascavel provocou grandes modificações no comportamento político dos governantes federal, estadual e municipal, porquanto, com o crescimento da cidade, passou-se a dar uma maior atenção às políticas públicas no Interior do Estado. Para um melhor gerenciamento dessa população, Canet aumentou as instituições de saúde governamentais e intensificou as políticas públicas de saúde.

Duas foram as estratégias do governo Jayme Canet Junior para gerenciar a população e solucionar os problemas advindos de uma situação em que aumentaram as necessidades de atenção à saúde e as demandas de instituições médicas: uma foi aumentar os programas no campo da saúde e a outra foi aumentar a racionalidade² administrativa. Desse modo, com o apoio financeiro do Governo Federal, o Governo Estadual ampliou os recursos financeiros e técnicos para alcançar a melhoria da situação de saúde da cada vez mais crescente população da região.

O filósofo Michel Foucault, em seu livro *Microfísica do Poder*, analisou a natureza política da medicina em uma sociedade capitalista no que se refere ao gerenciamento dessa sociedade. Para isso indica o controle do corpo como estratégia de controle social. Assim, as instituições de saúde do Estado representam um conjunto articulado de saberes. As práticas dessas instituições de saúde, que ao

¹ Situada no extremo oeste do Estado do Paraná

² Max Weber (1987) classificou racionalidade como “ação racional instrumental” (*zweckrational*), ou seja, como o agir que busca fins ou objetivos específicos, procurando obtê-los com o emprego do cálculo e da adequação dos meios a esses fins.

mesmo tempo são instituições políticas, se baseiam nas formas de intervenções normatizadoras na vida dos indivíduos. São essas intervenções que possibilitam o controle social e o gerenciamento da população.

Antes de seguir adiante, é conveniente indicar as relações entre a política de desenvolvimento econômico e a política pública de saúde. Em primeiro lugar, convém lembrar a forte relação entre os dois elementos nos discursos políticos. Especialmente num governo pautado pela racionalidade, o desenvolvimento da economia não pode ser dado se a população trabalhadora estiver doente. As ações de Jayme Canet procuraram incrementar as Políticas Públicas de Saúde. Apesar disso, deve-se esclarecer que, o objetivo aqui não é tratar da questão dos méritos dos profissionais da saúde, mas sim, entender como o governo se utilizou do *slogan* “boa saúde” da população para promover o discurso de desenvolvimento econômico. Tal entendimento corresponderá neste trabalho às decisões de natureza política sobre as questões de saúde.

A razão que me levou a optar por políticas públicas de saúde como objeto de pesquisa foi o interesse em compreender as práticas discursivas da administração pública relacionadas aos serviços médicos assistenciais e preventivos numa situação de crescimento populacional, como foi o caso de Cascavel.

A abordagem política do nosso tema nesta pesquisa também se inspira nas contribuições teóricas da Nova História Política que têm renovado as discussões sobre temas tradicionais desse campo bem como ampliado os seus objetos de estudo.

Réne Rémond, um dos principais expoentes da renovação dos estudos sobre a política, ao argumentar sobre os elementos que atuaram para reintegrar os fatos políticos ao campo de observação da história, destaca a ampliação do domínio da ação política com o aumento das atribuições do Estado no século XX. Na perspectiva do autor, com esse processo a política se apropriou de toda espécie de problemas que antes não lhe diziam respeito. Assim, a produção, a construção de moradias, a assistência social, a saúde pública, além da difusão da cultura, passaram para os domínios da história política (RÉMOND, 2003). Como se observa, nesse processo de ampliação das atribuições do Estado no século XX a saúde também passou a ser objeto das preocupações dos poderes públicos. Dessa forma,

as reflexões sobre a Nova História Política contribuirão para a nossa discussão a respeito das políticas de saúde pública no Estado do Paraná.

Para desenvolver a pesquisa foi organizado um *corpus* documental sobre as políticas públicas de saúde do governo Canet, o qual envolve questões políticas, econômicas e sociais e se constitui de mensagens do governador Jayme Canet Junior à Assembleia Legislativa, de boletins informativos e epidemiológicos da Secretaria de Saúde e do Bem-Estar Social do Paraná e de noticiários divulgados pelo jornal *O Paraná*.

As mensagens do governador aqui analisadas foram apresentadas quando da abertura de cada ano legislativo em todo o seu mandato (1975-1979), ocasião em que era feita a prestação de contas das realizações administrativas do ano anterior. Além disso, fazem parte do acervo documentos da Secretaria da Saúde do Estado do Paraná e discussões sobre o porte populacional das cidades, evidenciando práticas de governo pautadas em um modelo de Estado “intervencionista e planejador”, que são as marcas de um governo tecnocrata³.

Na prática, Canet agiu por meio da criação de órgãos governamentais para atingir um perfil moderno de atuação. As mensagens abordam os diversos setores que compõem a estrutura do Estado, como a saúde, a economia, a educação, o saneamento, a eletrificação, a construção de rodovias, etc. Nesses setores estão presentes as iniciativas tomadas pelo Executivo durante o ano. Eles, num todo, fazem parte de uma conjuntura econômica, social e administrativa do Estado e do País. Em sua elaboração as mensagens estão marcadas por características discursivas do orador. Assim, Canet justificou suas ações pelas necessidades da população paranaense e se apresentou como o executor dessas demandas. Dentre elas estavam as demandas pela saúde, pela formação de profissionais de saúde, pela construção de mais hospitais, etc.

Os documentos da Secretaria de Saúde – Boletins Informativos e Epidemiológicos da Secretaria de Saúde e do Bem-Estar Social do Paraná – foram produzidos pelos mais diversos profissionais da Secretaria, mas quase todos apresentam um parecer do Secretário da Saúde e do Bem-Estar Social. Os boletins continham relatórios de vacinação, das ações em saúde e do bem-estar social.

³ Segundo Bobbio, Matteucci e Pasquino (2007, p.1235), tecnocracia é um poder político técnico-administrativo “evidentemente forte e organizado, em grau de impor ao sistema social e de manter, em seguida, uma gestão econômica de capitalismo de Estado”.

As instituições de saúde aparecem muitas vezes como possibilidade de mostrar o poder palpável do Estado e daquele que o governa. O discurso institucional foi uma forma encontrada como meio de difusão positiva dos feitos governamentais. Dessa forma a população não se sentiria controlada, mas sim, protegida. Um dos signos de um bom governo é a preocupação com a opinião pública, daí a governabilidade⁴, na perspectiva foucaultiana, fundamentar-se no conhecimento dos recursos e das condições da população. Assim, a vida, o crescimento e o cuidado com a população vão aparecer diariamente no jornal como uma preocupação do Estado.

Por fim, o jornal *O Paraná* se constituiu, entre 1976⁵ e 1979 em um veículo de informação das ações dos órgãos governamentais para a população que se pretendia tornar saudável e inserir no plano de desenvolvimento. O jornal em estudo tem uma importância peculiar por ter como um dos diretores de imprensa o prefeito eleito para administrar Cascavel após 1977, Jacy Miguel Scanagatta. Antes disso, estava no Executivo Municipal o emedebista Pedro Muffato. Scanagatta pertencia ao partido dos governos militares, a ARENA. O jornal *O Paraná* foi inaugurado no dia 16 de maio de 1976, com a presença de Arnaldo Busato, à época Secretário da Saúde e do Bem-Estar Social do Estado, e do presidente regional da ARENA, Affonso Alves de Camargo Netto. Nesse dia, Busato anunciou que o jornal estava nascendo com o progresso. Jacy Scanagatta afirmou que *O Paraná* seria um jornal aberto para defender os interesses de Cascavel, do Paraná e do Brasil. A primeira edição desse jornal continha sessenta páginas, nas quais se exaltava o desempenho do Governo Estadual. Nesse mesmo ano Scanagatta tornou-se candidato oficial da ARENA para as eleições municipais de Cascavel e usou o jornal *O Paraná* como meio difusor de seus ideais de campanha.

O teórico da comunicação José Marques de Melo (1985) assinala que, para compreender a identidade de um objeto dentro da totalidade jornalística, é importante erigir quatro parâmetros de análise: a periodicidade, a universalidade, a atualidade e a difusão. Assim o jornalismo é percebido como um processo social,

⁴ Foucault (2004, p.286) conceitua governabilidade como o “conjunto das práticas pelas quais é possível constituir, definir, organizar, instrumentalizar as estratégias que os indivíduos, em sua liberdade, podem ter uns em relação aos outros”. Dessa forma, governar é ordenar condutas – próprias e/ou de outros –, através da atuação do poder.

⁵ Ano que foi inaugurado o jornal na cidade de Cascavel. Desde então, o jornal envia um exemplar à biblioteca pública para ser arquivado e pesquisado por quem tiver interesse.

além de disfarçar muitas vezes temas que poderiam ser polêmicos conforme fossem levados à população. Ademais, é importante compreender a forma como se dá a seleção dos temas a serem divulgados e também aqueles que são omitidos ou amenizados em sua forma de exibição. Fazendo isso, segundo Melo (1985) o jornal emite a sua posição sobre o tema e a sua concepção ideológica.

Por esse motivo jornal é considerado um importante meio de comunicação no tocante ao acesso da população às informações, podendo influenciar a opinião pública. O jornal pode ser utilizado como arma ideológica, porquanto muitas vezes é manipulado por interesses políticos, econômicos e sociais dos grupos que o financiam, como os acionistas, os anunciantes e o próprio Estado (MELO, 1985). Nesse sentido, a pesquisa desenvolvida sobre os noticiários do jornal *O Paraná* considera que a imprensa sempre age no campo político-ideológico e que por isso também deve ser analisado o filtro que ele faz dos acontecimentos.

Conforme as sugestões metodológicas de Melo (1985), a matéria aparecer na primeira página de um jornal dá maior ênfase à notícia, causando um maior efeito propagandístico ao tema exposto. Essas informações são formadoras de opinião junto à população, visto que emitem opiniões sobre os acontecimentos. Outro destaque do noticiário é o impacto provocado pelo título, que muitas vezes é o grande elemento motivador da leitura da matéria publicada. Por esse motivo, a análise das manchetes e a forma como é escrita a matéria nos auxiliam no desenvolvimento analítico da posição ideológica do jornal.

O jornal *O Paraná* surgiu, então, durante o regime militar. Esse regime impunha um severo controle e censura aos meios de comunicação, portanto, mesmo que houvesse opiniões contrárias aos planos governamentais, dificilmente estas seriam encontradas num meio difusor como esse. Durante a ditadura militar, os vários meios de comunicação de massa utilizaram abundantes eufemismos e noticiários que escamoteavam a realidade de um governo ditatorial; por isso não se pode deixar de lado a análise do jornal como aliado da governamentalidade, sabendo que este manipulou uma boa parcela da população brasileira. O jornal em estudo, já em sua inauguração apresentou seus diretores como aliados do partido dos militares, visto que Arnaldo Busato veio para a cerimônia de abertura representando o governador do Estado e ainda contou com a presença do presidente regional da ARENA.

O Paraná é um jornal de edição diária, extenso (contém em torno de 40 páginas) e constituído de cadernos de agricultura, colunas políticas, além dos mais diversos acontecimentos nacionais e mundiais. Também são formadores desse jornal os anúncios imobiliários e a coluna social. *O Paraná* já possuía, no período, a mais moderna tecnologia de impressão jornalística do Interior do Estado. Isso permitia um maior número de tiragens, o que possibilitava uma maior difusão dos noticiários. Esse jornal era vendido em Cascavel e nas cidades circunvizinhas. A distribuição também era permitida, devido à tecnologia investida no jornal, que possibilitava tiragem diária. Por sua vez, a universalidade e a atualidade se entrecruzam, porquanto a atualidade transmitida pelo jornal deve ser compatível com os anseios da sociedade em conhecer os acontecimentos de sua cidade, do seu estado, do seu país e do mundo. Serão analisados os editoriais do jornal e as propagandas de campanhas do governo relacionadas à saúde pública apresentadas nesse mesmo jornal. Dessa forma, segundo Melo (1985), o noticiário transmitido não pode ser desvinculado da expectativa da coletividade que se pretende atender ou influenciar.

Todas essas características serviram como auxiliares na propaganda política do Governo do Estado e de seus ideais de uma população saudável em Cascavel. Nas questões das políticas públicas de saúde, o jornal *O Paraná* tinha como grupo temático as vacinações, a criação de novas instituições de saúde e a disseminação da ideia de sociedade saudável e pronta para o desenvolvimento. Para os que não tinham acesso ao jornal – que eram a maioria –, as vacinações eram divulgadas por cartazes em amostra nas escolas, nas empresas, no mercado, entre outros locais de acesso público. Ainda para essa parcela, eram disponibilizados profissionais da saúde que faziam palestras e anúncios nas escolas para as crianças e adolescentes e nas empresas para os adultos.

Estes aspectos conduziram o historiador a tratar em termos teóricos e metodológicos a questão de como os meios de comunicação de massa e oficiais anunciaram as questões da saúde no Estado do Paraná. A partir disso, buscou-se explicar as ações do Estado e sua relação com a sociedade civil, através da análise dos discursos emitidos pelo jornal. Para entender essas relações foram buscados nos conceitos de poder e saber e nas práticas divisórias e de controle do filósofo francês Michel Foucault os instrumentos de análise que auxiliariam na leitura dos

documentos selecionados para o desenvolvimento da pesquisa. O conceito de práticas divisórias aparece em *Nascimento da Clínica, História da Loucura e Vigiar e Punir*. Nessa última obra o autor indica que existe uma objetificação do sujeito. Essa objetificação consiste nas práticas divisórias. Dessa forma, entende-se que a sociedade é dividida através do isolamento e das ações políticas destinadas a um grupo de indivíduos. Por esse motivo, foram criados pelo Estado os hospitais, as prisões, o exército, as clínicas, etc.

Essas instituições, segundo Foucault (1981), servem para a normatização dos indivíduos. A normatização sempre vem mediada por uma ciência legitimadora, e com o avanço da ciência legitimada através das instituições, a relação entre o Estado e as classes divididas ganha cada vez mais técnicas e fundamentos diversificados para as aplicações do saber/poder. Dito de outra forma: saber é poder.

Para Foucault (1981), o poder sobre a vida é possibilitado pelas instituições. Estas, por sua vez, são detentoras de um saber. Esse poder/saber possibilita ao Estado transformar a vida humana conforme o seu ideal político. As políticas públicas de saúde podem ser entendidas como um modelo de gerenciamento, e assim possibilitam a aplicação do saber/poder na vida cotidiana dos homens e mulheres. Destarte o anúncio das políticas públicas de saúde no jornal torna-se uma forma mais eficaz de estender as ações na área de saúde, pois informa a população quanto à necessidade de aplicá-las.

Considerar a atividade administrativa de Jayme Canet e as ações em saúde divulgadas pela Secretaria da Saúde e o jornal *O Paraná* como práticas de poder implica entender os discursos apresentados nos documentos em sua positividade, ou seja, o discurso enquanto prática de poder criadora de determinada verdade. Segundo Foucault (1981, p.10)

por mais que o discurso seja aparentemente bem pouca coisa, as interdições que o atingem revelam logo, rapidamente, sua ligação com o desejo e com o poder. Nisto não há nada de espantoso, visto que o discurso – como a psicanálise nos mostrou – não é simplesmente aquilo que manifesta (ou oculta) o desejo; é, também, aquilo que é o objeto de desejo; é visto que – isto a história não cessa de nos ensinar – o discurso não é simplesmente aquilo que traduz as lutas ou os sistemas de dominação, mas aquilo por que, pelo que se luta, o poder do qual nós queremos nos apoderar.

Acreditamos que as contribuições teóricas de Foucault (1981) podem ser utilizadas para entender o caráter do Poder Executivo estadual na década de 1970, porquanto os conceitos formulados por esse filósofo discutem a relação política e social que a doença e a saúde desempenham na ação governamental. Com a influência da política, dos estudos culturais, filosóficos, filológicos e antropológicos, Foucault (1981) investigou as relações entre medicina e a política, entre o conhecimento e o poder. Ainda analisou as dimensões políticas das doenças e suas representações na resposta estatal referentes às epidemias, à higienização e às instituições como instrumentos de controle. Foi sob a influência das pesquisas e dos conceitos da microfísica do poder de Michel Foucault que as políticas públicas de saúde em Cascavel tornaram-se objeto de pesquisa e reflexão. Nessa perspectiva analítica, a saúde e a doença são algo mais do que fenômenos biológicos. Elas são especialmente reveladoras do pensamento político, social, cultural e intelectual de um dado período.

A obra *Paraná Reinventado* indica que a ideologia política do regime militar, a partir de 1970, “torna positivas suas práticas através do discurso pela retomada do crescimento econômico, pela modernização e culto à nação pelos órgãos oficiais de informação e propaganda e empresas privadas de comunicação” (IPARDES, 1989, p.152). Assim o Estado, ao formular as políticas públicas de saúde e divulgá-las amplamente, imprime a intencionalidade da promoção do bem-estar social da população. Dessa forma, estas são políticas que visam também à construção de uma autoridade pública pela sua capacidade de gerir os problemas da população.

Helena Nagamine Brandão, em seu livro *Introdução à Análise do Discurso*, assinala que a ideologia se exprime concretamente através da linguagem. Por esse motivo “a linguagem é o lugar privilegiado para a manifestação da ideologia” (BRANDÃO, 2004, p.10). A lógica dada aos discursos de Canet relacionados à saúde parte da ideologia do desenvolvimento promovida em seu governo. Assim Canet manifestou seus ideais a partir da linguagem dirigida à Assembleia Legislativa e à Secretaria de Saúde do Estado e transmitida ao público através do jornal.

Considerando-se que o discurso não pode estar desvinculado das condições da sua produção, é preciso verificar a linguagem usada por esse governo dentro da ideologia do governo militar instaurado no país em 1964, que teve seu fim 21 anos depois. Durante a ditadura militar brasileira, com o fim da democracia, muitos direitos

constitucionais políticos e civis foram suprimidos e passou a haver perseguição política àqueles que eram contra o regime, além da censura dos meios de comunicação em massa. Um ano depois da chegada dos militares ao poder, editou-se o Ato Institucional – 2, responsável por instituir o bipartidarismo no Brasil. Assim foram criadas a ARENA (Aliança Renovadora Nacional), que representava os militares, e o MDB (Movimento Democrático Brasileiro), de oposição – mas uma oposição tolerável para o governo, ou seja, consentida.

Durante o regime militar, o Brasil viveu o chamado “Milagre Econômico” (1969-1973), momento em que a economia brasileira cresceu rapidamente. Nesse período, através dos investimentos internos e empréstimos do Exterior, o governo brasileiro investiu em obras de infraestrutura e com isso foram desenvolvidas e modernizadas as bases estruturais do país. Neste sentido, investiu-se também em instituições de saúde, como hospitais, em estradas que facilitaram a comunicação dos grandes centros com o Interior, em eletrificação e saneamento⁶.

O discurso e a linguagem usados nas fontes oficiais pesquisadas, que enfocam as imunizações, o atendimento hospitalar e a atenção materno-infantil, produzidos pelas instâncias governamentais, pelas instituições de saúde e pelo jornal *O Paraná*, serão analisados a partir da perspectiva da prática discursiva. Acreditamos que a análise da prática discursiva trabalhada por Brandão (2004), auxilia no entendimento das nossas questões de pesquisa. Segundo a autora,

A linguagem enquanto discurso não constitui um universo de signos que serve apenas como instrumento de comunicação ou suporte de pensamento; a linguagem enquanto discurso é interação, e um modo de produção social; ela não é neutra, inocente (na medida em que está engajada numa intencionalidade) e nem natural, por isso o lugar privilegiado de manifestação da ideologia (BRANDÃO, 2004, p.12).

Assim, essas reflexões metodológicas serão aplicadas à análise das práticas discursivas governamentais relacionadas às políticas públicas de saúde no município de Cascavel. A análise dos discursos oficiais a partir deste pressuposto metodológico permite verificar a intencionalidade das ações do governo, das instituições de saúde e das campanhas de vacinação, a qual nem sempre está

⁶ No Paraná as empresas responsáveis são respectivamente a Copel (Companhia Paranaense de Energia) e SANEPAR (Companhia de Saneamento do Paraná) que receberam forte investimento do governo do Estado no período referido para a ampliação da infraestrutura e áreas de atendimento.

explícita no discurso. O aumento dos investimentos em saúde tinha como objetivo criar um imaginário de “bom governo” e com isso ganhar a simpatia da população. Pode-se dizer, dessa forma, que Jayme Canet Júnior valorizou os discursos aplicados à saúde enquanto propaganda para ganhar simpatia e apoio da população para com sua administração. Isso se deve principalmente ao fato de que os governadores no regime militar não assumiam o poder através do voto democrático da sociedade. Durante o regime os governadores eram indicados pelo Governo Federal e homologados pela Assembleia Legislativa. O presidente da República também não era eleito pelo voto direto nas urnas, mas pelo voto do congresso.

Dessa forma, Canet utilizou o discurso sobre o investimento em saúde para manter um diálogo positivo com a população. Essa positividade produzida através das ações em saúde serviu para dar embasamento ao discurso de boa administração, isto é, de um bom governo, e o discurso sobre a saúde adquire então uma pluralidade de intenções. Assim as políticas públicas de saúde desenvolvidas no governo Canet constituem uma matéria de extrema importância para análise, pois esse governador está inserido num contexto político em que a tecnocracia e o desenvolvimento são palavras-chave de governabilidade. É de vital importância verificar algumas considerações do filósofo Michel Foucault sobre a governabilidade.

Para Michel Foucault, no livro *Microfísica do Poder*, o sentido de governar é apresentado quando se consegue gerir de forma eficaz os indivíduos, os bens e patrimônios que compõem uma sociedade. Segundo o filósofo, essa preocupação aparece no século XVI, porém se evidencia no século XVIII, com a sociedade capitalista, a expansão demográfica, a maior circulação de moedas e o aumento da produção agrícola. No governo do Estado Moderno as ações dos homens são controladas e não apenas o homem em si, mas também as suas relações com as coisas, desde o seu nascimento até a morte. Isso acontece, principalmente, graças à densificação da população. A estatística é um instrumento utilizado para indicar onde a vigilância e o controle devem ser mais atuantes, tais como regiões epidêmicas ou com mortalidades endêmicas, com maior criminalidade, locais de maior crescimento econômico e locais com concentração de riquezas.

Para Foucault (1979) a governabilidade se sustenta por meio de fios discursivos e práticas. As práticas da governabilidade são direcionadas aos sujeitos mediante o saber e o poder. O discurso produzido pelo Estado, legitimado pelo

saber, passou a ser visto como verdadeiro quando o saber passou a ser legitimado pelo Estado. O saber dá ao Estado o poder de transformar os indivíduos em sujeitos passíveis das ações discursivas. As práticas discursivas são legitimadas pelo saber. Assim, o plano político para a saúde está legitimado por um saber, o saber médico.

Foucault (1979, p.8) indica em suas pesquisas que governar tornou-se arte e investimento político, pois as atividades humanas passaram a estar presentes na reflexão do político. Assim, governar tornou-se investimento, pois se passou a governar melhor (“melhor”, nos conceitos foucaultianos, significa “da forma mais econômica”, e arte, porque a preocupação do Estado não enfocava mais apenas o econômico, mas todos os aspectos da vida social. Destarte a sociedade tornou-se um alvo político, bem como a sua saúde. A condição de Estado bem governado compreende, então, desde a conduta do político até os costumes da sociedade e o ambiente em que se está inserido. Por esse motivo, o controle das epidemias, da fome, da morte, do estado de saúde e doença dos indivíduos, da fertilidade, dos hábitos, da maneira de pensar, etc., juntos, exprimem a “arte de governar”. Essa forma de governar artisticamente é verificada nas fontes trabalhadas nesta pesquisa. Nelas pode ser vista a perspectiva foucaultiana de controlar os bons níveis da saúde para assegurar o crescimento econômico.

Dessa forma, os conceitos gêmeos saber/poder e as possibilidades de controle analisadas por Foucault (1981) possibilitam o entendimento dos discursos e da intencionalidade dos seus agentes na busca de uma população saudável, entendendo-se por *saudável* o controle de epidemias. Isso porque, a saúde é vista como parte da dinâmica do capitalismo. Como o Brasil era caracterizado como dependente e subdesenvolvido, a atuação governamental sobre a doença possui interesses mais amplos do que apenas curar. Nesse caso a promoção da saúde constitui-se num epifenômeno para o desenvolvimento do processo da acumulação capitalista, motivo pelo qual a presença de epidemias seria um retrocesso para as políticas desenvolvimentistas. Por isso a população cascavelense, no conjunto das cidades paranaenses, estando livre de doenças, ficaria apta para promover o processo de modernização e desenvolvimento do Estado.

Não obstante, deixar de tomar a fala dos indivíduos formadores dessa população não indica desconhecimento destes nem falta de atenção aos procedimentos da pesquisa histórica. Sabe-se que, ao medicalizar a sociedade por

meio de estratégias que possibilitam o controle das práticas de cura o Estado encontrou dissonâncias, contestações, negociações e ambiguidades.

O texto que segue compõe-se de três capítulos. O primeiro deles é constituído pela contextualização do objeto. O segundo discute a relação entre as políticas públicas de saúde e o desenvolvimento econômico, o que torna possível analisar a forma utilizada pelo Estado para organizar as campanhas das políticas públicas de saúde no município de Cascavel. O terceiro capítulo aborda questões relativas às imunizações, indicando que as ações em saúde pública muitas vezes são motivadas por necessidades políticas e sociais. A epidemiologia aqui é tratada por um viés muito mais descritivo do que quantitativo, porquanto o modelo quantitativo de explicação tem se mostrado insuficiente. Assim torna-se necessário dar explicações a partir de uma abordagem histórico-social, da mesma forma como, por exemplo, atualmente seria impossível resumir a problemática da AIDS sob a ótica apenas quantitativa.

Por fim, os anexos estão relacionados com a posição geográfica de Cascavel. Também foram inseridos gráficos comparativos da situação de saúde da população cascavelense nos anos estudados. Esses gráficos expressam a presença em maior escala dos serviços de saúde naquela cidade, especialmente no que se refere às imunizações. Esse fator se correlaciona com a intencionalidade do Estado em combater doenças e garantir bons níveis de saúde.

CAPÍTULO 1 CRESCIMENTO ECONÔMICO E POPULACIONAL DO MUNICÍPIO DE CASCAVEL/PR

A região do Extremo Oeste, onde se localiza Cascavel, teve inicialmente “a ocupação de caráter precário e de baixa densidade, vinculada à economia da madeira e do mate. Em sequência, houve a ocupação de caráter colonizador devido ao fluxo migratório de diferentes regiões” (PARANÁ, 1977a, p.8).

A cidade tornou-se uma vila com a chegada de José Silvério de Oliveira em 1930. José Silvério, também conhecido como Nhô Jeca, construiu um armazém para reabastecer de alimentos os viajantes que passavam pela vila rumo a Foz do Iguaçu. Desde então, Cascavel tornou-se uma cidade de “passagem” entre Foz do Iguaçu e Guarapuava, e dessa forma¹ foi se tornando eixo econômico do Estado do Paraná.

Durante a década de 1930, com o ciclo da erva-mate já extinto, iniciou-se o ciclo da madeira. Esse ciclo trouxe para Cascavel famílias procedentes de Santa Catarina e do Rio Grande do Sul e, em especial, colonos poloneses, italianos e alemães, que juntos formaram a base colonial da cidade. Além disso, para a região do Extremo Oeste “vieram os colonos que estavam localizados no norte, onde o café estava sendo substituído por outras lavouras e pecuária” (PARANÁ, 1977a, p.9).

Nos anos 1940 planejou-se para a região, juntamente com o Sudeste e também o Oeste Catarinense, a criação do chamado Estado do Iguaçu. Três cidades – Laranjeiras do Sul, Foz do Iguaçu e Aparecida dos Portos, hoje Cascavel – disputavam a condição de capital desse estado. Segundo aponta a historiadora Márcia Ristow (2001, p.26), Cascavel, nesse momento, “era, então, reconhecida como “cidade progressista”, fundamentada nas qualidades étnicas da população; mas Getúlio Vargas saiu do poder em 25 de outubro de 1945, sem efetivar o Território do Iguaçu, e não houve a sua criação.

¹ Antes mesmo da chegada de José Silvério de Oliveira, a cidade de passagem dos tropeiros era conhecida como Cascavel. O município era conhecido por este nome, pois, os tropeiros passavam as noites em torno de um riacho denominado de “riacho das cascavéis”. Em 1934, Monsenhor Guilherme Maria Thiletzek, por achar que Cascavel era um nome que indicava o mal, batizou a pequena cidade de Encruzilhada de Aparecida dos Portos Porém, Aparecida não era um nome de consenso, pois, a cidade já era chamada de Cascavel. Em 1943, o governo federal planejava chamar a cidade de Guaiacá e somente com sua emancipação em 1951 que recebe definitivamente o nome de Cascavel (SPERANÇA, 1982).

Passados vinte e um anos da colonização iniciada por José Silvério de Oliveira, Cascavel emancipou-se de Foz do Iguaçu, através da Lei n.790, de 14 de dezembro de 1951. No ano seguinte foi oficialmente instalado o novo município. Seu primeiro prefeito foi José Neves Formighieri, que assumiu o mandato no dia 14 de dezembro de 1952. Desde então, Cascavel foi experimentando um acelerado crescimento demográfico.

Até o final da década de 1960, as principais atividades econômicas em Cascavel eram a indústria madeireira, o cultivo de milho e a criação de suínos. Como, porém, a madeira estava se esgotando, o Governo Federal iniciou um processo de desenvolvimento da agricultura na região, cuja topografia suave permitia a implantação da mecanização das atividades agrícolas. Além disso, o solo fértil, a ampliação dos acessos rodoviários e mais tarde a valorização da soja no mercado internacional foram fatores decisivos para a expansão da região e da economia.

No final da década de 1970, devido a sua agricultura, Cascavel apresentava uma das maiores expectativas de crescimento econômico de todo o Estado. Com isso, segundo o jornal *O Paraná*, passaram a “aumentar gradativamente as esperanças de todos aqueles que para cá vieram, trazidos e motivados pelo aceno de progresso e prosperidade que se lhes apresentava esta realidade oestina” (*O Paraná*, Cascavel, 16 out. 1976, p.4). Outro dado importante sobre o crescimento populacional de Cascavel foi a construção da usina de Itaipu, que atraiu imigrantes das várias regiões do Brasil.

O primeiro aspecto que se destacava no comportamento demográfico em Cascavel era o seu alto nível de crescimento, sendo responsável por 30% de todo o contingente populacional do Oeste do Paraná. Esse crescimento resultou das correntes migratórias de outras regiões do Estado e do país, que se deslocaram para o ainda jovem município. A implantação da Hidrelétrica de Itaipu intensificou ainda mais essa situação, visto que a mão-de-obra para a construção vinha principalmente do Estado de São Paulo. Conforme pesquisa desenvolvida pelo IPARDES (PARANÁ, 1977b, p.208), em decorrência do projeto Itaipu, entre 1975 e 1979 chegaram à região 38.515 imigrantes.

O censo de 1970 revelou que 44,35% da população do município eram provenientes de outros estados, predominando nesse contingente os gaúchos (66%)

e os catarinenses (25%). Na totalidade populacional, 75% eram jovens com menos de 30 anos. Essa atração de indivíduos de diversas procedências estava relacionada com a prosperidade no plano material do município.

Outro aspecto do crescimento demográfico foi a urbanização acelerada, que colocou o Governo diante de novas demandas, visto que a aglomeração dos indivíduos ocasionou mudanças no cotidiano da população. Sob tais condições, a análise do IPARDES (PARANÁ, 1977b, p.10) afirma que “deve ser considerado igualmente o conjunto de fatores representado pelas doenças, morte prematura, moradias insalubres, analfabetismo, subemprego, que mostram a precária qualidade de vida da população”. Foucault (1981, p.97) cita o filósofo Cabanis para explicar o medo urbano: “todas as vezes que os homens se reúnem, seus costumes se alteram; todas as vezes que se reúnem em lugares fechados, se alteram seus costumes e sua saúde”.

O jornal *O Paraná* relaciona a explosão demográfica em 1976 com a alta taxa de natalidade do município. Segundo o titular do Cartório de Registro Civil da Comarca, João dos Santos, em 1976 “a natalidade em nosso município atinge a 18 nascimentos diários”. João dos Santos informou que nos meses de agosto a setembro de 1976 nasceram 1631 crianças de ambos os sexos. Não obstante, a reportagem assinala que o crescimento não estava se dando apenas pela natalidade:

O crescimento populacional de Cascavel está sendo concretizado, principalmente, ao trabalho de desenvolvimento por que passa a cidade, fazendo com que centenas de famílias transfiram residência para cá diariamente. Cascavel desenvolve-se a passos gigantescos, e sua população já deve estar ultrapassando os 130 mil habitantes (*O Paraná*, Cascavel, 2 dez. 1976, p.3).

Em 1975 Cascavel contava com 103.410 habitantes; passado um ano, esse número aumentou para 139.219; em 1977 saltou para 150.774, e no ano seguinte a cidade já contava com 163.288 habitantes. Desse total, 90.566 eram moradores rurais e 72.722 (44,54% do total) residiam da área urbana (PARANÁ, 1978a). Esse dado é preocupante dentro do pensamento da administração, particularmente no que se refere à saúde pública, uma vez que a reunião de uma massa de indivíduos num mesmo local gera doenças, e a capacidade de atendimento dos serviços de

saúde, então, necessitaria de uma incrementação para se tornar condizente com o crescimento populacional.

Esse crescimento estava relacionado principalmente à implantação do sistema viário, a partir da década de 1950. O aumento das vias de ligação contribuiu para o desaparecimento do “isolamento econômico e social a que estava afeita toda a população da região” (PARANÁ, 1977a, p.9). A ampliação das estradas, desse modo, permitiu “a comercialização do excedente agrícola, o aumento de suas vendas monetárias e o aumento de consumo de bens manufaturados e de serviços assistenciais” (PARANÁ, 1977a, p.9). Esses fatores contribuíram para o crescente dinamismo social e econômico de Cascavel.

Em 1976, os 139.219 habitantes da população total de Cascavel, representavam 11,96% de toda a população que compunha a região do Extremo Oeste. Dessa população, 2.729 eram crianças de 0 a 6 meses; 1.949 tinham idade de 7 a 11 meses; 4.274 tinham um ano de idade; 4.733 tinham dois anos, 4.678 tinham três anos e 4.692, quatro anos. A estimativa média populacional salta quando somada a população a partir dos cinco anos. Isso ocorre devido ao crescimento populacional de Cascavel mais significativo no início da década de 1970 – tanto por natalidade quanto por migração. Desse modo, pessoas com idade entre cinco e quinze anos somavam 40.234 habitantes, aquelas entre quinze e quarenta e cinco atingiam 59.238 e o contingente com mais de quarenta e cinco anos somava 16.692 habitantes.

A população total do Paraná no início da década de 1970 era de 6.936.743 milhões de habitantes e em 1979 o Estado já contava com 9.605.833 milhões de pessoas. Desses habitantes, 36,06% eram moradores da área urbana no início da década, percentual que no final da década subiu para 42,12%, perfazendo um crescimento de 3,7% ao ano (IBGE, 1970).

No plano econômico, em 1974, Cascavel contava com 54,59% da população ocupada no setor primário de produção, 16,79% no setor secundário, que estava condicionado pelo desenvolvimento do setor primário, uma vez que as atividades industriais estavam voltadas para o beneficiamento dos bens primários e a produção de insumos agrícolas. Segundo informações da SESB (PARANÁ, 1978a), no ano em que Jayme Canet assumiu o governo do Estado, 28,62% da população de Cascavel estavam empregados no setor terciário.

De acordo com o documento *Política de Desenvolvimento Urbano para o Estado do Paraná*, a renda *per capita* no Oeste Paranaense era de U\$ 131.30, enquanto a renda *per capita* média do Estado era de US\$ 204.61. Cascavel, em 1975, era a segunda maior cidade do Oeste Paranaense, ficando atrás apenas de Foz do Iguaçu em número de habitantes moradores do meio urbano (PARANÁ, 1975).

O jornal *O Paraná* apresentou Cascavel em 1976 como uma das integrantes da microrregião do Extremo Oeste paranaense onde a agroindústria era a propulsora do desenvolvimento do setor secundário. A cidade tinha o título de polo regional pelo seu papel de prestadora de serviços, o que podia ser percebido na utilização das redes hospitalar, hoteleira e bancária. Essa situação de polo microrregional, como assinala a matéria, “tenderá a acentuar-se em escala sempre crescente, não só pela atual influência de Cascavel, uma das mais ricas do Estado, como também porque a cidade desponta como uma das mais importantes desta unidade da federação” (*O Paraná*, Cascavel, 31 out. 1976, p.18). O jornal *O Paraná*, assinalou que Cascavel reunia o maior número de bens e serviços que serviam à região, concentrando 15,87% da capacidade microrregional dos leitos hospitalares, 20% da rede bancária e 51,87% do total de aparelhos telefônicos (*O Paraná*, Cascavel, 31 out. 1976, p.18); portanto era uma cidade em desenvolvimento e propícia para a modernização.

Entre as cidades incluídas na Política de Desenvolvimento Urbano do Paraná (PDU), Cascavel era a que recebia prioridade para adequar a sua infraestrutura. Como o município se apresentava como um centro de serviços inter e intrarregional, teve um destaque maior quando o Projeto Itaipu foi iniciado. Havia nesse momento uma dissociação estrutural entre a construção de Itaipu e a região que ela influenciava. Por um lado, tinha-se a maior hidrelétrica em construção no mundo, e por outro, a falta de infraestrutura de toda a região. Cascavel, nesse momento, passaria por uma reformulação urbana, bem como receberia as instituições que iriam compor essa cidade em urbanização. Entre essas instituições destacou-se a construção do Hospital Regional em Cascavel, cujos atendimentos, no entanto eram direcionados à todos os municípios sob a influência de Itaipu.

Por essas razões, a análise da questão da saúde da população e das políticas públicas de saúde desenvolvidas pelo Estado, especificamente no caso de

Cascavel, deve ser relacionada aos interesses políticos e econômicos. Entre estes destaca-se o controle das consequências sociais e financeiras negativas das doenças provocadas pelo acelerado crescimento demográfico e a ocupação recente, fatores que geram necessidade de infraestrutura.

Conforme o que já foi dito, o acréscimo demográfico no município de Cascavel estava relacionado a uma onda migratória em busca de oportunidades econômicas, e é nesse sentido que a agricultura e a hidrelétrica de Itaipu constituíram-se em uma ponte desse fluxo populacional. Em mensagem à Assembleia Legislativa no ano de 1978, o governador Jayme Canet Júnior destacou o desenvolvimento do Paraná em relação aos índices de desenvolvimento do país, de forma que

enquanto as exportações brasileiras cresciam 19,8%, as do Paraná aumentavam 27%. A explicação está na característica da economia estadual, mais voltada para estímulos do mercado externo e menos sujeita às pressões e dificuldades internas. Assim, o bom preço do café nos primeiros meses do ano, com estoques remanescentes comercializados, aliado à boa safra de soja, além dos preços razoavelmente bons que alcançaram, de maneira geral, os produtos agrícolas, contribuíram para que o Paraná tivesse desempenho superior ao conjunto dos Estados brasileiros (CANET, 1978, p.5).

Seguindo seu discurso aos deputados do Paraná em 1978, Canet informou que as taxas de investimento estavam cada vez maiores, e assinalou que de “cada cruzeiro do contribuinte, 43 centavos voltaram a ele sob a forma de despesas de capital”, cumprindo assim as principais diretrizes do programa “Objetivos e Metas do Desenvolvimento” (PARANÁ, 1978a, p.6). Dentre os objetivos alcançados, Canet destacou o aperfeiçoamento da estrutura econômica, realizado através da “melhoria das condições para exploração agropecuária e a consolidação, ampliação e complementação do Parque Industrial” (PARANÁ, 1978a, p.6).

Esse discurso está também relacionado à expansão econômica representada pelo “programa rodoviário, pelo aumento da capacidade de geração e distribuição de energia elétrica na cidade e no campo e pelo aperfeiçoamento das comunicações”. Ao mesmo tempo estavam nas metas alcançadas em 1977 os serviços sociais e a infraestrutura, “particularmente nas áreas de educação, saúde pública, bem-estar social, saneamento básico, segurança e justiça” (CANET, 1978, p.6).

Em seu governo, Jayme Canet enfatizou a ligação entre a capital do Estado e o Interior. Por esse motivo, as obras em sua maioria serviram para que essa ligação fosse possível. Para isso, serviram especialmente a construção de estradas e a melhoria nas comunicações. Canet entendia que o progresso do Estado do Paraná deveria ser homogêneo. Cascavel, nesse contexto, sendo um polo econômico e de desenvolvimento, recebeu várias obras de infraestrutura; porém, o jornal *O Paraná* mostra que essas obras poderiam ser ainda maiores, o que só não ocorria devido à má administração do então prefeito, que pertencia ao partido rival do Governo do Estado, o MDB.

Em 1975-76 o governo municipal ainda era do MDB, representado por Pedro Muffato. Segundo *O Paraná* (Cascavel, 19 set. 1976, p.3), “em Cascavel, progresso sem segurança”, indicando a situação dos loteamentos cascavelenses, cheios de valas, etc. Em outro texto, a reportagem afirmava:

O crescimento em Cascavel, hoje calculado em doze por cento, [...], pode ser justificadamente, motivo do enorme bairrismo por parte dos seus habitantes. Mas, ao mesmo tempo em que se constitui motivo de orgulho para uns, é, também, justificadamente, fator de enorme preocupação para quem precisa por um pouco de ordem em seu crescimento. [...] A especulação imobiliária em Cascavel, a níveis sem precedentes em todo Paraná (paga-se mais para morar aqui do que mesmo na capital do Estado) acaba causando um dos piores círculos viciosos já registrados, atingindo diretamente, a população de baixa renda. Enquanto enormes lotes continuam desocupados em pleno centro da cidade, sempre valorizando seu preço, 90 por cento das pessoas da cidade são obrigados a engrossar a periferia do Município, residindo em locais não pavimentados, sem meio-fio, galerias pluviais, sem contar com a água luz esgotos e outras benfeitorias necessárias, normalmente exigidas aos loteamentos em outras cidades (*O Paraná*, Cascavel, 1 set. 1976, p.4).

Dessa forma, o progresso de Cascavel deveria ser organizado pela administração municipal em função das estratégias de redimensionamento populacional, territorial e das riquezas conquistadas com isso. Esse crescimento era evidenciado nos anúncios governamentais no jornal *O Paraná*, como resultado de uma política de desenvolvimento do Estado. Assim, o jornal construiu uma propaganda de um Estado rico, um Estado de fábula. A partir dessa ideia ele exprime a imagem de riqueza, como se pode observar:

Vinham caminhos e riquezas; onde um chegava puxava o outro; novos caminhos, novas riquezas; mais riquezas, novos caminhos; até que um dia as riquezas dispararam; nos últimos cinco anos a produção agrícola dobrou; as exportações triplicaram; e as riquezas ficaram na frente, permitindo novos e melhores caminhos (*O Paraná*, Cascavel, 3 maio 1977, p.6).

Canet (1977, p.24) afirmou também que “as relações entre o executivo federal e estadual têm como característica o designo comum de servir ao crescimento das potencialidades de cada comunidade”. O governador finalizou seu pronunciamento de prestação de contas do primeiro ano de mandato anunciando o que considerava seu projeto maior: “construir num Paraná grande, uma sociedade forte, generosa e próspera” (CANET, 1977, p.25). Cascavel, no final da década de 1970, passou por um intenso investimento em ações de saúde, sempre aliado ao avanço econômico.

O jornalista Emir Sfair, em nota ao jornal *O Paraná*, relacionou a situação econômica e de desenvolvimento do município de Cascavel ao milagre econômico. No dia em que saudava presidente Ernesto Geisel em sua primeira visita à cidade, em 1976, Sfair (1976, p.2) cita: “o presidente Ernesto Geisel verá também ao sobrevoar o oeste do Paraná que o ‘milagre brasileiro’ é feito aqui, pelos tratores, pelas semeadeiras [...]”. Cascavel, assim como toda a Região Oeste, nesse momento mantinha a agricultura – principalmente através da plantação de soja, trigo e milho – como propulsora do crescimento econômico.

No final de 1976 ocorreram as eleições municipais, e em Cascavel foi eleito o arenista Jacy Miguel Scanagatta. Jacy elegeu-se com 13.838 votos, deixando para trás a administração do MDB então vigente, representada por Pedro Muffato. Em segundo lugar ficou o representante do MDB, Fidelcino Tolentino, com 13.446 votos. Concorreram também os arenistas Luis Picoli, que ficou com 7.967 votos, e Octacilio Mion, com 3.941 votos. Entre os emedebistas estavam Hilton Colombelli, com 3.301 votos, e Juraci Bortolotto, com 1.059 votos.

O governador Jayme Canet atribuiu a vitória da ARENA, basicamente, a três fatores: “o diálogo franco que sempre manteve com a população paranaense; o trabalho incansável da direção do partido e a atenção permanente que o presidente Geisel dispensou ao Paraná” (*O PARANÁ*, Cascavel, 19 out. 1977, p.6).

Nesse sentido, a vitória da ARENA nas eleições significaria a intensificação na integração entre a Capital e o Interior. Nesse período foi construída no Paraná a hidrelétrica de Itaipu, a maior do mundo. Essa usina foi instalada para atender à demanda energética brasileira e paraguaia. Nessa obra foram gerados em torno de dois mil empregos diretos. Esses trabalhadores com suas famílias vieram de diversas partes do país, ocasionando um expressivo aumento demográfico para a região do Extremo Oeste paranaense (PARANÁ, 1977b). Segundo os dados técnicos fornecidos ao jornal *O Paraná*,

O canteiro de obras está situado a 10 quilômetros da ponte Internacional que liga o Brasil com o Paraguai. Pelos cálculos dos engenheiros, mais de dois mil operários se revezam dia e noite para completar o projeto o qual vem dando subsídios para que o governo invista em pólos como Cascavel (NAS BARRANCAS, 18 jul. 1976, p.22).

Cascavel, integrante da região de abrangência de Itaipu, viveu esse crescimento populacional e econômico gerado pela construção da hidrelétrica binacional. A cidade fazia parte do entroncamento rodoviário entre os principais municípios paranaenses. Além disso, era a maior produtora de grãos do Paraná. Por esses motivos ela tornou-se cidade-polo. A concentração financeira determinou a centralização, na cidade, das instituições políticas e das de saúde. Cabe lembrar que a instalação da Regional de Saúde, que transformou Cascavel em Distrito Sanitário, e a construção do Hospital Regional do Oeste do Paraná², destinaram-se ao atendimento de toda a região, e não apenas de Cascavel.

A agenda governamental no que tange às políticas públicas de saúde seria implementada mais facilmente, porquanto ocorreria um monopólio partidário na formulação dessas políticas. O Secretário de Saúde do Estado, Arnaldo Busato, preparou para Cascavel e para toda a região de influência de Itaipu um programa específico de política pública de saúde. Esse programa contava com o aumento de profissionais da saúde que pudessem atuar nas áreas de saneamento, de vacinação, de alimentação, de psiquiatria, entre outras, como veremos no segundo capítulo desta pesquisa.

² A construção desse hospital foi iniciada em 1977, no governo Jayme Canet Junior. Porém, depois de vários anos com a obra estagnada, o manicômio foi inaugurado no dia 31 de maio de 1989 no governo Álvaro Dias.

Conforme afirmam Baumgarther e Jones (1993, p.26), “a criação e a manutenção de um monopólio de políticas estão intimamente ligadas com a criação e a manutenção de uma imagem de apoio”. Essa imagem de apoio ficou fortalecida com a ARENA no comando dos executivos federal, estadual e municipal. Estes, por sua vez, buscaram com as ações em saúde promover o desenvolvimento econômico. Nos anos de 1970, quando o Brasil e a América Latina em geral passavam por governos ditatoriais, a ordem era o lema desses governantes. Não obstante, alguma coisa estava fora da ordem, considerando-se o quadro de epidemias e doenças que no período em foco atingiram várias regiões do país, inclusive Cascavel, como veremos mais adiante.

1.1 ASPECTOS RELACIONADOS A SAÚDE NO MUNICÍPIO DE CASCAVEL/PR

Jayme Canet Júnior assumiu o governo em 1975 com um quadro de saúde pública preocupante em Cascavel, visto que a desnutrição, avitaminoses – moléstias facilmente evitáveis – estavam entre as principais causas de morte. Isso, na perspectiva de uma sociedade que deveria governada pelo biopoder e a biopolítica, significava falta de atuação governamental. Em 1974, calculou-se que no Extremo Oeste – porção onde se situa Cascavel – havia um número de 5.772 óbitos por causas gerais, dentre elas “as causas infecciosas e parasitárias, isquêmicas do coração e outras formas de doenças do coração, acidentes, envenenamento e violências, perinatal, cerebrovasculares, tumores malignos, avitaminoses e outras doenças nutricionais” (PARANÁ, 1975a, p.4).

Cascavel registrou o maior número de óbitos da região: 882 morte numa população total de 103.410 habitantes; em seguida aparecem Toledo, com 546 óbitos numa população de 79.854, e Assis Chateaubriand, com 526 óbitos entre 91.107 habitantes (CENSO, 1970). Podem-se destacar também as causas de morbidade da região oestina: “verminose, gripe, disenterias, sarampo, coqueluche, infecções meningocócicas, lepra e hepatite infecciosa”. Além disso, a região apresentava um elevado índice de mortalidade infantil, com um coeficiente de 80.96 para cada 1000 nascidos vivos (PARANÁ, 1975, p.4).

A Região Oeste, em especial Cascavel, nos fins da década de 1970 tornava-se uma área com grandes expectativas de produção de capital e rentável para investimentos. Em 1976 Cascavel registrou um crescimento de 12% e em 1974, segundo reportagem do jornal *O Paraná*, a cidade cresceu 14%, o que representou o auge da corrida populacional e econômica (*O Paraná*, Cascavel, 1 set. 1977, p.3).

Seguindo o entusiasmo sobre o crescimento da cidade e as solenidades da comemoração da assim chamada Revolução de 64, o Secretário da Saúde e Bem-Estar Social de Cascavel, Renato Loures Bueno, declarou, em 1977: “aqui estamos reunidos, nesta noite memorável, numa eloquente manifestação do civismo, para significar e enfatizar os nossos mais sadios e elevados sentimentos de brasilidade”. O secretário apresenta seu discurso sobre atuação governamental indo ao encontro das ideias desenvolvimentistas nas áreas socioeconômica e cultural. (*O Paraná*, Cascavel, 1 set. 1977, p.3).

Sentimos ter soprado em todas as ruas, praças, estradas e caminhos de Cascavel, um novo hábito renovador desejoso de outro estilo de comportamento administrativo, capaz, eficiente, justo e humano, voltado para os interesses maiores do nosso desenvolvimento socioeconômico e cultural (SAÚDE, 5 abr. 1977, p.5).

Após demonstrar as intenções de desenvolvimento, Renato Loures Bueno apresenta à população o crescimento das atividades nas áreas da saúde, da educação e do bem-estar social. No discurso, Bueno enfatiza os planos de aumentar os cursos para agentes de saneamento, de socorristas rurais, de educadores, de visitantes sanitários, de socorristas escolares, de ação médica integrada, de saúde mental, de epidemiologia e controle de doenças e saneamento do meio (SAÚDE, 5 abr. 1977, p.5). À medida que se fazia a cobertura jornalística do desenvolvimento, buscava-se associá-lo à ideia de que o povo estava bem. Isso indica que a saúde não estava definida apenas como não ter doença.

Nesse momento Cascavel atendia a uma média de 1.074 consultas nos ambulatórios de saúde mental e era o quinto município com maior arrecadação para o saneamento do meio (PARANÁ, 1977a). Foi implantado no ano seguinte o projeto “Urbanização e Mobilização Comunitária”, que contemplava a formação de profissionais para atuar nas ações de saúde, como auxiliares de enfermagem, auxiliares de saneamento, etc. Cascavel, em 1976, possuía 1 (um) hospital com a

capacidade de 100 leitos e 14 hospitais com capacidade inferior a 100 leitos (PARANÁ, 1977a), somando o total 647 leitos. Todos os hospitais eram privados. Desses 15 hospitais, 10 eram de alvenaria, 3 eram de madeira e 2 eram mistos. Todos jogavam seus detritos em fossas, por não haver saneamento básico na cidade. Com relação aos recursos humanos, Cascavel contava com 72 médicos, 8 enfermeiros, 3 técnicos de enfermagem, 54 auxiliares de enfermagem e 64 atendentes de enfermagem (PARANÁ, 1977a).

Na segunda metade da década de 1970, destaca-se também a expansão de cursos oferecidos pelo Governo para atuação nos campos da saúde e do bem-estar social no Interior do Estado. Cascavel era um dos principais centros de atuação, por ser sede do distrito sanitário da região, a 10ª Regional de Saúde. Segundo Boletim da SESB, no ano de 1976 formaram-se no Estado 1.619 pessoas por meio de 63 cursos. Os cursos eram de psiquiatria básica, educador sanitário, inspetor de saneamento, auxiliar de laboratório, auxiliar de estatística, socorrista escolar, promotor de saúde, orientador de clube de mães, auxiliar de serviços médicos, atendente de unidade sanitária, atendente hospitalar, de prevenção de câncer ginecológico e socorrista rural. Segundo o relatório, “do total de 63 cursos realizados em 1976, 53 foram em municípios do interior do Estado” (PARANÁ, 1 out. 1976, p.5).

Em função do grande crescimento populacional, o discurso do governo passou a dar uma maior atenção às condições de saúde em Cascavel. A situação tornou-se crítica, principalmente se considerarmos que as unidades públicas – hospitais e centros – de atendimento à saúde eram cada vez mais insuficientes na cidade, visto que esta congregava uma população crescente. Além disso, em se tratando de recursos humanos – médicos, enfermeiros, dentistas, técnicos e auxiliares de enfermagem novamente comprovam-se números insuficientes para a população demandante de atenção à saúde.

Por esses motivos, com o objetivo de desenvolver e modernizar o Interior do Estado, Jayme Canet Junior lançou o programa de governo “Objetivos e Metas de Desenvolvimento”. O programa propôs a interiorização das ações em saúde. Assim, Cascavel passou a receber maior atenção quanto às políticas públicas de saúde. Entre os investimentos governamentais estão a extensão das campanhas de imunização da capital para o Interior, a ampliação das instituições públicas de saúde –

como o projeto do Hospital Regional – e a maior atenção materno-infantil. O programa materno-infantil constituiu-se no acompanhamento pré-natal³ durante a gestação e investimentos em nutrição da gestante e da criança até um (1) ano.

Não obstante, na segunda metade da década de 1970 Cascavel possuía um dos mais sérios problemas de urbanismo no que se refere a sua rede de esgotos. Em 1976, a rede possuía apenas 12 quilômetros, toda no centro da cidade, com não mais de 300 ligações, o que equivalia a um atendimento de apenas 3% da população. Os demais habitantes utilizavam a fossa séptica, que oferecia sérios riscos à saúde pública. Segundo consta na reportagem,

Diante do problema de tamanha proporção, “O Paraná”, decidiu por realizar um levantamento completo da situação, com o objetivo de localizar as falhas administrativas que levaram o município a esse verdadeiro caos em termos de saneamento básico (REDE, 27 jul. 1976, p.7).

Para isso, no governo Canet foram realizados vários levantamentos do quadro de saúde da população cascavelense bem como das cidades sob influência da Itaipu. Nos vários relatórios da SESB consta que havia um número reduzido de pessoas para trabalhar nas campanhas de saúde pública. No tocante à epidemiologia, faltava estrutura para a aplicação das vacinas, por isso imunizavam-se as pessoas nas escolas, nas empresas e em postos itinerantes. Havia também deficiência na estatística sobre o número de nascimentos e mortes. Em face dessas deficiências, a Secretaria de Saúde do Estado desenvolveu programas de controle e de informações mais diretos para as cidades do Interior.

A preocupação com o saneamento do meio aparecia constantemente nos discursos que envolviam a saúde pública, pois, além de evitar doenças, o saneamento faz parte daquilo que Urbach chamou de conjunto de regras e condições de vida, como veremos a seguir; isso porque o saneamento não cuida apenas da rede de esgoto e da água tratada, mas também da forma como as pessoas convivem com o meio, ou seja, a maneira como manipulam os alimentos, o lixo domiciliar, a higiene pessoal, entre outras coisas. Pergunta-s então: qual era a

³ Assistência médica – normalmente exercida por um obstetra – prestada durante os nove meses de gestação visando evitar problemas de saúde à mãe e ao bebê até que o parto ocorra.

situação do saneamento em Cascavel na segunda metade da década de 1970, visto que o cuidado com esse quesito é fundamental para o bom andamento das políticas públicas de saúde?

Primeiramente, ao andar pelo centro da cidade em 1975, o cidadão cascavelense encontrava uma avenida arborizada, iluminada, com recursos modernos de pavimentação; mas ao chegar aos bairros, como aparecia constantemente no jornal *O Paraná*, a realidade era outra: havia falta de infraestrutura. Nesse momento, portanto, a periferia não contava com tratamento de água e redes de esgoto, não tinha luz nem asfalto. Cascavel,

vivendo um espetacular surto de desenvolvimento, enfrenta, em consequência desse fenômeno, um problema de difícil solução: conseguir colocar ordem nesse progresso. Até agora, o que se tem visto é uma área central magnificamente servida, com característica de cidade planejada. Mas cercada de bairros carentes dos mais modestos recursos (COMO LEVAR, 19 ago. 1976, p.5).

Nos bairros, por exemplo, a situação de precária infraestrutura foi comparada a um drama teatral:

Na Vila Claudete, cada vez que um pingo de chuva bate no rosto de alguém, todos se preparam para viver um novo drama. E como todo bom drama esse também é trágico e subdividido em atos. O primeiro ato é o alvoroço das mulheres em arrebanhar para dentro de suas casas os filhos desgarrados pelas ruas. O segundo é mantê-los lá dentro. A terceira fica por conta dos homens quando saem ou voltam do trabalho, enfrentar a lamaceira. O quarto é a dos motoristas: desatolar os veículos das valetas. E o quinto e último ato é o de todos: reclamar, outra vez para a Prefeitura, sabendo de antemão que o problema não será resolvido (PREPAREM-SE, 21 nov. 1976, p.3).

Tal situação não ocorria apenas na Vila Claudete. Em outra reportagem, agora no bairro Nova Cidade, anunciou-se a falta de eletricidade, água, esgotos e calçamentos num bairro que estava crescendo. Uma moradora reclamou: “isso aqui é uma grande armadilha para o povo. Quando a gente vem, tem promessa que vai ter luz, esgoto e água [...] é a prefeitura que deveria ajudar e não ajuda” (*O Paraná*, Cascavel, 29 nov. 1976, p.3). Nesse contexto, a falta de estrutura de moradia entre a população da periferia de Cascavel aparece, portanto, como necessidade de uma configuração do espaço urbano.

Nesse momento, o prefeito Pedro Muffato – MDB – estava saindo do executivo cascavelense. A data do noticiário acima marcava a vitória nas eleições municipais do arenista Jacy Miguel Scanagatta, triunfo intitulado de Esperança de Renovação. Jacy Scanagatta era um dos proprietários do jornal, o que explica a demonstração dos problemas do governo anterior (emedebista) e a promessa de que com o novo prefeito a situação seria melhorada. Assim, o prefeito eleito publicou no seu jornal a sua proposta para resolver esses problemas existentes na infraestrutura urbana de Cascavel. No setor habitacional, o prefeito anunciou que pretendia, com apoio da Secretaria de Saúde, Trabalho e Assistência Social, criar uma companhia de habitação municipal para formular um plano capaz de acabar com o problema em Cascavel. Com isso, ele pretendia assegurar “maior segurança, conforto e bem-estar às famílias de baixa renda” (PREPAREM-SE, 21 nov. 1976, p.16).

Segundo um relatório do IPARDES, na região do Extremo Oeste, onde se situa Cascavel, existiam déficits quantitativos e qualitativos no tocante às unidades habitacionais por família, e à qualidade dessas moradias. Essa situação – segue o relatório – agrava-se “quando se sabe que, nos últimos anos, o fluxo de imigrantes para a área em estudo foi muito grande, atraindo pessoas de todas as regiões do país, na expectativa de oportunidade de trabalho” (PARANÁ, 1977a, p.11). Além disso, a precariedade do sistema habitacional era indicada pela indisponibilidade de recursos de água, esgotos e instalações sanitárias. Por essa razão, no setor de saneamento, o prefeito eleito pretendia implantar um sistema de saneamento básico, “ajudando a promover o desenvolvimento urbano, elevando os padrões de vida e saúde, introduzindo hábitos salutaros e, assim, possibilitando à população maior bem-estar social” (PARANÁ, 1977a, p.11). Para isso, ele contaria com a Sanepar para a construção e ampliação do sistema de abastecimento de água. Além disso, de forma emergencial, promoveria o início da implantação do inexistente sistema de esgoto sanitário.

A ideia central do discurso acima revela o papel do governo junto à população: oferecer subsídios para a melhoria da qualidade de vida. Assim, nos discursos governamentais aparecem as práticas do governo como indispensáveis e fundamentais para promover o bem-estar social.

Segundo o engenheiro e professor titular da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, *Szachna* Eliaz Cynamon, num trabalho

apresentando no VIII Congresso de Engenharia Sanitária em 1976, “o saneamento visa fundamentalmente à proteção e promoção da saúde” (CYNAMON, 1977, p.35).

Para Cynamon (1977), a essência das ações da engenharia do saneamento parte das problemáticas da saúde. No período em estudo, a filosofia de Saúde Pública proposta pela Secretaria de Saúde do Estado consistia em: identificar as necessidades da população; tratá-las com tecnologia adequada que garantisse boa cobertura, boa qualidade e acesso à saúde para a população; avaliar os resultados e alimentar esse processo, ou seja, fazer campanhas (PARANÁ, 1978d).

Para a execução desse programa no município de Cascavel, a Secretaria de Saúde do Estado contava com o apoio do secretário de saúde do município, Renato Loures Bueno, que atuou até meados de 1978, e com José Jesus Lopes Viegas, até 1979. Renato Loures Bueno formara-se em medicina na Universidade Federal do Paraná, especializando-se em ginecologia e obstetrícia. José Jesus Lopes Viegas, conhecido como Dr. Jesus Viegas, formara-se em medicina na Faculdade de Medicina de Teresópolis, em 1974, e havia se especializado em ginecologia e obstetrícia pela Universidade do Rio de Janeiro, em 1976. Em seguida, ingressara na atividade política na área da saúde na cidade de Cascavel, como assessor do secretário de saúde, Renato Loures Bueno. Nesse momento Dr. Jesus, juntamente com as atividades públicas de saúde, atendia pacientes particulares nos hospitais privados.

Renato Loures Bueno, por ocasião de abertura de uma campanha contra o câncer ginecológico, afirmou que “Cascavel é um dos maiores municípios do Estado, com uma população carente de medicamentos e de assistência da municipalidade” (*O Paraná, A Saúde*, 3 jul. 1977, p.3), contudo, na sequência indicou que a cidade estava recebendo investimento de ações em saúde porque “o município está investindo naquilo que consideramos o maior patrimônio do ser humano: a saúde. O povo sadio trabalha consciente, rende mais e o progresso vem de maneira organizada” (*O Paraná, A Saúde*, 3 jul. 1977, p.3). Importante apontar a semelhança do discurso da administração municipal com o discurso estadual de Arnaldo Busato, que em quase sua totalidade colocava que a saúde era o bem mais precioso do homem e que a boa saúde oferecia o progresso.

Durante a atuação do Dr. Jesus Viegas na Secretaria de Saúde do município de Cascavel, as políticas públicas de saúde seguiam as diretrizes da secretaria do

Estado ou do Ministério da Saúde, portanto as decisões eram centralizadas. Não obstante, a Secretaria de Saúde de Cascavel realizou projetos tais como: a Medicina Preventiva do Câncer, juntamente com o Ministério do Trabalho. A realização das atividades médicas em conjunto com o Ministério do Trabalho nos leva a entender a forte ligação existente entre a atuação das políticas públicas de saúde no âmbito do trabalho, explicada pelo fato de o trabalho ser o propulsor do desenvolvimento econômico. Segundo a pesquisadora da Fiocruz Maria Cecília de Souza Minayo (1997, p.31), isso se deve a que “a representação social de saúde e doença está muito ligada à atividade física e à capacidade para trabalhar”.

Também na gestão de Viegas foi realizada a primeira vacinação em massa contra a poliomielite, com a famosa vacina do Zé Gotinha. Nesse momento ainda não existiam postos de vacinação, por isso a população foi imunizada nas escolas, nas empresas ou em suas casas. Auxiliaram nessa campanha de vacinação em massa o Lyons Club, o Rotary Club, a Maçonaria e a Polícia. A atuação da polícia nas campanhas de vacinação pode ser entendida como uma forma de o Estado fazer-se reconhecer como o definidor, o regulamentador e o formulador de leis referentes às políticas de saúde. A polícia atuou então como um agente fiscalizador da aplicação das ações das políticas públicas de saúde definidas pelo Estado.

Além de fortalecer sua imagem por meio dessas ações, o Governo ainda criou novos espaços de atuação, que possibilitaram a aplicação da marca de ordem associada ao desenvolvimento e bem-estar social. Pode-se dizer ainda que o discurso do Governo sobre o fortalecimento da infraestrutura estava submetido, basicamente, aos aspectos tecnocráticos de administração – de modernização, de qualificação e de planejamento. O engenheiro Cynamom (1977) assinala que o saneamento trabalha em função dos interesses da estrutura político-administrativo e da saúde pública, pois as medidas de saneamento influem na estruturação das cidades, no impacto da urbanização sobre o meio ambiente e sobre os dispêndios que a doença pode gerar ao Estado.

Nesse sentido, as práticas desse governo foram orientadas a relacionar o desenvolvimento urbano e o crescimento populacional à melhoria nos campos da saúde e da habitação. Da mesma forma, o Governo aumentou as vacinações em massa, em especial na cidade de Cascavel. Além disso, foi criado o Hospital Regional, que visava enquadrar Cascavel no número de leitos proporcional ao

número de habitantes solicitado pela Organização Mundial da Saúde que era de 5 a cada 1000 habitantes. Salienta-se que o município vivia um adensamento demográfico importante, motivo pelo qual Jayme Canet preocupou-se em estabelecer um número de leitos que atendesse ao aumento da população decorrente da construção da hidrelétrica de Itaipu, que atraiu um grande número de imigrantes para a cidade de Cascavel.

CAPÍTULO 2 “NO PARANÁ, SAÚDE EM PERFEITO ESTADO”

Nada há em nossa vida que possa suprir a saúde; nem a riqueza; nem o poder; nem as honrarias. As honrarias caem no esquecimento. O poder perde-se. As riquezas dissipam-se. O homem doente, mesmo rico, poderoso, altamente colocado é uma criatura infeliz, que inveja a sorte do mendigo com saúde. A saúde é, por isso, o mais precioso bem da vida (A PARTIR, 5 jun. 1977, p.1).

O título deste capítulo foi inspirado num dos lemas das campanhas de saúde do Governo Estadual divulgadas no jornal *O Paraná* – principal veículo jornalístico em Cascavel no final da década de 1970. O discurso do governo Jayme Canet Júnior procurou trazer aos paranaenses a certeza de um novo tempo, um tempo moderno e desenvolvido. O título completo dessa campanha é “SAÚDE: um povo com saúde vive e trabalha melhor. No Paraná, a saúde em perfeito estado”. Nesse sentido, os elementos saúde, povo e Estado são comuns quando o assunto se refere ao Estado promissor, constituído de homens e mulheres laboriosos e saudáveis. Esperava-se com isso haver motivos para não acreditar no progresso e no desenvolvimento.

Segundo a OMS (ONU), “saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade”¹. Não obstante, dentro do pensamento biopolítico², o que é estar doente ou saudável? A enfermeira e pesquisadora Ana Lúcia Magela de Rezende, em seu livro *Saúde: dialética do pensar e do fazer*, assinala que o binômio saúde-doença e as ações em saúde desenvolvidas como ações sociais “são historicamente condicionadas” (REZENDE, 1989, p.85). Nesse sentido, pode-se dizer que a saúde e a doença fazem parte de uma construção social baseada nas condições estruturantes de uma sociedade, a saber, a política, a cultura e a economia. Esses três aspectos são

¹ Disponível em: <<http://www.who.int/en/>>.

² A Biopolítica é um dos principais conceitos teóricos do filósofo Michel Foucault, apresentado no ano de 1976 em seu livro *História da Sexualidade I*, no quinto capítulo intitulado de *A vontade de saber* e ministrado no Collège de France no mesmo ano, publicado posteriormente com o título *Em defesa da sociedade*. A biopolítica e o biopoder para Foucault são formas de exercício do poder dos estados modernos, numa comunicação direta entre a política e a vida, onde a sociedade deve permanecer sobre vigilância, controle do Estado e a vida multiplicada e estimulada a partir do conceito político de corporeidade sadia.

levados em conta se analisados na perspectiva de que levarão a “boa saúde” a ser uma importante arma para a política e para a economia.

Segundo Paulo Sabroza, médico e pesquisador em Saúde Pública pela Fiocruz, a saúde pública pode ser definida como “um conjunto de práticas e conhecimentos organizados institucionalmente em uma sociedade, capazes de assegurar as condições necessárias à manutenção e reprodução da vida humana saudável” (SABROZA apud HOCHMAN, 2007, p.87).

Foucault (1981) clarifica a leitura das práticas institucionais. Argumenta que os governantes muitas vezes atuam de forma autoritária sem que isso seja percebido no cotidiano dos cidadãos. Exemplo disso é a distinção feita pelo Estado entre a doença, o doente e o que deve ser tratado. Considerando-se o efeito do saber/poder promovido pelas instituições médicas, existe uma estruturação simbólica nos conceitos de saúde e doença. Essas instituições, principalmente as vinculadas ao Estado, é que definem para a população geral o que é estar doente ou saudável, como muito bem refere Therezinha Madel Luz (1986, p.53) ao apontar que

Estar doente para um trabalhador não deve ser a mesma coisa que estar doente para um membro das profissões liberais ou do empresariado. A representação de doença (mais do que a de saúde) pode variar segundo as classes, mas os “hábitos de saúde”, embora diferenciados, devem, em princípio, enquadrar todas as classes.

Assim, a medicina torna-se integrante do poder político, porquanto ela será a responsável por ordenar os corpos conforme o seu estado de saúde-doença. A medicina entra como uma interceptora do ajustamento social pretendido ou pelo Estado ou pelo empresário, enfim, por aqueles que dominam a estrutura política, econômica e social. Assim, o saber médico assegura a dominação institucionalizada. A medicina desempenha o papel de apor o conhecimento através dos conceitos de saúde e doença, o de aplicar a técnica no tratamento do doente para devolver-lhe a saúde e ainda o de estender o poder que tem materializando-o em prática.

Neste trabalho associa a saúde aos indicadores tradicionais de saúde, tais como: as condições básicas de higiene, de saneamento, da presença em maior ou menor proporção da mortalidade e morbidade, etc. As razões da campanha “SAÚDE: um povo com saúde vive e trabalha melhor”. No Paraná, a saúde em perfeito estado” também serão trabalhadas neste capítulo. Dentre as razões apontadas pelo governo para investir na saúde estavam apresentadas as seguintes:

O Paraná ostenta saúde porque trabalhou por ela. A gigantesca vacinação em massa de 1975 acabou com a ameaça de surtos epidêmicos como a da meningite. No começo dessa administração, 56% da população urbana tinha torneira em casa. Hoje, 65% da população têm abastecimento de água e o índice aumentará para 80% até 78. Um povo só é feliz quanto tem saúde. E só tem saúde quando tem água tratada. Uma estrutura de bem estar só tem base sólida quando é planejada a partir do homem. E o bem estar do homem começa com a assistência à criança (SAÚDE, 4 maio 1977, p.10)³.

O jornal *O Paraná* explicava os bons níveis de saúde através do enfoque social, particularmente o relacionado ao modo de vida, ou seja, se o indivíduo tinha ou não água tratada e se este se vacinava para evitar as epidemias. Nessa perspectiva, o que provocava as doenças eram as condições externas, ou seja, o indivíduo não possuir água tratada, não haver rede de esgotos em sua moradia, não se alimentar direito, os alimentos não serem bem higienizados, não seguir as campanhas de vacinação, etc., por isso essas condições deveriam ser combatidas. O Estado investiu em vacinações em massa e em saneamento básico porque o modo de vida da população provocava doenças. Para o controle das questões externas do adoecimento da população, a atuação governamental não se dava somente no campo político, mas se legitimava na competência técnica e nas instituições munidas de saber, que determinavam as normas e a ordem para uma melhor vigilância da população em crescimento.

Verifica-se então uma intensificação das campanhas de vacinação contra poliomielite, varíola, sarampo, meningite, coqueluche, etc., assim como a ampliação da rede hospitalar. Dessa maneira, foi criado o Grupo de Planejamento Setorial (G.P.S.) da Secretaria de Saúde, e também o Setor de Estatística de Saúde, que recebiam até o dia 20 de cada mês as declarações de óbito registradas em cartório, juntamente com os casos registrados de doenças transmissíveis. Jayme Canet Junior, falando à Assembleia Legislativa em 1979 (já no final do seu mandato), indicava a necessidade da

Chegada mais rápida ao nível central das informações geradas a nível local, melhoradas em qualidade e quantidade, facilitando, sobremaneira, a consolidação dos dados a nível de municípios,

³ Esse título não aparece somente nessa data, em diversos momentos do ano, o jornal publica essa campanha em noticiário.

distrito sanitário e estado e, em consequência, a sua colocação mais pronta e atualizada ao nível decisório e aos usuários (IPARDES, 1979a, p.71).

As áreas da saúde pública que eram consideradas críticas e precisavam de um levantamento para que o Grupo de Planejamento Setorial de Saúde pudesse atuar racionalmente eram, segundo o então diretor da G.P.S. de saúde, Agostinho Loyola: as doenças transmissíveis, especialmente as passíveis de controle por técnicas de imunização e saneamento; a saúde materno-infantil e nutrição; o saneamento do meio; a assistência médica e odontológica; a modernização administrativa, com a adequação da estrutura orgânica, assim como a regionalização. Também eram consideradas como áreas que necessitavam de um melhor planejamento o próprio planejamento e programação das ações em saúde, o sistema de informação estatística, o sistema de controle e avaliação e o desenvolvimento de recursos humanos (AGOSTINHO LOYOLA apud FERNANDES JÚNIOR, 1987).

Sendo assim, as questões aqui analisadas serão investigadas a partir da análise política das instituições de saúde governamentais e de como estas contribuíram para ordenar o desenvolvimento econômico vivido em Cascavel na segunda metade da década de 1970. Para mostrar à população a atenção que o governo estava dando à saúde, foram publicados no jornal os trabalhos realizados na área da saúde. Esses trabalhos indicavam que no Paraná a saúde estava em perfeito estado. Entre os feitos do Governo são destacados os seguintes:

Das 60 novas unidades sanitárias programadas 32 já foram entregues. O governo do Estado mantém 3.000 leitos hospitalares e está empenhado em levar esse atendimento a todas as regiões. Através da vacinação em massa, faz medicina preventiva nos 290 municípios paranaenses. O sistema de saneamento básico operado pela Sanepar abastece com água tratada 110 municípios onde vivem 1.700.000 pessoas. Foram concluídas 48 novas obras de saneamento e iniciadas outras 52. O bem estar do menor ganhou um importante instrumento com a inauguração do Centro de Estudos, Diagnóstico e Indicação de Tratamento, do Instituto de Assistência ao Menor (SAÚDE, 4 maio 1977, p.10).

Segundo o relatório do IPARDES (PARANÁ, 1977a, p.52) sobre a questão da saúde no Oeste paranaense, Cascavel e Marechal Cândido Rondon “são os centros para onde se dirigem um fluxo de pacientes de certa magnitude”.

Esses fatos indicam a necessidade de se introduzir fatores de correções, não só na disponibilidade de leitos [...] bem como nos índices de utilização desses leitos, por parte dos residentes do município que suporta o fluxo de pacientes. A deficiência do pessoal paramédico é flagrante, tanto no número quanto em qualidade. Esses fatos devem traduzir-se obrigatoriamente em queda da qualidade do atendimento ao paciente (PARANÁ, 1977a, p.53).

Esses dados indicam a causa da preocupação do governo do Estado em construir o Hospital Regional em Cascavel e aumentar significativamente os cursos profissionalizantes para atuação na área da saúde. Além do mais, concluída a pesquisa do IPARDES, é sugerido pelo próprio instituto que se construam hospitais regionais através da gestão da SESB e dos municípios. Dever-se-ia fazer a integração desses hospitais com os centros de saúde, para uma atuação preventiva das doenças e a implantação de cursos de saúde. Exemplo disso é o interesse, exposto nas mensagens de Canet, em ampliar o número de leitos hospitalares, de centros de saúde, de campanhas de vacinação e de atendimento médico. Através disso, o Estado conseguia obter um maior controle dos dados epidemiológicos e tinha diretrizes para ofertar um maior número de cursos para formação de profissionais da saúde e outros para atuarem no Interior do Estado. Tal fato pode ser conferido em reportagem jornalística:

Interiorização da saúde é mais um fator importante no desenvolvimento paranaense: [...] o atual governo Jaime Canet e desperta para uma questão prioritária: O crescimento de recursos técnicos e humanos visando o aprimoramento da Saúde Pública (PLANO, 15 nov. 1977, p.2).

Assim, podemos verificar que a ideologia desenvolvimentista e modernizadora do plano de governo estava inserida nos discursos de saúde pronunciados pela SESB e seus dirigentes, que assumiram a função de regular a saúde e a doença do Interior do Estado. Segundo boletim da SESB, o “Serviço de Epidemiologia [...] vem atendendo com controle das moléstias infecciosas” (PARANÁ, out. 1976a, p.8). Além disso, a introdução do último número do boletim informativo da SESB do ano de 1976 mostrava o interesse de unir as ações realizadas na capital e no interior do Estado. Dessa forma, o secretário de saúde do Estado Arnaldo Busato declarou em 1976 que o Boletim de Informação:

Se situa dentro dos objetivos e metas preconizados para o setor da saúde no governo Jayme Canet Junior, vem de encontro ao nosso desejo de montar um serviço de informação permanente entre os órgãos integrantes da Secretaria da Saúde e do Bem-Estar Social especialmente aqueles que atuam à maior distância, no interior do Estado (PARANÁ, dez. 1976a, p.1).

Esse serviço unificador serviria para “orientar e incentivar o trabalho de todos que, com idealismo, contribuem para assegurar a saúde e o bem-estar” (PARANÁ, dez. 1976a, p.1). Dessa forma, o governo levou ao interior do Estado as ações em saúde que já estavam em vigor na capital. O plano socializante foi embasado pelo saber médico ligado à Secretaria de Saúde. Esse saber médico provém da Secretaria de Saúde, que enviava ao Estado e à população as medidas necessárias ao bem-estar de todos. A partir daí este saber tornou-se político, já que resultou das relações de poder entre as instituições de saber/poder e a política é o meio onde são tomadas as decisões sobre a vida. Essa ação da política sobre a saúde é chamada pelo modelo conceitual de Foucault de *Biopolítica*. A biopolítica é um dos principais conceitos teóricos de Michel Foucault. Esse conceito foi apresentado no ano de 1976, em seu livro *História da Sexualidade I*, no quinto capítulo, intitulado *A vontade de Saber*. Foi ministrado no Collège de France no mesmo ano e publicado posteriormente com o título *Em defesa da sociedade*. A biopolítica e o biopoder, para Foucault, são formas de exercício do poder dos Estados modernos, numa comunicação direta entre a política e a vida, em que a sociedade deve permanecer sob vigilância e controle do Estado e a vida deve ser multiplicada e estimulada a partir do conceito político de corporeidade sadia.

Dessa forma, as estratégias de poder se aplicam na imprensa e nas políticas públicas. No que diz respeito à imprensa, talvez a metade dos temas de destaque do jornal *O Paraná* seja de assuntos relativos à política de desenvolvimento aplicada pelo Governo para o Estado. Essa política se compõe de questões referentes à saúde, à agricultura, à eletricidade, à construção de escolas e de estradas, etc. Nela as questões de interesse do Estado se tornam tema de interesse público, no sentido de que as propagandas dos feitos governamentais contidas no jornal *O Paraná* apresentam questões sobre a vida cotidiana da população como saúde, trabalho, construção de hospitais e saneamento básico, por exemplo. Isso pode ser percebido claramente na propaganda que dá o título a esse capítulo. Nesse aspecto Foucault assinala que

Temos [...] um discurso, uma organização do direito público articulados em torno do princípio da soberania do corpo social e da delegação, por cada qual, de sua soberania ao Estado; e depois temos, ao mesmo tempo, uma trama cerrada de coerções disciplinares que garante, de fato, a coesão desse mesmo corpo social. [...] Um direito da soberania e uma mecânica da disciplina [...] que se pratica o exercício do poder (FOUCAULT, 1999, p.44-45).

Constituíram-se progressivamente os discursos voltados aos investimentos do Estado em programas de atenção à saúde e ao meio social da criança. Para o discurso governamental, “proteger a criança é prioridade da administração, porque encaramos a sociedade em que vivemos sob a perspectiva de um tempo novo [...]” (CANET, 1977, p.19). Para Canet (1977) esse cuidado materializou-se com a criação, em 1976, do Centro de Estudos, Diagnóstico e Indicação de Tratamento do Instituto de Assistência ao Menor (IAM), que tinha como objetivo identificar as causas que geram a marginalização. Entre essas causas, segundo Jayme Canet, está o desfavorecimento social, além da falta de programas governamentais para o atendimento dessa parcela da população. Tais investimentos ligam a ordem social com a condição de saúde da população, porém com eles o Estado buscava normatizar os indivíduos. Por consequência, garantiria a ordem no comportamento social, visto que a marginalização do menor indicava falta de controle por parte do Estado e de disciplina por parte do menor. Isso pode ser provado pelo aumento das instituições dedicadas ao cuidado do menor. Canet (1977, p.19) se refere aos números do setor, os quais, segundo ele, evoluíram positivamente, dizendo que se elevaram de “80 para 114 entidades assistenciais que atuam em convênio com o IAM (Instituto de Assistência ao Menor)”. Além disso, explicou o Secretário de Saúde de Cascavel que

os setores de saúde pública, assistência social e educação irão merecer nossa principal atenção. O crescimento extraordinário de suas atividades exige medidas de racionalização que sejam aptas de aumentar o rendimento de todos os serviços ligados aos problemas de educação e saúde pública (*O Paraná*, Cascavel, 5 abr. 1977, p.5).

Na fala dos governantes federal, estadual e municipal, a população aparecia como um grupo com necessidades, e quem iria suprir tais deficiências era o governo da Revolução de 1964. No noticiário jornalístico, o pensamento unificador das três instâncias governamentais aparece no sentido de atender a população do interior e integrá-la conforme os ideais proclamados pelo governo ditatorial:

A Secretaria da Saúde e do Bem-Estar social, dentro da filosofia do Governo Jaime Canet Junior, vem intensificando seu atendimento médico em todo Estado. A interiorização de recursos técnicos e humanos é o reflexo dessa nova filosofia, fruto de uma verticalidade política originada no Governo do presidente Ernesto Geisel, que inúmeras vezes tem se pronunciado, destacando que o homem é uma das metas da Revolução. Seguindo essa verticalidade, o secretário da Saúde, Arnaldo Busato, tem coordenado todas as atividades no setor, visando uma integração de forças no sentido de melhor atender a comunidade, principalmente aqueles que mais precisam dos órgãos públicos. A intensificação de cursos de saneamento e higiene: a formação de novas turmas, agora preparadas para atuar como agentes na comunidade, esclarecendo-a sobre noções de socorros de urgência, bem como a proliferação do clube de mães, em todo o Estado, constituem sem dúvida o reflexo positivo da nova política de saúde que o Paraná desfruta. [...] Na solenidade que foi presidida pelo governador do Estado, Jaime Canet, o secretário Arnaldo Busato elogiou a atual administração como uma das mais corretas e sadias do país, dada a preocupação crescente que se vem dando no Paraná, a promoção da dignidade da pessoa bem como a intensificação dos recursos visando a saúde da população, meta prioritária do nosso Governo” (*O Paraná*, Cascavel, 22 jun. 1977, p.11 – grifos nossos).

Pode-se também perceber que a intensificação de investimentos na área da saúde aparece como consequência da deficiência das instituições nessa área na Região Oeste do Paraná em 1975, o que é indicado pelo Programa de Saúde e Bem-Estar Social do próprio governo. Entre os problemas evidenciados estavam a alta prevalência de doenças transmissíveis, os elevados índices de mortalidade infantil e saneamento básico insatisfatório, além da precariedade e insuficiência das instalações físicas dos centros de saúde (PARANÁ, fev. 1976a, p.3).

A saúde e o trabalho são elementos utilizados nesta propaganda como uma “sentimentalização” da vida política. A sentimentalização acontece porque as propagandas são construídas a partir do imaginário social, e assim mexem com os sentidos e com os sentimentos de quem as lê, porquanto a propaganda chama a atenção por conter elementos do cotidiano da população – saúde e trabalho. Assim, o Estado atende às medidas de saúde pública supostamente reclamadas pela população, mas na realidade por ele tomadas unilateralmente.

O papel político assumido por Jayme Canet Júnior no *O Paraná* se concentra na conscientização das massas sobre a positividade das ações promovidas pelo Estado. Coelho classifica o poder da imprensa na divulgação das ações políticas como “mundo do convencimento das opiniões” (COELHO, 2007, p.343). Para o

autor, muitas vezes o que se faz não é o jornalismo em si, mas publicidade e *marketing*. Nessa perspectiva, o sociólogo sugere que quando se repete várias vezes a divulgação do tema, este se eleva a um nível tão importante que ao longo do tempo dispensa justificação de caráter histórico, narrativo, discursivo e argumentativo no seu senso estrito.

Em Cascavel, a imprensa se referiu em muitos momentos aos investimentos do Estado nos serviços de saúde e à necessidade de as pessoas colaborarem para que suas ações alcançassem os objetivos – por exemplo, comparecendo às campanhas de vacinação. Esse pensamento pode ser percebido claramente em três momentos históricos da vacinação no Brasil. O primeiro ocorreu em 1904, quando a proposta de Oswaldo Cruz de imunizar os indivíduos foi repelida pela população, desencadeando a “Revolta da Vacina”. O segundo se deu na década de 1970, quando foi implantado o PNI. Este já era aceito sem revoltas, porém a taxa de comparecimento aos postos de vacinação ainda se apresentava baixa. O terceiro corresponde aos dias de hoje, quando a vacina se tornou algo já assimilado pela população como essencial para se viver com saúde.

Evidentemente, durante o governo Canet, devido à situação política brasileira, o jornalismo era do partido do governo e por esse motivo a publicidade contida nos jornais não era apenas da figura do político, mas também do partido, que no caso era a ARENA. Assim, entende-se o jornalismo ou a publicidade como auxílio à governabilidade e à obtenção do poder, pois, como propõe Foucault, o poder⁴ está articulado ao Estado mas não é o Estado. Canet creditou seu bom governo à chegada da ARENA ao poder, como se observa na citação abaixo:

Podemos e devemos vencer as dificuldades sem sacrifício do programa de desenvolvimento político que está na raiz de toda atividade governamental e nas práticas originadas da Revolução. E essa meta pode e deve ser alcançada com naturalidade, como se colhem os frutos de uma maturação consciente, consentida e sem artificialismo (CANET, 1978, p.21).

Veja-se que nesse discurso Canet (1978) busca um consenso também junto ao Legislativo, visto que o Executivo depende o Legislativo para a implantação de

⁴ Vigiar e Punir (FOUCAULT, 1975) e História da Sexualidade: a vontade de saber (FOUCAULT, 1976).

projetos. Com o convencimento do Legislativo a partir das mensagens do Executivo e do convencimento da população por meio do jornal, verifica-se a busca pelo fortalecimento da política de desenvolvimento e saúde para o Estado do Paraná e, por consequência, para a cidade de Cascavel, justificando a afirmação “no Paraná, a saúde em perfeito estado”.

As políticas públicas de saúde são utilizadas como peça de publicidade para se falar em boa saúde e bom governo. Isso explica, em parte, as tentativas do governo de se apossar do espaço cascavelense imprimindo a marca de higiene, além de esclarecer a maior preocupação do governo estadual com o investimento em saúde pública. Essas técnicas para obtenção de melhor saúde e condições de vida passaram a constituir, segundo o psiquiatra Sully Urbach (1978, p.148) “[...] o conjunto de regras e condições de vida [...]”. Para Urbach (1978) essas regras estão direcionadas para os serviços de saúde, por isso cabia às instituições promotoras da saúde pública fazer um projeto de políticas públicas de saúde que alcançasse a população.

Nesse sentido, a saúde servia como propaganda política. Também se pode observar que a amplitude da notícia sobre a saúde variava conforme a importância política da matéria. Como já referido acima, a Secretaria do Estado da Saúde e do Bem-Estar Social utilizava-se de cartazes e folhetos de campanha. Esses cartazes eram distribuídos aos postos de saúde e também eram publicados no jornal em forma de matéria jornalística. A pergunta a seguir exemplifica a forma utilizada pela Secretaria para divulgar seus cartazes de saúde no jornal: “Quantas vezes por dia você pensa em saúde e bem estar social?” Em uma página inteira do jornal, foi anunciado:

o governo do Paraná vem dedicando especial atenção às áreas de saúde e bem-estar social [...] diante de todas essas conquistas o governo do Estado sabe que o trabalho não pode parar. E a continuidade de tal esforço depende da compreensão e ajuda da nossa gente. Saúde e bem-estar social é um direito de todos, e responsabilidade de cada um de nós (*O Paraná*, Cascavel, 29 out. 1976, p.12).

O jornal apresenta essas políticas de saúde como desenvolvidas por instituições de saúde como, por exemplo, o Ministério da Saúde e a Secretaria do Estado de Saúde e Bem-Estar Social. O Ministério da Saúde constitui-se numa

instituição de saber – logo, de poder – que direcionava as ações de saúde em todo o Brasil. Assim, o ministério caracterizou política como “relações de poder no corpo social tendo em vista a gestão do relacionamento dos seus componentes”. Por outro lado, dentro do contexto de elaboração de um plano político para a política de saúde no Brasil, o mesmo ministério definiu política como um

corpo de doutrina para fins operacionais, que deve ter o reconhecimento dos poderes públicos constituídos, devendo ser legitimado pela população como um todo ou pelos seus representantes e lideranças. Nesse sentido, o sentido da política é a orientação do universo (da totalidade) das ações de determinado setor que tal política abrange no caso o Setor de Saúde no país, segundo diretrizes que visem ao equacionamento e solução dos grandes problemas do setor em questão (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1977, p.159).

Na verdade, os discursos não chegavam a esconder ou negar os desajustes sociais, os problemas de infraestrutura ou os defeitos da máquina administrativa, mas buscavam, ao anunciar as necessidades, colocá-las sobre a égide do poder público, para que assim as práticas de poder pudessem ser executadas. Como assinala o sociólogo Marcelo Coelho (2007, p.352) “a disputa republicana pela opinião majoritária, a ser expressa em leis aceitas pelo conjunto da sociedade, depende da capacidade que o poder estatal detenha no sentido de fazê-las respeitadas”.

Novamente observa-se a atuação do poder do Estado por meio de um plano político para a saúde capaz de reconhecê-lo como gerenciador. Assim, com sua capacidade de gerenciar da sociedade, o Estado solucionaria os problemas do setor em questão. O gerenciamento das questões relacionadas à saúde no Brasil era dificultado, segundo os dirigentes do Ministério da Saúde (MS), pela questão geográfica de acessibilidade, em função da dimensão territorial, da diversidade econômica e demográfica e da questão nosológica. Por esse motivo, o processo político da formulação de uma política pública de saúde, segundo consta no relatório da Conferência Nacional de Saúde (CNS, 1977), necessitava de coerência entre as ações de Política de Saúde e as reais necessidades da população, juntamente com a compreensão da realidade de cada região. Nesse momento, o Ministério da Saúde entendia a política de saúde brasileira como agente de promoção, preservação e restauração da saúde humana (MS, 1977, p.162).

2.1 “A ECONOMIA VAI BEM, MAS O POVO VAI MAL”

A frase que dá o título a esta discussão foi proferida pelo presidente Emílio Garrastazu Médici ao se referir ao chamado “Milagre Econômico”⁵ brasileiro vivido entre os anos de 1968 e 1973. A escolha desta frase se deve à comparação que pode ser feita entre o desenvolvimento do Brasil nos anos do milagre econômico e o desenvolvimento da Região Oeste do Paraná, especialmente da cidade de Cascavel no final da década de 1970.

Aqui pretende-se mostrar que o programa de governo relacionado às políticas públicas de saúde do governador Jayme Canet Júnior para o município de Cascavel ultrapassa os limites do debate sobre a saúde e informa uma maneira mais ampla da dinâmica da sociedade. Há uma referência especial à visibilidade dos programas de saúde voltados para o desenvolvimento econômico pretendido para a cidade e indica-se que as políticas públicas de saúde tiveram um papel central no programa desenvolvimentista do governo em foco. Dessa forma, garantir a boa saúde para aqueles que chegavam à cidade era um instrumento do projeto modernizador que asseguraria o progresso não apenas da cidade de Cascavel, mas do Paraná como um todo.

Para a cientista política Celina Souza (2007, p.69), “políticas públicas repercutem na economia e na sociedade, daí porque qualquer teoria de política pública precisa também explicar as inter-relações entre Estado, política, economia e sociedade”. Por esse motivo, para explicar as políticas públicas de saúde transitarei por discussões sobre o papel do Estado, a ideologia política e a economia vigente, para assim verificar as políticas públicas de saúde formuladas pelo governador Jayme Canet Junior para o município de Cascavel entre os anos de 1975/1979.

O chefe do Executivo Federal no período era Ernesto Geisel. Este foi o quarto presidente (15/03/1974 – 15/03/1979) do regime militar iniciado em 1964. Seu governo destacou-se por oferecer uma leve abertura política, chamada de “lenta e gradual”. Atuou fortemente em obras sociais. Para o Ministério da Saúde, seu

⁵ No plano econômico, esse modelo seguiu a via desenvolvimentista apoiado no capital internacional, com o qual se combateu a inflação e aumentou o número de empregos devido aos investimentos estrangeiros. O resultado disso foi o crescimento da riqueza nacional acima das médias anteriores.

governo propôs uma maior concentração em “atribuições tradicionais relativas à medicina coletiva, saneamento, fiscalização sanitária, combate às endemias rurais e infecciosas, controle de drogas e medicamentos” (CASTRO GOMES, 2002, p.130). Em seu governo, a pasta da Saúde voltou-se para uma medicina coletiva, também chamada de social⁶, enquanto a pasta da Previdência e Assistência Social cuidou da orientação e promoção da proteção à saúde individual, além da assistência médica. Nesse momento, na área de saúde havia uma tendência a separar a saúde preventiva da saúde individual curativa.

No início do governo Geisel ainda vigorava o Decreto n. 200, de 25/02/1967, que atribuía ao Ministério da Saúde a coordenação e formulação da política nacional de saúde. Com o II Plano Nacional de Desenvolvimento (PND), de 1975 a 1979, essa função passou a pertencer à Previdência e Assistência Social. Esse dado indica o fato de as ações de saúde realizadas no período do governo Geisel estarem sempre associadas ao desenvolvimento social ou relacionadas às ações sociais, e não apenas à saúde.

Paulo de Almeida Machado era o ministro da saúde no governo Geisel e direcionou a atuação do seu ministério à prevenção de doenças por meio das políticas da saúde pública (HAMILTON; AZEVEDO, 2001). Para Vinícius da Fonseca, ex-presidente da Fiocruz (Fundação Oswaldo Cruz), Paulo de Almeida Machado foi “quem deu a grande guinada da mudança da saúde pública. Transformou um Ministério da Saúde pequeno em um ministério que cuidou de saúde preventiva” (HAMILTON; AZEVEDO, 2001, p.27).

Durante a ditadura militar, na era Geisel, os governantes possuíam a característica discursiva de solicitar o apoio da população para as propostas governamentais. Para o então ministro da Previdência e Assistência Social Luiz Gonzaga do Nascimento e Silva, era preciso deixar claro, desde o início, “que a comunidade [seria] a grande responsável pela tarefa assistencial no país. O governo jamais poderia assumir essa tarefa sozinho” (SILVA apud CASTRO GOMES, 2002, p.136). Assim, como aponta Angela de Castro Gomes, os programas lançados

⁶ Michel Foucault periodizou no seu livro “Microfísica do Poder” o nascimento da Medicina Social” em três diferentes aspectos: “medicina do Estado”, “medicina urbana” e “medicina da força de trabalho”. Foucault (1981) considera a medicina social como biopolítica, ou seja, o controle político sobre a vida e o corpo dos indivíduos. Assim, a saúde pública passou a pertencer ao campo político e social.

deveriam ter o caráter convencional de atendimento, feito em hospitais e postos de saúde. Deveriam somar aos atendimentos convencionais as formas não-convencionais de atendimento, atendendo nas casas de pessoas carentes, nas escolas, nas empresas, etc. Nesse período o Brasil passou também por uma intensa privatização dos serviços médicos, tendo como política de atuação uma saúde administrada por contratos e convênios dos órgãos públicos com organizações privadas. Não obstante, como se trata de um tema extremamente polêmico, cabe apenas mencioná-lo neste trabalho.

No Executivo do Paraná estava Jayme Canet Júnior. Nascido no Estado de São Paulo em 1925, Canet ingressou no ensino superior no curso de engenharia na Universidade Federal do Paraná, porém não o concluiu. Decidiu dedicar-se ao comércio e à agricultura. Engajou-se na atividade política ao apoiar e coordenar a campanha de Ney Braga em 1960. Foi vice-governador entre os anos de 1973 e 1975. No dia 3 de outubro de 1974 foi eleito governador pela Assembleia Legislativa e tomou posse no dia 15 de março do ano seguinte. Nesse contexto o Brasil vivia o regime militar e Canet pertencia à ARENA – partido dos governos militares. Durante o seu período de governo o Paraná experimentou um notável crescimento econômico, deixando de ser essencialmente agrícola para tornar-se agroindustrial (PARANÁ, 1977b).

No plano das políticas públicas de saúde foram desenvolvidos programas de saneamento, vacinação em massa e construção de instituições de saúde, especialmente de hospitais. Em seu governo, as unidades sanitárias atingiram índices expressivos para a população do Interior do Estado. Quando se analisam as mensagens de Jayme Canet Júnior apresentadas ao Legislativo, percebe-se um conjunto de práticas que evidenciam o propósito de tornar “saudável” a população. Isso pode ser visto na mensagem referente ao ano de 1976. Nela Canet declara: “No Paraná de hoje, a prevenção da doença é encarada como prioridade e mais urgente missão do Estado” (CANET, 1977, p.18).

Dessa forma é possível verificar a natureza política das ações de saúde por parte do Estado. Para o teórico de políticas públicas Theodor Lowi (apud SOUZA, 2004, p.72), “a política pública faz a política”. Isso indica que a política pública formulada por Canet nos leva ao conhecimento do perfil da política que este pretendeu aplicar. A política buscada por Canet era a de modernização e

desenvolvimento do Estado, como se pode observar na mensagem de 1977 ao Legislativo: “graças a nossa unidade [...] que multiplicaremos as nossas vontades e concluiremos, nos próximos anos, o projeto maior, que é construir um Paraná grande, uma sociedade forte, generosa e próspera” (CANET, 1977, p.25).

Segundo pesquisa desenvolvida pelo IPARDES sobre “o Paraná Reinventado”, referente à política e governo do Paraná, os governadores,

Pautados em princípios da manutenção dos padrões de vida e/ou bem-estar social, colocam necessidade de povoar o território e modernizar a economia, remetendo-se invariavelmente à necessidade de produção de uma dada população. Suas práticas voltam-se ao detalhe, pretendendo-as disciplinadoras, moralizadoras e higienizadoras. As práticas de governo são apresentadas como práticas levadas à população pensando-se, tão somente, nos padrões de vida moral, no bem-estar social. O discurso, por sua vez, incide invariavelmente as ações executadas em resposta a um conjunto de demandas, ora de mão de obra, ora de diversificação da economia (IPARDES, 1989, p.98).

Durante o governo de Canet a urbanização acelerada colocou novas demandas de atuação, tanto nas cidades como no campo. Assim sendo, na década de 1970 “as práticas de governo foram executadas num duplo percurso, isto é, foram ajustadas a um conjunto de objetivos e metas estaduais e federais” (IPARDES, 1989, p.97).

As políticas públicas de saúde se manifestavam nas ações sociais. Os princípios de ação foram vistos não apenas do ponto de vista terapêutico da saúde dos indivíduos, mas também no sentido de desenvolver economicamente o local onde esses indivíduos moravam. Essa atuação buscava atingir todos os aspectos sociais, incluindo o saneamento de suas casas, a imunização em massa, os programas de saúde materno-infantil, as campanhas de higienização em escolas e empresas. Para Canet, esses programas iam além das implicações na área da saúde, eles estavam voltados também para o social. Canet afirma que “a redução dos níveis de morbidade e o aperfeiçoamento dos controles sanitários são acompanhados da integração entre os serviços sanitários e sociais” (CANET, 1977, p.28). Todas essas ações, segundo a pesquisadora da saúde pública Maria Cecília Donnângelo (1976, p.50-51), “ressaltam-se pela tarefa assumida pelo Estado de “promover a educação do povo em matéria de saúde”. Assim, a proposição de uma

política pública de saúde eficiente reconhece o Estado como definidor de políticas e agente fiscalizador da aplicação das leis e regulamentos por ele estabelecidos, articulando as práticas da saúde entre o desenvolvimento social e o desenvolvimento econômico da sociedade (PAIM, 2006). Cabe acrescentar que foi no governo Canet que a Secretaria do Trabalho e Assistência Social fundiu-se com a Secretaria da Saúde Pública, formando a Secretaria de Saúde e Bem-Estar Social.

Canet (1976, p.6), em discurso na Assembleia Legislativa, apresentou o desenvolvimento econômico do Paraná por meio de sua vocação agrícola, com a propensão de “unir e somar, no sentido da proposta do Milagre Econômico”.

Ao longo da História, o Paraná mostrou a vocação para unir e somar. Primeiro foi o istmo a ligar o Centro-Sul do Brasil ao Rio Grande do sul. Mais tarde, tornou-se palco de gigantescos movimentos migratórios e cadinho racial onde se produziu um novo tipo de brasileiro. Hoje, soma as várias tendências econômicas das regiões que uniu e apresenta um quadro marcado pela interação entre os setores primário e secundário – numa economia de grande dinamismo e excepcional capacidade de recuperação (CANET, 1976, p.5).

Numa época em que o Paraná vivia o crescimento econômico, Canet (1976) noticiou tal fato numa perspectiva de pensamento bastante ufanista, como se observa na citação acima. Por outro lado, a vida da população quase não aparece nos discursos, e quando aparece é para responsabilizá-la por promover o desenvolvimento juntamente com o governo. Os termos progresso, desenvolvimento e crescimento constituem-se no carro-chefe dos discursos oficiais ou jornalísticos, os quais publicam analogamente a situação de saúde promovida pelo Estado para alcançar os objetivos propostos que guiaram o discurso político aqui analisado.

As ações em saúde aparecem também como consequência do próprio desenvolvimento do Estado, visto que, para Canet (1978, p.47), “em decorrência do significativo desenvolvimento que vem tendo o Estado do Paraná nos últimos anos, obviamente os setores da saúde e do bem-estar social, também foram influenciadas por tal fato, crescendo assim o trabalho executado [...]”. Para isso, os discursos sobre ampliação das instituições de saúde, aumento dos leitos hospitalares, construção de escolas, ampliação das redes de esgoto e saneamento básico, construção de novos hospitais e expansão de estradas, são apresentados como decorrentes do desenvolvimento econômico.

A interdependência entre saúde e desenvolvimento se correlaciona diretamente com os fatores sociais e econômicos. Para Rezende (1989, p.91), é inegável a correlação saúde/desenvolvimento, visto que “as condições econômicas exerceriam importante efeito sobre a saúde e a doença”. Isso ainda é salientado pela autora: “adoece-se porque se é pobre, fica-se mais pobre por que se está doente e mais doente porque se é mais pobre. A pobreza, portanto, seria uma condição perpetuadora da baixa sanidade e a doença manteria a pobreza” (REZENDE, 1989, p.91).

Assim, os discursos governamentais evidenciam a necessidade de desenvolvimento econômico juntamente com o desenvolvimento da saúde do povo, visto que era esse povo quem promoveria o progresso através do seu trabalho. Canet (1978, p.19), na mensagem ao legislativo na sessão intitulada “A instrumentação do Desenvolvimento”, indica a união das secretarias da Saúde, das Finanças e da Segurança para o desenvolvimento do Estado. Chega-se, então, a outro ponto assinalado, que é o investimento em saúde feito pelo governo. Este se deu principalmente em relação à saúde do trabalhador. Essa característica estará evidenciada em todo o corpo deste trabalho. Faz-se necessário salientar que durante a década de 1970 só tinha direito ao atendimento médico individual o contribuinte do sistema previdenciário; a medicina coletiva cabia às políticas públicas do Ministério da Saúde.

Quando Jayme Canet assumiu o mandato, em 1975, formulou um projeto de governo intitulado “Objetivos e Metas de Desenvolvimento do Governo do Estado do Paraná, 1975/1978”. Seu principal alvo com esse plano era modernizar e desenvolver o Interior do Estado, como o chefe do Executivo Estadual afirmou em discurso publicado no *O Paraná*: “desde a primeira hora, decidimos que governaríamos do interior para a capital [...] e foi também desde o primeiro momento que adotamos uma atitude receptiva para os problemas do interior” (*O Paraná*, Cascavel, 14 ago. 1976, p.1).

Os planos direcionaram o discurso para a proposta de desenvolver o homem e a economia como meta governamental. Esse tipo de atuação estava voltado para o fortalecimento do Estado e as políticas públicas de saúde adotadas serviam para alcançar tal objetivo. Além disso, a eficácia das ações em saúde estava ajustada ao discurso de boa imagem daquele que governava. O discurso, dessa forma,

tornou-se um mecanismo do Estado para ganhar a aprovação da população sobre o gerenciamento realizado.

Para a população, a boa imagem do governador era apresentada por meio do jornal. *O Paraná* publicou que Canet era uma liderança emergente. “Este é um dos poucos homens públicos do Paraná que consegue reunir multidões para ouvi-lo falar. Uma liderança que nasce do trabalho, da luta e da honestidade” (*O Paraná*, Cascavel, 31 out. 1976, p.2). Quanto às ações em saúde, o jornal assinalou que o plano governamental de Canet era bem claro, ou seja, que “o desenvolvimento econômico deve servir de lastro ao desenvolvimento social”. Esse objetivo teria impulsionado Jayme Canet a ampliar as ações de desenvolvimento social, melhorando os níveis de saúde pela oferta de melhores serviços de saneamento, mediante a aplicação de uma medicina preventiva e promocional e a ampliação dos serviços sociais (*O Paraná*, Cascavel, 10 maio 1976, p.2).

Cascavel, além de ser o segundo centro urbano em número de pessoas da região oeste, também era sede da Décima Regional de Saúde, que compreendia metade dos municípios sob influência da construção de Itaipu. Das programações, segundo o boletim de informação da SESB, “merecem destaque as seguintes: vigilância epidemiológica; imunizações, saneamento básico; assistência materno-infantil; alimentação; preparo de recursos humanos para a área, tuberculose, odontologia sanitária, etc.” (PARANÁ, 5 jun. 1977a, p.3). É a partir dessas diretrizes de atuação que o secretário de saúde do Estado desenvolveria as políticas públicas de saúde na cidade de Cascavel durante o governo de Jayme Canet Júnior.

Arnaldo Busato assumiu a Secretaria de Saúde e do Bem-Estar Social do Paraná no dia 17 de março de 1975, e a deixou em 1978 para concorrer às eleições para deputado federal. Busato era médico formado pela Faculdade de Medicina da Universidade do Paraná, da turma de 1957. Iniciou suas atividades na cidade de Clevelândia – Interior do Estado. Foi duas vezes deputado estadual, a primeira em 1962 e a segunda em 1966. Em 1968 foi nomeado para o cargo de Secretário de Estado dos Negócios da Saúde Pública e no ano seguinte foi designado para responder pelo expediente da Secretaria do Trabalho e Assistência Social. Em 1969 encetou a campanha de erradicação da varíola no Estado, a qual culminou na erradicação da doença no ano seguinte. Nos anos subsequentes permaneceu envolvido com cargos políticos, até que em 1975 tomou posse da Secretaria da Saúde e do Bem-Estar Social.

Em 1977, Busato assinou o novo Código Sanitário do Paraná, em substituição ao Código de 1938, o qual não era mais condizente com as condições sanitárias em que o Estado estava vivendo. Tais condições se deviam ao acelerado crescimento populacional econômico e ao aumento das doenças e epidemias. No final do ano de 1976 o jornal *O Paraná* publicou a situação da saúde no Brasil e a necessidade das reformas implantadas nesse ano em todo o território, visto que o doente, além de não “render” economicamente ao país, ainda significava um acréscimo de gastos aos cofres públicos.

Se fosse feita uma pesquisa para apontar os principais temas que nos últimos 12 meses estiveram presentes nos veículos de comunicação no país e por isso fartamente debatidos, a saúde estaria tranquilamente entre eles. O ano de 1976 foi marcado como há décadas não acontece por uma intensa discussão dos temas relacionados à saúde pública. [...] A saúde, muito justamente passou a merecer uma atenção especial, depois de vários anos relegada a um plano secundário. [...] O Brasil, por exemplo, [segundo o Ministério da Saúde] tem atualmente 12 milhões de portadores de esquistossomoses que representam anualmente um prejuízo de 24 bilhões de cruzeiros (representado pela queda de rendimentos de cada doente). O país tem também um dos mais altos índices de mortalidade infantil do mundo. Ainda segundo o Ministério da Saúde, a malária custa atualmente ao país 9 milhões de cruzeiros, calculados à base de perda de 10 cruzeiros por dia de cada uma das 900 mil vítimas da doença. Mais de 120 mil brasileiros são afastados anualmente em idade economicamente ativa por serem portadores de lepra, que representa uma perda de aproximadamente 439 milhões de cruzeiros (*O Paraná*, Cascavel, 24 dez. 1976, p.7).

Percebe-se que, muito mais do que aumento de gastos para o Estado, as doenças representavam menor rendimento para o país, pois debilitavam a massa trabalhadora. É evidente, na formulação das políticas públicas de saúde no Brasil, a ligação destas com a economia. Durante o período colonial a exploração econômica se realizava através dos ciclos do pau-brasil, da cana-de-açúcar e da mineração. Nesse período a população pobre – utilizava-se da medicina popular e as pessoas de posses recebiam atendimento de médicos vindos de Portugal. No século XIX, a saúde pública no Brasil seguiu a corrente do Sanitarismo, que controlava os surtos epidemiológicos da época por intermédio de campanhas. Como assinala o historiador Sidney Chalhoub, autor do livro *Cidade Febril: cortiços e epidemias na corte imperial*, os sanitaristas e higienistas do período trabalhavam em prol do aperfeiçoamento moral e material do povo por meio da solução dos problemas de saúde pública. O autor assinala que o pensamento conexo à saúde pública estava no

conjunto de princípios que, estando destinados a conduzir o país ao “verdadeiro”, à “civilização”, implicam a despolitização da realidade histórica, a legitimação apriorística das decisões quanto as políticas públicas a serem aplicadas no meio urbano. Esses princípios gerais se traduzem em técnicas específicas, e somente a submissão da política à técnica poderia colocar o Brasil no “caminho da civilização” (CHALHOUB, 1996, p.35).

Da Primeira República (1889) até a Revolução de 30, a atenção política concentrou-se nos estados produtores de café da Região Centro-Sul, estabelecendo a política “café com leite”⁷. Com o aumento populacional, as condições sanitárias pioraram, resultando na eclosão de epidemias, principalmente de febre amarela e peste bubônica. Nesse momento, através da figura de Oswaldo Cruz, as ações de saúde tiveram uma vertente intitulada de higienização, e a partir de então as questões de saúde no Brasil passaram a ser vistas como uma questão política e social.

Com o Estado Novo, marcadamente populista, criou-se o Ministério da Educação e Saúde. Os programas de saúde pública, então, destinavam-se a atender o contingente populacional dos imigrantes, devido ao crescimento industrial, seguindo o modelo sanitário de ação baseado em campanhas. Faz-se necessário dizer que a indústria farmacêutica crescia no Brasil, o que se tornou um incentivo para que aparecessem as ações curativas de saúde, em detrimento das ações de prevenção. O remédio tornou-se também um lenitivo para as más condições sociais e de saúde da população. Durante o governo de Getúlio Vargas, entre 1930 e 1945, o Brasil viveu um período de aumento de salários e a ativação da legislação. O país entrava na segunda etapa da industrialização, com a produção de bens de capital. Formulou-se no governo do General Eurico Gaspar Dutra o plano SALTE (Saúde, Alimentação, Transporte e Energia). No governo de Juscelino Kubitschek foram implantados os serviços médicos pagos pelas empresas. Surge então uma nova tendência dos atendimentos médicos: o atendimento privado.

Por fim, da década de 1960 até o final da ditadura militar iniciaram-se reformas nas bases administrativas, inclusive na área da saúde. Em 1963 realizou-se a III Conferência Nacional de Saúde, que guiaria as ações em saúde nos anos

⁷ A política do café-com-leite caracteriza-se pelo revezamento do poder nacional executada na República Velha pelos estados de São Paulo e Minas Gerais. São Paulo era forte economicamente, especialmente devido à produção de café, e Minas Gerais era o maior polo eleitoral do país da época e produtor de leite.

seguintes no Brasil. Nela, definiu-se como ideologia de saúde e de desenvolvimento econômico a racionalidade no planejamento, a produtividade e a distribuição de riquezas, tidas como fatores que promovem a saúde (ROSSI, 1980).

Após o golpe de 1964, as ações em saúde passaram pelo incentivo da privatização dos serviços médicos. As palavras que direcionavam as ações em saúde eram produtividade, crescimento, desburocratização e descentralização das atividades (BRAGA; PAULA, 1987). A principal característica do período era a extrema concentração de renda, resultante do crescimento da indústria de bens duráveis em detrimento da indústria de bens de consumo, que ficou estagnada. Além disso, sobreveio a abertura externa da economia, que possibilitou o investimento estrangeiro no país.

O Estado, por sua vez, encarregou-se de dinamizar e modernizar as empresas que davam sustentação ao funcionamento das indústrias, como a Petrobrás e a Eletrobrás. Nesse momento o INPS – Instituto Nacional de Previdência Social – tornou-se o terceiro orçamento da nação, ocupando espaço primordial no atendimento médico-assistencial. Em 1975, ocorreu a V Conferência Nacional de Saúde. Como resultado, criou-se o Sistema Nacional de Saúde (SNS), que legitimava a pluralidade das instituições de saúde. Sendo assim, através da Lei 6.229, de 17 de julho, os cuidados preventivos de alcance coletivo ficaram sob a responsabilidade do Ministério da Saúde e das secretarias estaduais e municipais de saúde.

Nesse mesmo período passou-se a evidenciar, no quadro epidemiológico, a presença de doenças infecto-contagiosas e crônico-degenerativas, que atingiam principalmente o meio rural, mas estavam se alastrando para as cidades. Também houve a criação de programas de ações ligadas aos setores de nutrição e saneamento, como o PRONAN (Programa Nacional de Alimentação e Nutrição) e o PIASS (Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento). Tratava-se de programas voltados para uma atuação preventiva, mas isso ficou apenas na teoria.

Em 1977 foi criado pelo Governo Federal o INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social), que atendia exclusivamente as pessoas que tinham carteira de trabalho assinada. As demais dependiam do atendimento

fornecido pelas secretarias estaduais de saúde e dos serviços públicos federais⁸. Também foi criada a CEME (Central de Medicamentos), provando a teoria de Madel de que nesse período a medicação generalizada torna-se um substituto do que era retirado da população pelas suas condições sociais. Para Luz (1986), o remédio tornava-se uma alternativa para a fome. Segundo a pesquisadora, o povo brasileiro estava excluído do “milagre econômico” vivido na década de 1970. Dessa forma, as instituições de saúde foram um “santo remédio” para os males do povo.

Esses programas de gerenciamento tiveram um papel importante nos discursos de saúde pronunciados pelo Estado. Além disso, asseguravam a estruturação do poder no meio social, pois, por meio dessas instituições detentoras do saber legitimado, o Estado passou a exercer um poder justificado pelo saber. Assim, as práticas do Estado, tornaram-se modos de intervenção política legitimados pelo saber das instituições de saúde.

Em 1974 as secretarias de saúde de todo o país, juntamente com a Assistência Médica passaram a constituir a Secretaria Nacional de Saúde. Tal junção deu-se para não haver dicotomia entre saúde pública e assistência médica. Ainda em 1974, a SUCAM (Superintendência de Campanhas de Saúde Pública) passou a subordinar-se ao secretário de saúde de cada Estado. Essa reforma surgiu com o intuito de descentralizar as ações em saúde, para atender às necessidades de cada região. Dessa forma, a SUCAM tornou-se um órgão de primeira linha do governo.

A análise do desenvolvimento e da formulação das políticas públicas de saúde na metade da década de 1970 ajuda a entender a estrutura social no período ditatorial brasileiro. A saúde brasileira sempre esteve pautada na lógica capitalista de acumulação, e não especificamente na promoção da saúde como necessidade humana. Desde o início do século até a década de 1960 a Saúde Pública foi ao encontro de uma medicina baseada na cura da doença, e não em sua prevenção, modelo de atenção à saúde que foi chamado de *sanitarismo campanhista* (MADEL, 1979). Esse modelo trazia poucos resultados concretos ao bem-estar da população. Nesse momento, a economia do país necessitava do saneamento das vias de circulação de mercadorias e do controle de doenças, que poderiam prejudicar a economia agroexportadora vigente.

⁸ Disponível em: <http://www.sespa.pa.gov.br/SUS/sus/sus_aspgerais.htm>. Acesso em: 19 out. 2007.

Desde então as políticas públicas de saúde foram caracterizadas por sua centralização e estavam pautadas no modelo *médico assistencial privatista*. Esse modelo aumentou os estabelecimentos hospitalares conveniados ao INPS⁹ (Instituto Nacional de Previdência Social), firmando uma aliança entre o Estado e o setor médico-empresarial. O usuário deste sistema deveria estar empregado, com vínculos formais, ou seja, deveria contribuir com a previdência; porém, esse modelo de saúde apresentou-se, sobretudo, discriminador e excludente, pois aquele que não estava nas normas econômicas vigentes não tinha direito de atendimento.

Cascavel não pode ser pensada separadamente desse contexto histórico, pois faz parte da conjuntura e, conseqüentemente, dessa política pública de saúde federal. Dessa forma, as medidas implantadas para a melhoria da saúde da população cascavelense eram uma extensão das conquistas de saúde dos grandes centros brasileiros. Desde meados da década de 1970, formularam-se as políticas públicas de saúde como estratégia para atender ao desenvolvimento de Cascavel. Pretendia-se atrair investimentos comerciais, e para isso o trabalhador deveria estar saudável. Assim, percebe-se uma inequívoca opção por uma política de planejamento orientada para a realização de um cenário que fosse o mais favorável possível aos interesses do desenvolvimento econômico. Além disso, partiu do Estado a preocupação com as condições de saúde daqueles que chegavam à cidade em busca de trabalho.

Podem ser destacados como projetos federais então implantados na cidade de Cascavel: o Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição – INAN – (*O Paraná*, Cascavel, 27 out. 1977, p.6); a Central de Medicamentos – CEME – (*O Paraná*, Cascavel, 30 out. 1977, p.7); o projeto de assistência farmacêutica, que atenderia a população de menor poder aquisitivo; cursos para ampliação de profissionais na área da saúde e da promoção humana (*O Paraná*, Cascavel, 28 jun.1977, p.3); a Vigilância de Medicamentos e correlatos, através da Lei 6360, sancionada em 1976; e o Programa de Saúde Materno-infantil. No dia 17 de julho de 1975 foi instituído o Sistema Nacional de Saúde através da Lei 6.229¹⁰, como também o Sistema de

⁹ Criado em 1966, unificou o sistema de previdência, que indica um dos aspectos que caracteriza a política social do governo militar.

¹⁰ Através do SNS se estabeleceu uma forma sistêmica de atuação no desenvolvimento de promoção, prática, e recuperação da saúde no campo de ação da área da saúde e dos setores públicos e privados.

Vigilância Epidemiológica e Imunizações¹¹, institucionalizando o PNI. O Programa de Imunizações, por portaria ministerial, regulamentou a obrigatoriedade das vacinas antidiftérica, antitetânica, antivariólica, BCG, antissarampo e Sabin (*O Paraná*, Cascavel, 10 jun. 1977, p.1), como se verá de forma mais detalhada no próximo capítulo.

O discurso do Estado voltado para a população buscava receber apoio da população, o que pode ser visto na fala do chefe do Governo Federal Ernesto Geisel, durante as comemorações de Independência do Brasil. Geisel enfatizou que a independência não é apenas política, e novamente disse em seu discurso que o desenvolvimento econômico é essencial para o Brasil. Segundo o presidente, para a independência ser efetiva é necessário

contínuo desenvolvimento material e espiritual. Ela se constrói dia-a-dia. Cada safra que se colhe, cada lei que se aperfeiçoa, uma escola que começa a funcionar, uma igreja que se consagra, uma indústria que se instala um alto forno que se acende, uma epidemia que se enfrenta, um campo de petróleo que se desenvolve, um navio que se lança, um sindicato que se funda um tratado que se firma, - constitui um passo a mais para a independência que tantos ajudaram a consolidar e a nós foi dado sonhar e entrever realizada. [...] prosseguimos infatigavelmente na longa e árdua caminhada, pelo desenvolvimento integrado, na certeza, baseada nas efetivas realizações nacionais e nas virtudes de nosso povo, de que, realmente, “este é um país que vai pra frente”. Neste ensejo, peço a cada brasileiro – até o mais longínquo ao mais simples, ao mais pobre, ao que habita em qualquer recanto do país – que se una a mim, neste voto e nesta prece, para que cada vez se solidifique mais nossa coesão nacional, e cada vez mais se acelere o progresso que conduzirá o Brasil ao seu grandioso destino (*O Paraná*, Cascavel, 4 set. 1976, p 5 – grifo nosso).

Observa-se que o discurso acima é carregado de afetividade, proporcionando a identificação do governo com a população. A proposta do discurso é a de apresentar interesses em comum entre o Estado e a população. Nesse sentido, foi o Estado que criou e ditou as necessidades da população, ou seja, não foi a população que apresentou suas carências, mas sim, o discurso governamental.

A saúde pública, para Jayme Canet, era algo ligado ao desenvolvimento econômico e ao desenvolvimento social. Por esse motivo, o governador afirmava, em consonância com o Governo Federal, a necessidade de a população aceitar e

¹¹ Lei n.6.259 de 30/10/75 e Decreto n.78.231 de 30/12/76.

apoiar as ações governamentais, pois quem decidia o que seria feito ou não eram os dirigentes executivos¹². Cabia à população apoiar e aceitar as determinações governamentais. Essas determinações vinham com um saber legitimado pelas instituições de saúde, e por isso deveriam ser atendidas. Dessa forma, o desenvolvimento da saúde, entendido por Canet como algo promovido pelo Estado e que destinava-se a beneficiar o povo.

O importante, o que realmente vale, é a certeza que temos de que a cada medida tomada por nossos governos do Estado e da União, destina-se a beneficiar o nosso povo. Por isso, devemos acima de tudo, ter confiança. Confiança no governo, que vem saldando seus compromissos e atingindo suas metas de expansão econômica e desenvolvimento social (*O Paraná*, Cascavel, 31 dez. 1976, p.2).

Deve-se assinalar que, se por um lado o regime militar estava sendo questionado pela intelectualidade brasileira, por partidos e políticos de oposição e por vários movimentos sociais, por outro, o próprio regime se “armava” de artifícios para assegurar o apreço da população por sua administração. Entre os elementos da positividade desse governo estava o discurso da sociedade saudável e desenvolvida.

No fim da década de 1970 o regime militar estava se enfraquecendo e perdendo popularidade, por esse motivo tinha cada vez mais a necessidade de afirmar o seu “bom governo”. Na área da saúde, iniciou-se um movimento de intelectuais nas principais cidades do país (São Paulo e Rio de Janeiro) que buscavam direitos de saúde que posteriormente viriam a ser definidos como Sistema Único de Saúde (SUS). Esse movimento foi chamado de Movimento Sanitário¹³, que buscava melhores condições de saúde. O Movimento Sanitário mobilizou

¹² Nesse período, estava surgindo nos grandes centros, especialmente em São Paulo e no Rio de Janeiro, o Movimento Sanitário. Esse movimento seria o início da abertura para a participação popular nas decisões políticas. Porém, no Estado do Paraná e na cidade de Cascavel isso ainda não estava sendo vivido.

¹³ No bojo de um ativismo político-ideológico, na segunda metade da década de 1970, surgiu o Movimento Sanitário, sendo seus participantes, na sua maioria, do Partido Comunista Brasileiro. Esses buscavam mudanças no setor da saúde, como a emergência das classes populares e suas organizações no espaço público. O valor histórico desse episódio para a saúde não é pequeno, pois através das ideias do Movimento Sanitário, foi criado um projeto no final da década de 1980, que unificava todos os serviços de saúde pública e assistência médica do país numa nova instituição que denominaram como SUS. Para maiores detalhes sobre esta questão, consultar JACOBI, Pedro. *Movimentos sociais e Estado: efeitos político-institucionais da ação coletiva*. In: COSTA, Nilson do Rosário; RAMO, Célia Leitão; MINAYO, Maria C. S.; STOTZ, Eduardo N. (Org.). **Demandas populares, políticas públicas e saúde**. Rio de Janeiro: Vozes, 1989. p.78-90.

intelectuais, médicos, estudantes e profissionais da área da saúde, bem como instituições de pesquisa como a Abrasco (1979), que consolidou o termo “saúde coletiva”, o Cebes (Centro Brasileiro de Estudos de Saúde), a revista Saúde em Debate e a Fiocruz (Fundação Oswaldo Cruz). O objetivo desse movimento era uma renovação na saúde brasileira no sentido de obter melhores padrões e direcionar as decisões das políticas públicas. Além dessas instituições, estavam envolvidas com a questão do movimento sanitarista – que se opunha ao regime antidemocrático – algumas das universidades do país mais importantes e de mais forte atuação política, como a USP, a UERJ, a UFBA, a UFPB, a Escola Nacional de Saúde Pública (Ensp) da Fiocruz e, em especial, o Departamento de Medicina Preventiva e Social da Unicamp e a Faculdade de Ciências Sociais da UnB.

No final da década de 1970, a conjuntura econômica brasileira representada pelo milagre econômico já havia modificado, mas em Cascavel essa realidade ainda não era percebida. Pelo contrário, a cada ano que se passava o crescimento econômico era mais evidente e o discurso de desenvolvimento e progresso era intensificado. Dessa forma, os programas de saúde relacionados aos programas de desenvolvimento econômico faziam parte dos planos do governador Jayme Canet Júnior, como se observa em sua fala na reportagem a seguir:

seria inútil falar em progresso num país que não estivesse construindo escolas suficientes para formar homens capazes, como seria perda de tempo perseguir recordes de produção se a nação não cuidasse da saúde do homem que a produz (*O Paraná*, Cascavel, 10 mar. 1977, p.10).

O discurso desenvolvimentista apresentado no jornal era um dos artifícios usados no meio político para a construção da imagem do governante. A imagem almejada para alcançar a população era de bom governo. Dessa forma, dentro do contexto da política militar, a modernização da saúde aparece como o ícone do “milagre econômico” responsável por suprir as necessidades dos indivíduos; ou seja, nesse raciocínio modernizador e desenvolvimentista, era preciso modernizar para que a economia crescesse e assim os cidadãos pudessem viver bem. Nesse momento, o diálogo realizado entre governante e governados se dá pela ideia constantemente apresentada ao público de que as forças do governo e dos cidadãos devem estar unidas rumo à modernização, para com isso gerar uma melhora das condições sociais. Num discurso em Cascavel, Jayme Canet proclama:

[...] o futuro da nação depende de nossa capacidade de crer, de nossa unidade, de nosso trabalho. Seremos o que quisermos ser, na medida em que nosso desejo venha acompanhado pela ação e que a nação esteja apoiada na cooperação (*O Paraná*, Cascavel, 31 out. 1976, p.3).

Dessa maneira, a modernização e o desenvolvimento vivido na cidade de Cascavel eram figurados nas reportagens jornalísticas como produto de um bom governo. Tal afirmação pode ser comprovada em propaganda de governo no jornal *O Paraná*, intitulada “sempre que aparece uma nova empresa se instalando no Paraná, não pense que você não tem nada com isso”. O texto dessa propaganda segue abaixo:

Às vezes a gente pensa que o progresso gerado por uma nova empresa é só para os outros. Você pode não perceber que isso vai lhe trazer benefícios. O governo do Estado quer deixar bem claro que ninguém mais do que você faz parte desse desenvolvimento. Por que você é a grande meta. De Janeiro de 1975 a junho de 1976, o governo do Estado, por intermédio dos órgãos de fomento, investiu aproximadamente 4 bilhões de cruzeiros em financiamentos, cerca de um terço do total de aplicações dos últimos 15 anos. Com esse incentivo, as empresas que estão se instalando no Paraná criam anualmente milhares de novos empregos e proporcionam melhoria de vida para todos. Incluindo você. E são as contribuições dessas empresas que possibilitam construção de novas estradas, escolas e hospitais. Fornecem meios para o Governo do Estado ampliar os sistema de energia elétrica, de telecomunicações, de saneamento. [...] E a certeza de poder olhar pro futuro com tranqüilidade (*O Paraná*, Cascavel, 19 set. 1976, p.3 – grifo nosso).

Na propaganda aparecem dois elementos que são analisados nessa pesquisa: o discurso de desenvolvimento econômico do Estado e o discurso do desenvolvimento do cidadão paranaense a partir das ações de saúde e de desenvolvimento social. Por esse motivo, construir hospitais, sanear e aumentar o número de escolas constituem-se em elementos para a formação do indivíduo que levará o desenvolvimento ao Estado. Outro ponto a ser visto é o caráter tecnocrático e propagandístico do discurso do governo Canet, quando relaciona a boa gerência do Estado com a ampliação da infraestrutura que serve à população. Nesse caso, a construção do Hospital Regional de Cascavel tinha como objetivo oferecer boa saúde à população cascavelense. Em torno de um discurso pelo desenvolvimento do Paraná, Canet construiu uma imagem pública de governo comprometido com o

progresso. O progresso era evidenciado através da ampliação da infraestrutura, que, segundo o discurso governamental, garantia a melhoria de vida da população. Observa-se que Jayme Canet construía um discurso que visava demonstrar as propostas políticas do seu governo com o objetivo de reafirmar a necessidade de integração entre a população e o Governo do Estado.

Por fim, o Estado do Paraná foi delineando atividades em saúde voltadas para um mercado econômico. As campanhas de vacinação representavam a possibilidade de um mundo sem as doenças imunopreveníveis. O governo paranaense investiu na ampla campanha de imunizações para combater as epidemias e também melhorar a estrutura das instituições de saúde nas cidades paranaenses.

CAPÍTULO 3 “NO PENSAMENTO E NA ANÁLISE POLÍTICA AINDA NÃO CORTARAM A CABEÇA DO REI” – IMUNIZAÇÕES: QUESTÃO DE SAÚDE PÚBLICA OU QUESTÃO POLÍTICA?

É possível balizar a História através das grandes ideias. Ou é possível balizar a História por eventos econômicos. Ou pela luta de classes. Mas é possível balizar a História por meio de doenças que acometeram grandes grupos populacionais: as epidemias (MOACIR SCLIAR).

A frase de Michel Foucault que intitula esse trecho de análise encontra-se em seu Livro *História da sexualidade: a vontade de saber* (FOUCAULT, 2001). Nela Foucault exprime a permanência da representação monárquica do rei ou ainda a figura do Estado na atualidade, pois as relações de poder estão imbricadas na figura soberana no rei. Isso indica que a figura do rei sempre será usada para representar o poder, que, no caso desta pesquisa, está representado pelo governo de Jaime Canet. E por essa permanência indicada por Foucault, buscou-se aqui averiguar as políticas públicas de saúde formuladas pelo Estado para assegurar bons níveis de saúde para a coletividade.

Trata-se de uma abordagem especificamente política, se pretende descobrir no ideal de saúde e no bom funcionamento das instituições o discurso propagandístico do governo Jayme Canet Junior. Esse discurso aparece carregado dos ideais do governo militar que gerenciava o país no período estudado. Entende-se que o fortalecimento da política depende, especialmente, da estrutura do poder do Estado e das relações deste com a sociedade.

A questão das políticas públicas de saúde e sua utilização como instrumento político leva também à compreensão do próprio funcionamento do Estado, das suas práticas e da forma como ele se utiliza delas para o exercício do poder. Nesse momento, para viabilizar o gerenciamento da população, que estava em crescimento, as políticas públicas de saúde passaram a ser o “caminho” do controle das epidemias e do perfil populacional que estava ocupando as áreas em desenvolvimento, como é o caso de Cascavel. Isso pode ser percebido na fala do

então Secretário da Saúde de Cascavel, Renato Loures Buenos, ao jornal *O Paraná*, quando assinala que “um povo sadio trabalha consciente, rende mais e o progresso vem de maneira organizada” (*O Paraná*, Cascavel, 3 jul. 1977, p.3).

Da mesma forma, a Secretaria de Saúde do Estado assinala que “prevenir é a chave que abre as possibilidades de melhorar a saúde” (PARANÁ, jan./fev. 1979a, p.6). Além disso, o então Ministro da Saúde Paulo Almeida Machado, ao tomar conhecimento da situação da saúde em Cascavel e nas cidades vizinhas, determinou a constituição de um grupo de trabalho para a coleta dos dados de natalidade, de mortalidade, da morbidade e da capacidade instalada, com o objetivo de formular uma política de saúde para a região de Itaipu (PARANÁ, 1 out. 1976a). Enfatiza-se que a cidade de Cascavel nesse momento representava o centro de divulgação dessas ações, por sediar a 10ª Regional de Saúde.

A experiência histórica dos seres humanos relacionada às enfermidades os compeliu a buscar explicações para tal e ao mesmo tempo os levou a encontrar formas que pudessem minimizar as vítimas de determinadas doenças. Sendo assim, a epidemiologia é uma ferramenta para explicar contextos, ideologias políticas e problemas do cotidiano social.

Na antiguidade, as doenças muitas vezes foram explicadas como decorrência de um castigo. No tempo de Hipócrates (460-355 a.C), por exemplo, a epilepsia era tida como uma possessão divina. Hipócrates, porém, rompeu com essa concepção da doença e fundou uma ontogênese dinâmica para a epilepsia, baseada na harmonia entre uma natureza (*physis*) no homem e fora dele. A doença seria a perturbação desse equilíbrio. Assim, a doença era vista como uma reação do ambiente, e não algo que afetasse algum órgão do corpo humano (CANGUILHEM, 1990). As sistematizações hipocráticas possibilitaram certa previsibilidade e prevenção das doenças, porquanto Hipócrates verificava os hábitos individuais e de que forma isso atingia a coletividade.

Com a formação do Estado Moderno, a mortalidade passou a ser registrada de forma sistemática, para que o governo pudesse atuar sobre a doença na coletividade. Já no século XIX, houve um grande entusiasmo por parte da comunidade científica pela estatística. No campo da saúde, a estatística foi utilizada como instrumento dos sanitaristas para provar que havia diferenças na incidência de doenças entre gênero, idade, população rural e urbana. Além disso, ela possibilitou

a averiguação dos efeitos da doença nos campos da política, da economia e da sociedade. Robert Koch desenvolveu, juntamente com Louis Pasteur, a teoria dos germes, enfatizando que não havia geração espontânea entre micro-organismos. Dessa forma, passou-se a controlar os agentes infecciosos. O desenvolvimento de vacinas a partir de então passa a ser discutido dentro da Saúde Pública como uma medida preventiva eficaz.

Na primeira metade do século XX as doenças não infecciosas tornam-se o novo padrão de pesquisa da morbimortalidade. Dessa forma, as características sociais reapareceram como preocupação de Saúde Pública, juntamente com a epidemiologia. Surgiu então um pensamento multicausal, que verificava o ambiente em que os indivíduos estavam situados e o comportamento desses indivíduos no meio em que viviam. Assim o Estado criou normas para a vigilância do meio para diminuir a sujeição dos indivíduos a doenças transmissíveis.

Para compreender a dimensão dessa ação para o cumprimento das normas, da ordem e do controle em sua forma prática de atuação, tomar-se-á como exemplo o programa de imunizações brasileiro do contexto que compreende esta pesquisa. Porém, antes disso faz-se necessário apresentar alguns antecedentes importantes para a compreensão da atuação epidemiológica através das imunizações no Brasil. Em 1973¹ terminou a campanha federal de erradicação da varíola, iniciada em 1962. Subsequentemente, passa a ser executado o Programa Nacional de Imunizações², criado pelo Decreto 59152, de 13 de agosto de 1966 (BENCHIMOL, 2001). A partir do momento em que passou a ser direito e dever de todo brasileiro, a imunização foi socializada.

Segundo a Coordenadoria de Epidemiologia e Controle de Doenças do Paraná, eram de sua responsabilidade os projetos e atividades de controle de zoonoses, da vacinação intradérmica contra tuberculose BCG, a vigilância

¹ As decisões de saúde pública definidas na década de 1970 foram norteadoras da atual configuração do sistema de saúde do Brasil, visto que nesse momento estava surgindo o Movimento Sanitário, que reclamava o desenvolvimento das políticas públicas de saúde voltadas à universalização dos cuidados em saúde. Para a médica e socióloga Sarah Maria Escorel, o Movimento Sanitário representou uma nova força política que surgiu no final da década de 1970, com o apoio do movimento estudantil, do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), dos movimentos de médicos residentes, do Movimento da Renovação Médica (REME) e da academia. ESCOREL, S. **Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1998.

² Passaram a fazer parte do programa de imunizações, as vacinas antidiftérica, anti-tetânica, anti-variólica, anti-rábica, anti-sarampo, BCG e Sabin.

epidemiológica, a análise e pesquisa laboratorial, o combate à tuberculose, o controle e o combate da endemia hanseniana e a programação, supervisão e avaliação da epidemiologia e controle de doenças (PARANÁ, 3 fev. 1977a).

As condições sociopolíticas podem estar relacionadas às condições de saúde ou doença da coletividade. Dessa forma, o estilo de vida dos indivíduos passou a ser constitutivo da identidade da coletividade nos temas relacionados à saúde, e também se tornou de interesse do Estado. Sendo assim, a epidemiologia se apresenta como um dispositivo de controle dos indivíduos e dos seus estilos de vida.

O Boletim Epidemiológico da SESB divulgou no ano de 1976 “a respeitável cifra de 776.295 vacinações” (PARANÁ, 1 out. 1976a, p.7). Dessas vacinações, 453 foram do sistema BCG oral, 49.363 BCG intradérmico, 136.588 contra a poliomielite, 67.401 tríplices, 11.495 antitetânicas, 333.048 antivariólicas, 76.683 contra sarampo, 1.527 antitíficas, 53.030 meningocócicas e, por fim, 99.730 duplas. Isso indicava um investimento do governo na ampliação do número de vacinados no Estado do Paraná. Cabe lembrar aqui que durante a primeira metade da década de 1970 o Brasil passou por um surto epidêmico de meningite, o que levou os governantes a investirem em técnicas preventivas de doenças. No Paraná, 2000 pessoas foram atingidas pela meningite e houve em torno de 400 óbitos³.

No ano de 1976, “tendo em vista a necessidade de dar maior desenvolvimento aos programas de imunização”, o Governo do Estado entregou a Cascavel e às demais cidades que a rodeiam um total de 24 viaturas destinadas ao programa de saneamento e vacinação (PARANÁ, 2 dez. 1976a, p.8). A atenção para com as vacinações se redobrou no período, pois, de uma forma global, estavam sendo apresentadas as vacinações como solução para os surtos epidêmicos, que dizimaram muitas populações ao longo da história. O governo do Paraná calculou as vacinações aplicadas não apenas quanto ao valor de vacinados, não vacinados e casos, mas as calculou também em valores e quanto elas representavam para a economia do Estado, conforme mostra o Boletim da SESB:

³ Disponível em: <<http://www.saude.pr.gov.br/modules/noticias/article.php?storyid=501>>. Acesso em: 09 abr. 2009.

Se aplicássemos o coeficiente de incidência observado dos não vacinados, teríamos 1.304 casos. No entanto foram registrados 335 casos, isto é, 969 casos a menos, o que se deve a proteção conferida pelo processo de imunização utilizado, representando uma economia de CR\$ 3.876.000,00⁴ que não foram gastos em tratamento, se considerarmos que cada caso custe em média CR\$ 4.000.00 (PARANÁ, 2 dez. 1976a, p.9).

Dessa forma, no ano de 1977 o então Ministro da Saúde Dr. Paulo de Almeida Machado aprovou o modelo da caderneta de vacinação, que se tornaria obrigatória em todo o território nacional a partir daquele ano. Segundo o Ministro, “o documento constitui meio de provar, para todos os efeitos legais, as vacinações recebidas, e será exigida a sua apresentação para renovar o salário família dos dependentes” (PARANÁ, 4 abr. 1977a, p.6). A carteira que comprovava a vacinação para o pagamento do salário-família pode ser considerado aqui como o *front* das campanhas. Ela servia como um instrumento de controle do seu público-alvo. Conforme informa o Boletim da SESB do Paraná,

Os atestados das vacinações obrigatórias estabelecida nesta Portaria somente serão exigidos a partir de 1 de julho de 1978, em relação às crianças nascidas a partir de 1 de julho de 1977, conforme preceitua o parágrafo 1 do artigo 39 do Decreto n.78.231, de 12 de agosto de 1976. Observado o prazo previsto no item anterior será exigido, anualmente, dos segurados dos diferentes sistemas de previdência social, para efeito de pagamento de salário família em relação aos seus respectivos dependentes a apresentação dos atestados que comprovam o recebimento da vacinação obrigatória (PARANÁ, 4 abr. 1977a, p.9-10).

O controle das doenças a partir da imunização da população tornou-se uma das “armas” utilizadas pelo Governo para combater as doenças que dizimavam um grande número de pessoas no Brasil. A onda epidêmica que passava pelo país na década de 1970 alertou os órgãos governamentais de que algo precisaria ser feito e que era papel do Estado garantir a saúde dos seus cidadãos e papel dos pais levar as crianças para serem vacinadas, conforme indica o trecho do boletim epidemiológico:

⁴ Nome da moeda nacional antes da implantação do Real, conhecida como Cruzeiro. Convertido em dólares, a economia feita pelo Estado com a imunização seria de aproximadamente U\$ 313.973,26 considerando que o custo por tratamento era de aproximadamente U\$ 324,01. A cotação do dólar no período era de 12,345 Cruzeiros.

O Programa Nacional de Imunização enfatiza que a vacina e a defesa da saúde de uma criança e como tal, a responsabilidade dos pais ou das pessoas que as tem sob a sua guarda e justamente cumprir a meta: vacinar para defender o próprio meio, cabendo por sua vez aos serviços de saúde, tomar as providências e estar sempre vigilantes (PARANÁ, 4 abr. 1977a, p.6).

Na citação fica clara a intenção governamental de sanear o meio a partir de um trabalho compulsório de vacinações e de seu papel de vigilante na sociedade. Diante do quadro epidêmico no Brasil, os serviços de saúde passaram a orientar constantemente os pais a que vacinassem seus filhos. Em Cascavel isso não se mostrava de forma diferente, como se pode verificar na reportagem publicada no jornal *O Paraná*: “a prevenção é hoje a grande alternativa para o futuro das doenças epidêmicas que poderão chegar até a erradicação” (*O Paraná*, Cascavel, 22 jun. 1977, p.13), e também no título da reportagem: “Vacinas, prevenir para não remediar” (*O Paraná*, Cascavel, 21 jul. 1977, p.3). Ainda, o jornal noticia que “a implantação do sistema tem por objetivo o diagnóstico e controle das doenças, a verificação da disseminação da doença notificada, determinação dos riscos e medidas de controle” (*O Paraná*, Cascavel, 17 set. 1977, p.6).

Não obstante, os dados de mortalidade não aparecem nos jornais, devido à vigência da ditadura militar. Passar à população o número de doentes e mortos seria admitir a ineficácia do Estado. Arnaldo Busato em 1976, sobre a especulação de um possível surto de meningite, afirmou ao jornal que

Não há gravidade quanto a um possível surto de meningite no Oeste do Paraná. O secretário explicou que a secretaria da saúde está estruturada para o combate ao mal, e está devidamente preparada para a vacinação na faixa etária de 6 meses a 3 anos. O forte inverno que vem assolando o sul do país, apesar de gerar preocupação no povo e nas autoridades, não é motivo de pânico e já recebemos um milhão de novas doses para serem aplicadas (*O Paraná*, Cascavel, 9 jun. 1976, p.1).

Alguns meses depois Arnaldo Busato afirmou que “hepatite infecciosa e poliomielite tendem a aumentar no verão” (*O Paraná*, Cascavel, 24 dez. 1977, p.7), na tentativa de explicar os surtos que estavam acontecendo em Cascavel. O malabarismo verbal do uso das estações do ano para justificar o aumento de incidência fazia contraste com a queda de incidência, que por sua vez era justificada

pelos bons resultados das campanhas de vacinação, como foi apresentando no ano seguinte: “as campanhas de imunização têm beneficiado todos os paranaenses” (*O Paraná*, Cascavel, 6 maio, 1978, p.2). Conforme consta no Boletim Epidemiológico (1978, p.170), os resultados das vacinações de 1977 mostraram um “progressivo aprimoramento do sistema de informações sobre a aplicação de vacinas no país”. Nesse Boletim eram analisados o grupo etário, a série e tipo de antígeno e os percentuais de vacinas completadas em menores de 1 ano.

Para um entendimento mais claro sobre tal posicionamento político de negação da doença ou do direcionamento da causa para as estações do ano, é importante destacar que era recente a epidemia de meningite sofrida no Brasil nos primeiros anos da década de 1970. Outra coisa a ser notada é a utilização da vacina como um calmante social, como se pode observar na citação acima, onde Canet afirma que era possível o surto, mas que havia vacinas disponibilizadas pelo Estado e por isso não existia motivo para pânico. O que não se queria no momento era perder “espaço” de atuação junto à sociedade.

Importante assinalar aqui que, como os surtos epidêmicos (São Paulo e Rio de Janeiro especialmente) eram de conhecimento da população, ampliar as campanhas de vacinação era uma forma de recuperar a legitimidade do Estado.

No ano de 1977 a meta de imunização contra o sarampo em Cascavel foi de 3.337 crianças menores de um ano, porém foram imunizados apenas 1.507, totalizando os vacinados o percentual de 45,1%. Nesse ano foram notificados 7.255 casos de sarampo no Paraná (*O Paraná*, Cascavel, 5 set. 1978, p.5). Mesmo o número de casos sendo alto, o secretário de Saúde do Estado declarou que tal número não era considerado endêmico.

A meta de imunização tríplice em Cascavel no ano de 1977 foi de 3.337, sendo imunizadas 1.346 crianças menores de um ano, correspondentes a 40,3% do total dessas crianças. Por fim, a Secretaria da Saúde tinha como meta imunizar 3.337 crianças em Cascavel contra a poliomielite, mas contabilizou apenas 1.373 crianças vacinadas, número que corresponde a 41,1% dessas crianças. Para a resolução deste problema a secretaria da saúde passou a fiscalizar o programa de imunizações por meio de

inquéritos periódicos através da verificação da cicatriz vacinal quando se tratar de BCG ou vacina antivariolosa em uma amostra significativa da população. No entanto em outros tipos de vacinas os inquéritos terão que ser baseadas em documentos apresentados ou em informações prestadas, exigindo nesse caso a confiabilidade da memória do entrevistado (PARANÁ, 7 out. 1977a, p.11).

Perceba-se que a palavra inquérito sugere a autoridade exercida pelo poder público sobre a população alvo da imunização. O atestado que comprovaria se o indivíduo estava seguindo as ordens de saúde impostas pelo Estado era verificado através da marca no corpo dos indivíduos. Segundo Foucault (1981), esta ação do Estado denota outra função de medicina: a de atuar na aplicação da biopolítica, ou seja, o controle político sobre o corpo de cada indivíduo. Trata-se então de uma tática governamental de utilizar os conhecimentos médicos para atuar dentro da vida e das doenças dos indivíduos e assim “hierarquizar-los, ordená-los em nome de um conhecimento verdadeiro, em nome de uma ciência detida por alguns” (FOUCAULT, 1981, p.171). Segundo a psicóloga Simone Lima⁵,

E factível que o poder descrito [por Foucault]⁶ seja um sistema de relações. Nasce e sobrevive da práxis social não como sua unidade representativa, mas como resultado de teias funcionais que se enraízam no corpo social, armando uma espécie de trama, cujos fios exercem reciprocamente sua força uns sobre outro.

Está visualizamos a imunização como uma forma de corrigir o corpo. A obrigatoriedade da marca da vacina no corpo mostra um corpo disciplinado e transformado no sentido de que a saúde desse corpo justifica as ações do poder governamental. A estratégia de criar uma carteira de vacinações que comprova as imunizações se baseia no saber especializado do médico. Sendo assim, o sujeito que desrespeitar o saber médico aplicado através das políticas públicas de imunização formuladas pelo Estado pode ser classificado com o transgressor das normas e das práticas disciplinares. A partir das técnicas disciplinares com vista a constituir um indivíduo saudável, o Estado também promove e garante a força produtiva, pois assim o seu corpo torna-se útil para o desenvolvimento econômico.

⁵ Disponível em: <<http://www.frb.br/ciente/Imprensa/iniciant/2004.2/simone.pdf>>. Acesso em: 12 jun. 2008.

⁶ Grifo meu – do original “para o autor”.

Em Cascavel, a prefeitura, em conjunto com a Secretaria da Saúde e do Bem-Estar Social do Estado, desenvolveu uma campanha usando folhetos que conclamavam os pais a levarem seus filhos ao Centro de Saúde para a vacinação obrigatória. A impressão de cartazes e folhetos e a sua distribuição em todos os distritos sanitários obrigaram as equipes móveis do Serviço a cruzar o Estado várias vezes (PARANÁ, 2 dez. 1976a). O folheto explica que “o indicador cultural de uma nação é avaliado pela saúde e longevidade de sua população. A prevenção é a medida mais eficaz e econômica para garantir a saúde” (*O Paraná*, Cascavel, 6 jul. 1977, p.6). Vacinar, portanto, faz parte de uma estratégia coletiva de proteção local. A ação individual obedece a uma lógica coletiva de proteção, visto que foi propagandeada nas escolas, no trabalho, nos jornais, cada vez mais enfatizando: vacine seu filho.

O Estado possuía autoridade coercitiva para fazer cumprir a lei, mesmo porque a imunização individual não se destinava somente ao bem-estar individual, mas zelava pelo bem-estar comum, pois se uma epidemia pode ser controlada por vacina, esta não vai atingir quem já tenha contraído essa epidemia, mas sim quem pode vir a contraí-la, e como consequência, impedirá que este “leve” a doença aos demais. Sendo assim, se todos comparecessem aos postos de vacinação, o Estado alcançaria a normatização. O fato de o Estado fazer campanhas como aquela contra a poliomielite, em que se usa uma criança tomando uma “gotinha” indolor indicando “a gotinha que salva”, demonstra o forte apelo midiático utilizado para tal fim. Esse plano normatizador estava embasado num dispositivo político, que é o saber. Dessa forma, podemos dizer que o saber constitui-se na ligação com a ideologia, sendo que “todo conhecimento, seja ele científico ou ideológico, só pode existir a partir das condições políticas que são as condições para que se formem tanto o sujeito quanto os domínios do saber” (MACHADO, 1981, p.199).

Publicações jornalísticas referentes à promulgação das leis, dos planos da Secretaria da Saúde, da criação de serviços, etc., aparecem com frequência e variam conforme a estratégia ou público-alvo que se pretenda informar. Assim, na maioria das vezes os anúncios indicando a necessidade de a população atender aos chamados do governo para vacinar-se estavam associados com um noticiário que indicava o desenvolvimento econômico da região pautado na característica do homem que a habitava e do governo que esta possuía. As campanhas de vacinação foram as grandes auxiliares do governo para que o programa de imunizações fosse

efetivado. Eram feitas através dos jornais, do rádio, de cartazes expostos nas escolas, nos postos de saúde e nos demais órgãos do governo. As técnicas de propaganda já eram utilizadas desde a década de 1920 pelo Departamento Nacional de Saúde Pública para as ações de educação sanitária (PITTA, 1995).

Nessa conjuntura o discurso institucional assumiu a posição de combate às doenças de massa, entre elas a coqueluche, o sarampo, a varicela e a gripe. Uma reportagem jornalística afirmava que “a gravidade dessas doenças é relativa, pois a ciência moderna criou condições de imunização em massa”. Portanto, é de suma importância, como consta no noticiário, “a conscientização da população para a gravidade e para as consequências de determinadas doenças que podem, com a colaboração de todos, atingirem níveis considerados excelentes de controle” (*O Paraná*, Cascavel, 17 nov. 1977, p.5). A falta de infraestrutura, porém, tornava-se um empecilho a que o programa do Ministério da Saúde fosse cumprido. Conforme o jornal *O Paraná*,

As secretarias municipais não possuem infraestrutura para atender toda a população. O Ministério da Saúde dependerá de muitos órgãos para obter bom resultado no biênio 77/78, das secretarias de saúde executoras do Programa Nacional de Imunizações, da Central de Medicamentos, incumbida de distribuir aos estados às vacinas, e de seus próprios funcionários, para fiscalização do cumprimento do Programa Nacional de Imunizações (*O Paraná*, Cascavel, 2 jul. 1977, p.5).

Em 1977 previu-se que a partir de dois anos seguintes o Brasil já seria autossuficiente na produção de vacinas, como mostra a reportagem a seguir:

O Brasil será autossuficiente na produção de todos os tipos de vacinas até 1979 [...] há também estudos para a produção de vacinas contra o sarampo [...] [o Brasil] já produz vacinas contra meningite, tétano, tuberculose, coqueluche, difteria e outras, através dos laboratórios oficiais do Ministério da Saúde e de entidades paraestatais. Segundo o almirante Sergio Coutinho, o problema brasileiro não é de produção, mas de condições de aplicações das vacinas, tendo em vista que grande parte das doses são inutilizadas por falhas de manuseio (*O Paraná*, Cascavel, 23 abr. 1977, p.5).

Temos aqui outro problema relacionado à vacinação: a falta de estrutura técnica. As vacinas eram produzidas com boa qualidade e as campanhas

conseguiam obter um número cada vez maior de indivíduos vacinados, mas faltavam profissionais competentes para o manuseio das doses imunizadoras ou infraestrutura. Ainda era precária a capacidade dos profissionais em desempenhar a função de levar à população os conhecimentos necessários para que as medidas governamentais de sanear e higienizar a cidade de Cascavel e os demais municípios paranaenses; por isso a Secretaria de Saúde e de Bem-Estar Social do Estado do Paraná promoveu cursos para capacitação de profissionais para atuar em setores de assistência materno-infantil e higiene escolar. “Os cursistas, após formados, deverão prestar, através de seus conhecimentos, assistência a mães e gestantes, quanto a como conduzir o crescimento de seus filhos, e também como educá-los” (*O Paraná*, Cascavel, 5 abr. 1977, p.5).

As aulas do curso eram dadas em colégios estaduais da cidade de Cascavel. Os cursos serviam também para orientar os próprios alunos quanto à higiene pessoal, e em uma reportagem se afirmava que os conhecimentos adquiridos em sala de aula “serão levados para dentro de seus lares, fazendo em extensão, famílias higienicamente constituídas” (*O Paraná*, Cascavel, 5 abr. 1977, p.5). O curso de Higiene e Saúde Escolar foi ministrado a professoras de todos os níveis, habilitando-as, segundo o diretor da Escola de Saúde Pública do Estado, Jaime Drummond de Carvalho “a melhor orientar seus alunos nos conhecimentos de higiene e na preservação da saúde” (*O Paraná*, Cascavel, 14 abr. 1977, p.5). Assim, os anúncios governamentais no jornal *O Paraná* intensificavam-se baseados na ideia de que “O Paraná ostenta saúde porque trabalhou por ela. A gigantesca vacinação em massa de 1975 acabou com a ameaça de surtos epidêmicos, como o da meningite [...]. E o bem estar do homem começa com a assistência à criança” (*O Paraná*, Cascavel, 4 maio, 1977, p.10).

A medida do governo estava direcionada para menores de um ano, que deveriam vacinar-se contra doenças facilmente preveníveis, como a coqueluche, o sarampo, a difteria, o tétano e a febre tifoide. A tabela completa se organizava da seguinte maneira: de 1 (um) dia a 14 anos – BCG, dose única, contra tuberculose; 2 meses – VAV, dose única, contra varíola; de 2 a 4 anos – Sabin, 3 doses, contra poliomielite e paralisia infantil; de 2 a 4 meses - tríplice diftérica, 3 doses, contra tétano e coqueluche; 7 meses – VAS dose única, contra sarampo. Nos dias que se seguiram ao decreto do Ministério da Saúde a movimentação nos postos de

vacinação de Cascavel “era das maiores, com os pais levando seus filhos menores ate aquele local para receber as mais diversas vacinas”. Conforme informações de alguns funcionários foram feitas mais de 200 vacinas (*O Paraná*, Cascavel, 3 jul. 1977, p.3).

Importante verificar, não obstante, que as imunizações não representavam a solução para todos os problemas de mortalidade infantil pelos quais passava o Brasil, pois a mortalidade infantil deve ser vista também associada com problemas ligados à pobreza, à fome, a doenças causadas pela falta de saneamento, ao desemprego e ao crescimento mal-planejado da população. Exemplo disso é o sarampo, que atinge mais facilmente crianças mal-alimentadas, podendo matar uma a cada grupo de dez vitimas (BRASIL, 1998).

Nesse sentido, o jornal *O Paraná* diversas vezes indica o homem como meta do governo do Estado. No que está relacionado as vacinações, Arnaldo Busato declara que ao fazer uma análise sociológica do momento atual em nosso Estado, a Meta Homem, uma das preocupações básicas do governo do presidente Geisel, e da administração Jaime Canet Junior, deve ser levada a sério. As atividades da SESB, tem como objetivo não apenas de imunizar as pessoas contra doenças mas também educar e dar orientação sanitária para que os males possam ser evitados, também através de uma ampla educação e conscientização da população (*O Paraná*, Cascavel, 17 set. 1977, p.5 – grifo nosso).

A mortalidade infantil recebia destaque nas estatísticas no Brasil, e os motivos para isso eram a falta de saneamento e a falta de imunizações em massa. Conforme dados do IBGE, o índice de mortalidade infantil chegou a alcançar até 202 mortes para cada 1000 habitantes, um dado desastroso para os governos de um país em que se falava tanto em progresso. Nesse sentido, era necessário adequar a política de saúde ao discurso de crescimento econômico que se fazia. Em nota, o jornal *O Paraná* declarou:

As boas intenções por parte do governo federal são reconhecidas, mas apenas isto não basta para atingir os objetivos. A par delas é preciso que se faça o adequamento às necessidades através de uma política racional, eis que a Saúde pode e deve ser encarada como um fator de Segurança Nacional (*O Paraná*, Cascavel, 2 out. 1977, p.2 – grifo nosso).

Ao jornal *O Paraná* Arnaldo Busato declarou: “as doenças que mais matam são as contagiosas, como o sarampo e a coqueluche, sendo que um dos principais fatores da morbidade e mortalidade infantil é a desnutrição”. Além disso, o secretário da saúde do Estado, afirmou que dentro da política governamental, o Paraná é “um dos poucos da unidade federal que registra a menor índice de mortalidade e morbidade infantil” (*O Paraná*, Cascavel, 1 jul. 1977, p.11).

Para resolver problemas relacionados às doenças contagiosas e à desnutrição foram implantadas mais duas ações juntamente com o PNI no Paraná: o PNS (Programa de Nutrição em Saúde) e a reformulação do Código Sanitário, para que a desnutrição e mortes por falta de saneamento básico fossem sanadas. Deve-se considerar que antes de 1977 o PNI ainda era um programa de caráter facultativo, e quando se tornou obrigatório começaram a ser questionadas, como, por exemplo, a falta de vacinas.

Como indica o anúncio de outro jornal local, a medida de vacinação em massa em Cascavel seria apenas propagandística, pois estavam faltando vacinas importantes no Centro de Saúde de Cascavel⁷. Em resposta, o jornal *O Paraná* entrevistou para maiores esclarecimentos o diretor do 10º Distrito Sanitário, Sérgio Bichat, o qual negou a afirmação e finalizou dizendo: “Apenas quero colocar um ponto final e deixar bem claro que não temos qualquer problema com falta de vacinas em nosso Posto de Saúde” (*O Paraná*, Cascavel, 19 jun. 1977, p.11).

O caráter autoritário do Estado brasileiro, sob a ditadura militar, evidencia-se pela falta de informações negativas e/ou reais dos programas de governo nos meios de comunicação, quando tais informações eram publicadas acontecia o que aparece na informação acima: eram refutadas por outro veículo de informação, aliado ao governo. O autoritarismo se fez presente em todas as ações do país, qualquer que fosse o setor da vida nacional. Com relação às epidemias, enquanto a população paranaense, inclusive a cascavelense, certamente sofria em consequência das moléstias contagiosas, pois eram um “mal” nacional, as autoridades não forneciam dados exatamente pela sua magnitude – tanto que nas fontes pesquisadas para este trabalho fala-se em medidas de prevenção como forma de urgência, mas não se anuncia o porquê dessa urgência, muito menos números que expliquem a ação governamental.

⁷ A reportagem não foi inserida nesta pesquisa, pois a informação faz parte da reportagem do jornal em estudo, *O Paraná*.

Dados indicam que o número de crianças imunizadas em Cascavel no ano de 1977 era menor do que a meta estabelecida pelo município. A meta de vacinação era de 3.337 crianças, mas o número de imunizados contra sarampo foi de apenas 1.507. A vacina tríplice foi aplicada em 1.346 crianças menores de 1 (um) ano, a vacina contra poliomielite foi aplicada em 1.373 (PARANÁ, 1977). No Paraná a situação era a mesma, finalizando com uma vacinação antipólio de 32% e antissarampo de 39%. No ano de 1979, já com a intensificação do PNI e das campanhas de vacinação realizadas, essa estatística saltou para 64,6% de comparecimento (PARANÁ, 1979b).

O número reduzido de pessoas que compareceram aos postos de vacinação pode ser compreendido como uma relutância em se ajustar às normas estabelecidas. Por esse motivo, nos anos seguintes as campanhas foram direcionadas para um público-alvo e realizadas de forma massiva por educadores, sanitaristas e assistentes sociais, pelo fato de que esses profissionais eram considerados formadores de opinião junto à população. Conforme Pitta (1995, p.242), “substitui-se a noção de ‘público relutante’ pela ideia de ‘público ativo’”. Dessa forma, as escolas, os postos de saúde e os demais lugares onde se fazia propaganda das campanhas de vacinação e das práticas de higiene transformaram-se em observatórios sociais. O Estado usava o micropoder desses profissionais dentro da sociedade junto ao “público alvo” das imunizações.

3.1 “PRA VENCER NA VIDA É PRECISO TER SAÚDE”

Em 1975, durante a V Conferência Nacional de Saúde, o médico Edmundo Juarez declarou que as funções da Vigilância Epidemiológica se resumem, basicamente, em conhecer as doenças e a partir daí manter as atividades de controle. Além disso, por meio do controle epidemiológico é possível verificar a qualidade e a quantidade dos serviços prestados com as atividades da saúde pública. Vista assim, a Vigilância Epidemiológica é um sistema de informação, de decisão e de controle de doenças específicas destinado a informar medidas de controle e facilitar o planejamento das políticas públicas de saúde.

Segundo o jornal *O Paraná*, “a prevenção é hoje a grande alternativa para o futuro das doenças epidêmicas que poderão chegar até a erradicação, como é o caso da varíola” (*O Paraná*, Cascavel, 17 nov. 1976, p.5). Esta medida enfatizou a ideia de um governo assegurador de bons níveis de saúde da população através das vacinações em massa, ou seja, a prevenção. As medidas preventivas de saúde em detrimento das curativas constituíam uma ideia das mais difundidas entre os intelectuais da saúde do período. Considerando-se esse cenário, era interessante para o Governo assumir uma posição juntamente com os planejadores de saúde que defendiam o conceito da prevenção, que simbolizava a modernidade em saúde.

Além da modernidade em saúde, a prevenção representava a proteção da massa trabalhadora. Para a cientista política Angela de Castro Gomes (2002, p.136), a proteção social era vista “como preparação de grande parcela da população (por exemplo, com saúde e educação), que assim poderia entrar no mercado de trabalho”. Por isso o Governo é categórico quando assinala à população a necessidade de imunizar-se, como medida necessária para se ter saúde e promover o desenvolvimento. Por um lado, o Governo assegurava o controle da população através do incentivo às imunizações e, por outro, utilizava a seu favor os dados epidemiológicos que simbolizavam um bom governo. Foucault (1999, p.44-45) explica o controle da população em torno da soberania social:

Temos, [...] um discurso, uma organização do direito público articulados em torno do princípio da soberania corpo social e da delegação, por cada qual, de sua soberania ao Estado; e depois temos, ao mesmo tempo, uma trama cerrada de coerções disciplinares que garante, de fato, a coesão desse mesmo corpo social. [...] Um direito da soberania e uma mecânica da disciplina [...] que se pratica o exercício do poder.

O fortalecimento das práticas médicas e o interesse governamental em ampliar a abrangência das imunizações fizeram parte de um sistema ideológico que enquadrava o cidadão nas normas de controle desde o seu nascimento, ao longo de sua vida escolar e na vida adulta. A Secretaria de Saúde do Estado, por meio do jornal, lançou mão de meios persuasivos sobre as características das doenças combatidas pela imunização.

O sarampo, então, aparece como uma das mais graves doenças epidêmicas da primavera, causador de 10% de todos os óbitos ocorridos em crianças menores de 5 anos na cidade de Cascavel (*O Paraná*, Cascavel, 17 nov. 1976).

A gravidade da coqueluche, conforme refere a reportagem, estava nas complicações que poderiam advir do desenvolvimento da doença. No seu ciclo evolutivo poderiam ocorrer desidratação, broncopneumonia, desnutrição, hemorragias nasais, oculares e cerebrais, hérnias, enfisema popular e pneumotórax. Essas complicações, segundo os epidemiologistas, são suficientemente sérias para causar a morte, que tanto mais ocorre quanto menor a idade da criança. O Governo do Estado, juntamente com a Secretaria Municipal da Saúde, indicava seguidamente a necessidade de vacinação e, como consequência, anunciava a “eficiência” governamental em assegurar o bem-estar e a qualidade de vida da população, como aparece no jornal *O Paraná*:

As campanhas de vacinação em massa e os serviços permanentes de vacinação contra diversas doenças epidêmicas e contagiosas mantidas pelo governo do Estado já conseguiram assegurar à população paranaense um nível de vida melhor compatível com as aspirações de cada um dentro da comunidade (*O Paraná*, Cascavel, 25 jun. 1977, p.11).

São as articulações econômicas, políticas e ideológicas que permitem perceber as ambiguidades presentes no discurso acima. Objetivava-se a vacinação em massa para obter um nível de vida melhor, mas não somente isso: o nível de vida melhorado tinha o significado de as pessoas estarem saudáveis para gerar o desenvolvimento. Isso corresponde ao pensamento de Paim (2006), médico e pesquisador de políticas públicas de saúde, para quem a saúde pública ao longo do século XX é caudatária do liberalismo econômico, que reserva as ações sanitárias coletivas para o Estado. Assim, tivemos o desenvolvimento dos projetos em saúde segundo a ideologia de desenvolvimento econômico.

Foi neste sentido que o secretário da saúde do Estado, Arnaldo Busato, defendeu a atuação em saúde do Governo do Estado. O conjunto dessas atuações, como afirmou Busato, reduziu sensivelmente a morbidade e a mortalidade infantil. Ainda segundo o secretário, “graças ao empenho do governador Canet nosso Estado é tido como um dos melhores no atendimento médico e assistencial”

(PARANÁ, 22 jun. 1977b, p.7). Dois anos depois o secretário da saúde de Cascavel, José Jesus Lopes Viegas, afirmou que o número de doenças na cidade diminuía em função

de um trabalho em profundidade, pois, uma criança vacinada, protegida e atendida está muito menos sujeita a doenças do que uma criança sem assistência preventiva. Os pais agora estão acostumados a trazer seus filhos, visando prevenir doenças. Com isso, aumentou o atendimento e diminuíram as doenças, o que mostra que estamos no caminho certo (*O Paraná*, Cascavel, 10 ago. 1979, p.3).

Para José Carlos Temporão, médico e pesquisador em saúde coletiva da Fiocruz, no período de 1974 a 1979 verificou-se um desenvolvimento das políticas de saúde tendo como base

o fortalecimento das práticas médicas como espaço de estruturação de uma nova etapa no processo de capitalização da saúde; a modernização dos espaços e das práticas institucionais com programas de extensão de cobertura, dos quais o PNI é um exemplo (TEMPORÃO, 2003, p.3).

Em Cascavel, o secretário da Saúde, Renato Loures Bueno, reforçava a ideia de que a saúde em Cascavel estava indo muito bem. Segundo informações prestadas ao jornal *O Paraná* por Bueno, num sentido genérico, em Cascavel a população podia dormir tranquila, pois nenhum caso de maior importância tinha-se verificado nos últimos meses, como a raiva, sarampo, tuberculose e outros (*O Paraná*, Cascavel, 23 abr. 1977, p.2). Além disso, seguindo o programa estadual de centralização do cadastramento de doenças, Bueno assim explica o cadastramento que seria realizado pela Secretaria da Saúde e a 10ª Regional de Saúde:

Vamos realizar um cadastramento de todo município em colaboração com o Distrito Sanitário e Secretaria da Educação e Cultura, que da mesma forma está empenhada em nos ajudar, funcionando como intermediária nesta batalha, pois as professoras, os boletins, até as escolas, distribuindo-os aos filhos, para que estes o redistribuam a seus pais e assim por diante. Nós, então iremos, com uma equipe volante, efetuando os exames em todo o município, para saber como está a situação dos possíveis contaminados por tuberculose (*O Paraná*, Cascavel, 23 abr. 1977, p.2).

A partir da notificação seria identificado o indivíduo tuberculoso – portanto, doente e infectante –, o qual deveria receber tratamento para não transmitir o bacilo de Koch – causador da tuberculose – entre a população sadia. Importante frisar que esse controle não é observado em uma perspectiva negativa, considerando-se que a sociedade de controle é resposta a uma nova forma de convivência populacional que caracteriza o nascimento do Estado Moderno. A política do Estado Moderno faz com que o indivíduo seja integrado e disciplinado pelas instituições de controle do governo, mas ao mesmo tempo ele se torna um cidadão-civil, com direitos políticos para pedir proteção, como, por exemplo, a detecção dos tuberculosos, que fazia parte de uma batalha, como disse o secretário da saúde. Dessa forma, o governo demandava da sociedade o compartilhamento das responsabilidades no tocante às tarefas de combate às doenças.

Pretendia-se algo mais que o cuidado com a tuberculose: que a saúde entrasse no imaginário social como algo que merecia controle, vigilância e disciplina. O Estado, portanto, era responsável por esse controle, que deveria ser feito mediante a criação de estruturas permanentes de controle das doenças que grassavam entre a população. Sobre a questão das disciplinas corporais, Foucault (1987, p.127) escreve:

O momento histórico das disciplinas é o momento em que nasce uma arte do corpo humano, que visa não unicamente o aumento de suas habilidades, nem tampouco aprofundar sua sujeição, mas a formação de uma relação que no mesmo mecanismo o torna tanto mais obediente quanto é mais útil, e inversamente.

A luta pelo cadastramento das doenças, dos doentes e dos imunizados era justificável pela ideia da aplicação das medidas biopolíticas do Estado à população. Para os parâmetros de controle da *biopolítica*, o corpo, efetivamente, faz parte de um corpo social, e não individual. Esse corpo pertence a um universo em que ele se torna um objeto de controle social, um elemento capaz de direcionar decisões políticas específicas para ele, corpo. O conceito de biopolítica de Michel Foucault aponta as estratégias do poder multifacetado no discurso de segurança, território e população e saúde.

Entender as questões da *biopolítica* como exercício de poder sobre os corpos consiste em verificar o deslocamento significativo das estratégias de poder e

controle social. Na concepção foucaultiana, “o controle da sociedade sobre os indivíduos não se opera simplesmente pela consciência ou pela ideologia, mas começa no corpo, com o corpo. Foi no biológico, no somático, no corporal que, antes de tudo, investiu a sociedade capitalista. O corpo é uma realidade biopolítica” (FOUCAULT, 1989, p.37).

Sendo a saúde integrante do discurso e alvo político, ela passou a ser usada como emblema das ações governamentais. Destarte havia, por parte dos noticiários, certa euforia quanto aos avanços da medicina no Brasil, o que constituía uma forma de fazer chegar ao povo o “modelo brasileiro” de desenvolvimento adotado pelo regime militar. A atuação governamental tinha seu início antes mesmo de a mulher engravidar, no sentido de melhorar as condições dos indivíduos antes mesmo de nascerem. Exemplo disso é o anúncio jornalístico para as moças que pretendiam casar e ter filhos:

A Secretaria da Saúde e do Bem-Estar Social está efetuando uma nova etapa de vacinação em todo o Estado, sendo desta feita contra rubéola, objetivando principalmente o atendimento das moças que pretendem casar-se, [...] A vacina contra a rubéola é a única forma de se prevenir a doença e – o que é mais importante – garante imunidade por toda a vida. A rubéola é uma doença benigna, e na maioria dos casos em que ela aparece ocorre na idade escolar, particularmente no inverno ou na primavera. Quando, porém atinge uma mulher grávida nos seus três primeiros meses de gestação, provoca uma infecção no feto, com anormalidades subsequentes muito graves, como defeitos no coração ou na visão, ou ainda retardamento no desenvolvimento físico e mental. [...] A conscientização da necessidade da vacinação contra a rubéola deve ser acolhida com a seriedade que exige. As moças que receberem a vacina antes do casamento estarão garantindo um futuro sadio para seus filhos e, portanto, para a própria família (*O Paraná*, Cascavel, 24 out. 1976, p.6 – grifo nosso).

A assistência à maternidade e à infância pautava-se na prestação de assistência no pré-natal, na distribuição de alimentos e complementos alimentares - leite em pó e vitaminas. Esse programa trabalhava em conjunto com a assistência e orientação nutricional, visto que o índice de mortes por desnutrição apresentava-se alto no Paraná nos fins da década de 1970. Buscava-se também o controle das doenças diarréicas, que eram responsáveis por altas taxas de mortalidade no grupo de 0 a 4 anos. O controle de uma das principais endemias brasileiras – a hanseníase – era feito por meio do controle e tratamento dos doentes conhecidos e

da investigação epidemiológica. A edificação dos centros de saúde e unidades sanitárias foi aumentada com a ampliação de 10 novos centros e 15 unidades (PARANÁ, 1976a). Pode-se perceber aqui que a epidemiologia é um intermediador de diversos campos, que explicam a enfermidade da extensão do indivíduo e da coletividade.

Não obstante, cumpre referir que o coeficiente de mortalidade infantil tem diminuído gradativamente no Brasil após a década de 1970 e especialmente na década seguinte. Este dado foi utilizado para demarcar um campo de atuações políticas positivas dos governantes junto à população, como maior oferta dos serviços de saúde, ampliação das redes de esgoto e maior acesso à água tratada e encanada; porém este dado possui uma eloquência maior do que a que se utiliza nos discursos governamentais, pois nessas décadas também houve a diminuição da fecundidade da mulher brasileira, o que levou à redução drástica da taxa de natalidade e desencadeou, naturalmente, a queda do coeficiente de mortalidade infantil.

Logicamente, tal dado não seria o mesmo se não houvesse a extensão de cobertura dos programas de imunização, que foram auxiliares imprescindíveis à redução do número de crianças mortas em nosso país. Isso indica também que os fatores de saúde e doença não demarcam limites entre as disciplinas, daí a necessidade de interpretação multidisciplinar da questão. Destarte conclui-se que as ações em Saúde possuem caráter biológico, ideológico, político e econômico, portanto devem ser estudadas nas diversas áreas de conhecimento.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O propósito deste trabalho consistiu em analisar a tríplice relação entre saúde, política e economia, por isso o seu desenvolvimento implicou na adoção de métodos interdisciplinares de pesquisa. Dessa forma, transitou-se entre diversas disciplinas, como história, política, saúde pública, epidemiologia e outras.

As políticas públicas de saúde foram problematizadas sob os aspectos de modernização e desenvolvimento econômico. Por sua vez, a epidemiologia foi abordada enquanto saber médico e poder do Estado, tornando-se instrumento técnico de dominação, disciplina, controle e normatização da sociedade. Desta maneira, as políticas públicas de saúde foram discutidas a partir da relação entre políticas públicas de saúde e desenvolvimento econômico. Constatou-se também que as práticas de controle possuíam uma feição autoritária e que este autoritarismo era neutralizado pela ação antiepidemiológica do Estado, em face dos benefícios que esta trazia para a população.

Foram também trabalhadas as políticas públicas de saúde e suas implicações de relação de poder na tentativa de construir junto à população uma imagem positiva dos governantes ditatoriais. Assim, os governantes pregavam a associação entre uma boa saúde pública e o desenvolvimento o progresso econômico. Que tipo de relação de poder, afinal? Aquela que justifica, pelo saber, as medidas oficiais de controle que mostram a relação existente entre a saúde pública e o interesse econômico e político, o risco sanitário e a falta de opção dos pais em decidir se vão ou não vacinar seus filhos, visto que atualmente o não-comparecimento dos pais com seus filhos aos postos de vacinação leva à prisão daqueles e ao encaminhamento destes últimos ao Conselho Tutelar.

O estudo contemplou as políticas públicas de saúde e o modo como estas apareceram – especialmente no jornal O Paraná – para mostrar as questões de saúde pública em Cascavel, ocupando o cenário midiático a partir do discurso. As políticas públicas de saúde voltadas ao desenvolvimento econômico também apareceram entre os relatórios dos serviços de saúde, como é o caso dos boletins da SESB e, pelo viés político, das mensagens ao Legislativo do governador Jaime

Canet Junior. Por esse motivo o tema desta pesquisa é permeado pela discussão das instituições de controle que desempenharam as relações hierárquicas de poder.

O autoritarismo apareceu nas políticas públicas de saúde, por exemplo, na omissão dos dados epidemiológicos à população e na exigência do comprovante das vacinações para o pagamento do salário família. Certamente a epidemiologia é um subsídio técnico para o planejamento das políticas públicas de saúde e a ampliação dos serviços de saúde. No entanto, a epidemiologia como instituição faz parte das relações de poder do Estado e é também um dispositivo para a manutenção do poder através do saber e do controle.

No plano conjuntural, o crescimento demográfico de Cascavel desencadeou uma série de mudanças e estratégias na política, no uso das instituições de controle e na ampliação dos serviços de saúde, ante o aumento da demanda da população e os riscos de uma epidemia. Tais circunstâncias fizeram as decisões políticas sobrepor-se às decisões sanitárias.

REFERÊNCIAS

1. DOCUMENTOS OFICIAIS

BRASIL. Ministério da Saúde. Vigilância da Poliomielite no Brasil – Nota Preliminar. **Boletim Epidemiológico**: Divisão de Epidemiologia, Estatística e Divisão, Brasília, DF, v.13, n.23, Semanas n.45-46, 1976.

_____. _____. **Relatório final da VI Conferência Nacional de Saúde**. Brasília, DF, 1977.

_____. _____. Programa Nacional de Imunizações – Resultados observados em 1977. **Boletim Epidemiológico**: Divisão de Epidemiologia, Estatística e Divisão, Brasília, DF, v.18, n.06, Semanas n.35-36, 1978a.

_____. _____. Vigilância Epidemiológica do Sarampo. **Boletim Epidemiológico**: Divisão de Epidemiologia, Estatística e Divisão, Brasília, DF, v.10, n.10, Semanas n.19-20, 1978b.

_____. _____. Riscos de surtos de doenças depois de desastres naturais. **Boletim Epidemiológico**: Divisão de Epidemiologia, Estatística e Divisão, Brasília, DF, v.11, n.19, Semanas n.37-38, 1979.

IPARDES. Secretaria de Estado de Saúde e do Bem-Estar Social. **Trabalhos realizados**: área da saúde; situação dos setores saúde e bem-estar social na micro região homogênea do extremo oeste paranaense, tendo em vista a definição da área de influência de Itaipu. Grupo de Planejamento Setorial (G.P.S.) da Secretaria de Estado de Saúde e do Bem-Estar Social. Curitiba, 1975.

_____. _____. **Trabalhos realizados**: área da saúde; situação dos setores saúde e bem-estar social na microrregião homogênea do extremo oeste paranaense, tendo em vista a definição da área de influência de Itaipu. Grupo de Planejamento Setorial (G.P.S.) da Secretaria de Estado de Saúde e do Bem-Estar Social. Curitiba, 1976.

_____. _____. **Informativo SESB – Imunizações**: anti-poliomielítica da 10ª Regional de Saúde-Cascavel. Curitiba: Departamento de Epidemiologia e Controle de Doenças, 1978a.

IPARDES. Secretaria de Estado de Saúde e do Bem-Estar Social. **Informativo SESB – Imunizações**: Dupla (Difteria e Tétano) da 10ª Regional de Saúde-Cascavel. Curitiba: Departamento de Epidemiologia e Controle de Doenças, 1978b.

_____. _____. **Informativo SESB – Imunizações**: Sarampo da 10ª Regional de Saúde-Cascavel. Curitiba: Departamento de Epidemiologia e Controle de Doenças, 1978c.

_____. _____. **Informativo SESB – Imunizações**: Tríplice (Difteria, Tétano e Coqueluche) da 10ª Regional de Saúde-Cascavel. Curitiba: Departamento de Epidemiologia e Controle de Doenças, 1978d.

_____. _____. **Informativo SESB – Imunizações**: toxóide tetânica da 10ª Regional de Saúde-Cascavel. Curitiba: Departamento de Epidemiologia e Controle de Doenças, 1978e.

_____. _____. **Informativo SESB – Números e percentuais de vacinações completas em crianças menores de 1 ano no Estado do Paraná**. Curitiba: Departamento de Epidemiologia e Controle de Doenças, 1978f.

_____. _____. **Informativo SESB – Imunizações**: antipoliomielite (SABIN) da 10ª Regional de Saúde-Cascavel. Curitiba: Departamento de Epidemiologia e Controle de Doenças, 1979a.

_____. _____. **Informativo SESB – Imunizações**: anti-variólica da 10ª Regional de Saúde-Cascavel. Curitiba: Departamento de Epidemiologia e Controle de Doenças, 1979b.

_____. _____. **Informativo SESB – Imunizações**: BCG intradérmico da 10ª Regional de Saúde-Cascavel. Curitiba: Departamento de Epidemiologia e Controle de Doenças, 1979c.

_____. _____. **Informativo SESB – Número de doses únicas de anti-sarampo aplicadas em menores de 1 ano de 77 a 80, em crianças de 1 a 4 anos de 78 a 81 e população vacinada e não vacinada até 31-12-81**. Curitiba: Departamento de Epidemiologia e Controle de Doenças, 1979d.

_____. O Paraná reinventado: política e governo. Curitiba, 1989.

_____. Secretaria de Estado de Saúde e do Bem-Estar Social. **Informativo SESB – Sarampo**: número de casos, óbitos, coeficientes de incidência, de mortalidade por 100.000 habitantes e letalidade Paraná, 1965 a 2001. Curitiba: Departamento de Epidemiologia e Controle de Doenças, 2001.

PARANÁ. Coordenação de Planejamento Estadual. **Sistema de Informação para o Planejamento**. Unidade Produtora de Informações do Paraná. Sistema de Planejamento do Paraná: experiência institucional. Curitiba, 1973.

_____. **Objetivos e metas de desenvolvimento**: Paraná 75-78. Curitiba, 1975.

_____. Secretaria de Estado de Saúde e do Bem-Estar Social. **Informativo SESB**, Curitiba, ano 1, n.1, out. 1976a.

_____. Governo do Estado. **Mensagem**: apresentada à Assembléia Legislativa do Estado por ocasião da abertura da Sessão Legislativa de 1976 pelo senhor Jayme Canet Junior governador do Paraná. Curitiba, 1976b. 142p.

_____. **Análise da disponibilidade de leitos hospitalares e auxiliares de enfermagem nas microrregiões 288 e 289**. Curitiba, 1977a.

_____. **Estudo dos efeitos econômicos e sociais da hidrelétrica de Itaipu sobre a região oeste do Paraná**. Curitiba, 1977b. 286p.

_____. Governo do Estado. **Mensagem**: apresentada à Assembléia Legislativa do Estado por ocasião da abertura da Sessão Legislativa de 1977 pelo senhor Jayme Canet Junior governador do Paraná. Curitiba, 1977c.

_____. Secretaria de Estado de Saúde e do Bem-Estar Social. **Informativo SESB**, Curitiba, ano 2, n.10, abr. 1978a.

_____. _____. **Informativo SESB**, Curitiba, ano 2, n.11, jun. 1978b.

_____. _____. **Informativo SESB**, Curitiba, ano 2, n.13, set./out. 1978c.

_____. _____. **Informativo SESB**, Curitiba, ano 3, n.14, nov./dez. 1978d.

_____. Governo do Estado. **Mensagem**: apresentada à Assembléia Legislativa do Estado por ocasião da abertura da Sessão Legislativa de 1978 pelo senhor Jayme Canet Junior governador do Paraná. Curitiba, 1978e. 184p.

_____. Secretaria de Estado de Saúde e do Bem-Estar Social. **Informativo SESB**, Curitiba, ano 3, n.15, jan./fev. 1979a.

_____. _____. **Informativo SESB**, Curitiba, ano 3, n.16, mar./abr. 1979b.

PARANÁ. Governo do Estado. **Mensagem**: apresentada à Assembléia Legislativa do Estado por ocasião da abertura da Sessão Legislativa de 1979 pelo senhor Jayme Canet Junior governador do Paraná. Curitiba, 1979c. 198p.

2. FONTES JORNALÍSTICAS

A PARTIR de 1º de julho serão exigidos atestados de vacinações. **O Paraná**, Cascavel, p.1, 5 jun. 1977.

A REGIÃO Oeste. **O Paraná**, Cascavel, p.4, 16 out. 1976.

A SAÚDE do povo é o maior patrimônio. **O Paraná**, Cascavel, p.3, 3 jul. 1977.

ASSINADO contrato para a construção do hospital regional. **O Paraná**, Cascavel, p.3, 10 out. 1976.

BRASIL auto-suficiente em vacinas até 1979. **O Paraná**, Cascavel, p.5, 23 abr. 1977.

BUSATO adverte. **O Paraná**, Cascavel, p.8, 24 dez. 1976.

CADA vez mais poluído: assim está o Rio Cascavel, que fornece a água que o cascavelense bebe. **O Paraná**, Cascavel, p.4, 1 dez. 1976.

CANET: a ARENA venceu, nós precisamos de mais obras. **O Paraná**, Cascavel, p.1, 5 dez. 1976.

CANET: balanço do primeiro biênio. **O Paraná**, Cascavel, p.11, 15 mar. 1977.

CANET expõe a realidade paranaense a ESG. **O Paraná**, Cascavel, p.2, 2 out. 1976.

CANET falando das eleições "Povo entendeu mensagem da ARENA". **O Paraná**, Cascavel, p.6, 19 out. 1977.

CANET: meu governo é do interior. **O Paraná**, Cascavel, p.1, 14 ago. 1976.

CANET, o apelo ao povo. **O Paraná**, Cascavel, p.2, 12 out. 1976.

CANET, venceremos agora e venceremos sempre. **O Paraná**, Cascavel, p.3, 31 out. 1976.

CAOS na rede de esgotos: culpa da burocracia? **O Paraná**, Cascavel, p.3, 28 jul. 1976.

COMO LEVAR aos bairros as riquezas da Avenida? **O Paraná**, Cascavel, p.5, 19 ago. 1976.

CRIANÇAS nascem diariamente em Cascavel. **O Paraná**, Cascavel, p.3, 2 dez. 1976.

DOCUMENTO reafirma a posição da agricultura. **O Paraná**, Cascavel, p.3, 3 out. 1976.

É PRECISO atenção com a saúde do povo. **O Paraná**, Cascavel, p.2, 2 out. 1977.

EDUCAÇÃO e Saúde. **O Paraná** "Notas Locais", Cascavel, p.3, 15 jul. 1976.

EM CASCAVEL, progresso sem segurança. **O Paraná**, Cascavel, p.3, 19 set. 1976.

E O PLANEJAMENTO de Cascavel? Onde está seu plano diretor? **O Paraná**, Cascavel, p.2, 10 set. 1976.

ESPECULAÇÃO faz a cidade crescer. **O Paraná**, Cascavel, p.3-4, 1 set. 1976.

ESTA CIDADE tem um dos maiores índices de crescimento do país. **O Paraná**, Cascavel, p.5, 25 jul. 1975.

ESTE PARANÁ é uma fábula. **O Paraná**, Cascavel, p.6, 3 maio 1977.

GEISEL inicia as comemorações. **O Paraná**, Cascavel, p.5, 4 set. 1976.

HOSPITAL: Busato assinou contrato. **O Paraná**, Cascavel, p.1, 9 out. 1976.

HR, obra de suma importância. **O Paraná**, Cascavel, p.3, 8 maio 1977.

INTERIORIZAÇÃO e ampliação dos recursos médicos no Pr. **O Paraná**, Cascavel, p.11, 22 jun. 1977.

INTERIORIZAÇÃO da saúde, realidade. **O Paraná**, Cascavel, p.2, 6 maio 1978.

ISTO É Cascavel. **O Paraná**. Cascavel, p.18, 31 out. 1976.

JACY, esperança de renovação. **O Paraná**, Cascavel, p.5, 19 nov. 1976.

JORNALISTA de O Globo fala da região oeste. **O Paraná**, Cascavel, p.3, 1 abr. 1977.

MENSAGEM de ano novo do governo paranaense. **O Paraná**, Cascavel, p.2, 31 dez. 1976.

MENSAGEM do dia da revolução. **O Paraná**, Cascavel, p.12, 1 abr. 1977.

NÃO TEM água, luz e nem esgoto. **O Paraná**, Cascavel, p.3, 29 nov. 1976.

NAS BARRANCAS do Oeste a maior Usina do mundo. **O Paraná**, Cascavel, p.22, 18 jul. 1976.

NO PARQUE São Paulo as reclamações fazem aniversário. **O Paraná**, Cascavel, p.5, 4 dez. 1976.

NOVA etapa de vacinação: contra rubéola. **O Paraná**, Cascavel, p.6, 24 out. 1976.

NOVA Lei exige comprovante de vacinações. **O Paraná**, Cascavel, p.3, 19 maio 1977.

NOVO código sanitário e vacinação. **O Paraná**, Cascavel, p.11, 1 jul. 1977.

O GOVERNO do Estado trabalha para que todos tenham água pura. **O Paraná**, Cascavel, p.9, 29 ago. 1976.

OS CEGOS teimam em desconhecer o desenvolvimento: Jacy. **O Paraná**, Cascavel, p.5, 1 abr. 1977.

PLÁ Político. **O Paraná**, Cascavel, p.2, 31 out. 1976.

PLANO do governo é melhorar a saúde da população. **O Paraná**, Cascavel, p.2, 15 nov. 1977.

PREPAREM-SE começou a chover. **O Paraná**, Cascavel, 21 nov. 1976.

PROBLEMA social é dramático. **O Paraná**, Cascavel, 10 ago. 1979.

QUANTAS vezes por dia você pensa em saúde e bem estar social? **O Paraná**, Cascavel, p.12, 29 out. 1976.

REDE de Esgotos de Cascavel: tudo igual, quatro anos depois. **O Paraná**, Cascavel, p.7, 27 jul.1976.

SALÁRIO família: só após vacinar filhos. **O Paraná**, Cascavel, p.6, 17 set. 1977.

SANEPAR diz que não tem culpa. **O Paraná**, Cascavel, p.1, 5 dez. 1976.

SARAMPO um dos maiores causadores de óbitos em crianças. **O Paraná**, Cascavel, p.5, 5 set. 1978.

SAÚDE: cursos cuidam de gestantes e recém-nascidos. **O Paraná**, Cascavel, p.5, 14 abr. 1977.

SAÚDE de todo povo paranaense é meta prioritária do Governo. **O Paraná**, Cascavel, p.2, 10 maio 1976.

SAÚDE do Município vai bem, diz Renato. **O Paraná**, Cascavel, p.2, 23 abr. 1977.

SAÚDE e Bem estar presta contas. **O Paraná**, Cascavel, p.5, 5 abr. 1977.

SAÚDE para a população. **O Paraná**, Cascavel, p.5. 17 nov. 1977.

SAÚDE: preocupação de todos nós. **O Paraná**, Cascavel, p.4, 21 jul. 1976.

SAÚDE promove dois novos cursos em Cascavel. **O Paraná**, Cascavel, p.5, 5 abr. 1977.

SAÚDE: um povo com saúde vive e trabalha melhor. No Paraná, a saúde em perfeito estado **O Paraná**, Cascavel, p.10, 4 maio 1977.

SEMPRE que aparece uma nova empresa se instalando no Paraná, não pense que você não tem nada com isso. **O Paraná**, Cascavel, p.3, 19 set. 1976.

SFAIR, Emir. Informe especial. **O Paraná**, Cascavel, p.2, 30 out. 1976.

SOS: solução para os problemas sociais. **O Paraná**, Cascavel, p.2, 15 maio 1977.

SOUZA Aguiar e Busato na reunião da AMOP. **O Paraná**, Cascavel, p.3, 30 abr. 1977.

VACINA, eficiente terapia preventiva. **O Paraná**, Cascavel, p.11, 25 jun. 1977.

VACINA não é problema no Posto de Saúde em Cascavel. **O Paraná**, Cascavel, p.11, 19 jun. 1977.

VACINAS, prevenir para não remediar. **O Paraná**, Cascavel, p.3, 21 jul. 1977.

3. ENDEREÇOS ELETRÔNICOS

DO SANITARISMO À MUNICIPALIZAÇÃO. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/saude/area.cfm?id_area=126>. Acesso em: 20 mar. 2008.

MAGALHÃES FILHO, Francisco. Experiência de Planejamento Estadual: o Caso do Paraná. Disponível em: <<http://www.sepl.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=118>>. Acesso em: 04 fev. 2008.

SECRETARIA DE SAÚDE ALERTA SOBRE CUIDADOS PARA EVITAR MENINGITE. Secretaria de Saúde do Estado do Paraná –NOTÍCIAS. Disponível em: <<http://www.saude.pr.gov.br/modules/noticias/article.php?storyid=501>>. Acesso em: 09 abr. 2009.

SUS – Sistema Único de Saúde. Disponível em: <http://www.sespa.pa.gov.br/SUS/sus/sus_aspgerais.htm>. Acesso em: 19 jan. 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Disponível em: <<http://www.who.int/en/>>. Acesso em: 22 out. 2008.

4. BIBLIOGRAFIA

ABRANCHES, S. H. **Os despossuídos**: crescimento e pobreza no país do milagre. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1985.

BARBERO, Jesus, M. **Comunicación masiva y poder**. Caracas: Quito Ciespal, 1978.

BASTOS, W.C.A. **Educação em Saúde no Hospital**. Rio de Janeiro: Revista FSESP, 1980.

BAUMGARTNER, F.R.; JONES, B.D. Agendas and instability. **American Politics**, Chicago: University of Chicago Press, v.2, n.20 p.34-65, Jan. 1993.

BENCHIMOL, J.L. (Org.). **Febre amarela**: a doença e a vacina, uma história inacabada. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2001.

BERTOLOZI, M.R.; GRECO, R.M. As Políticas de Saúde no Brasil: reconstrução histórica e perspectivas atuais. **Rev. Esc. Enf.**, São Paulo: USP, v.30, n.3, p.380-398, dez. 1996.

BOBBIO, N.; MATTEUCCI, N.; PASQUINO, G. **Dicionário de Política**. 13.ed. Brasília, DF: Editora UNB, 2007.

BODSTEIN, Regina Cele de A. **Condições de Saúde e Prática Sanitária no Rio de Janeiro**: 1890-1934-1984. Dissertação (Mestrado em História) – Instituto de Ciências Humanas e Filosofia – Universidade Federal Fluminense. Niterói, 1984.

BOURDIEU, Pierre. **O Poder Simbólico**. 4.ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2001.

BRAGA, J.C. de S.; PAULA, S. G. de. **Saúde e Previdência**: estudos de política social. São Paulo: CEBES/HUCITEC, 1987.

BRANDÃO, Helena. H. Nagamine. **Introdução à análise do discurso**. 7.ed. Campinas: Editora da Unicamp, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia de Vigilância Epidemiológica**. Brasília, DF, 1998.

CANGUILHEM, G. **O Normal e o Patológico**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1990.

CAPELLA, Ana Cláudia. N. Perspectivas teóricas sobre o processo de formulação das Políticas Públicas. In: HOCHMAN, Gilberto et al. (Org.). **Políticas Públicas no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007. p.87-124.

CHALHOUB, Sidney. **Cidade Febril**: cortiços e epidemias na Corte Imperial. São Paulo: Companhia das Letras, 1996.

_____. **Trabalho, lar e botequim**. São Paulo: Editora Unicamp, 2001.

CENSO. **1970**: realidade de hoje perspectivas do amanhã. Fundação IBGE, Instituto Brasileiro de Estatística, Departamento de Censos, 1970.

COELHO, Marcelo. Fatos, argumentos, versões: a política da notícia. In: NOVAES, Adauto (Org.). **O esquecimento da política**. São Paulo: Editora Agir, 2007. p.343-400.

COHN, A. Mudanças econômicas e políticas de saúde no Brasil. In: LAURELL, A. C. (Org.). **Estado e políticas sociais no neoliberalismo**. São Paulo, Cortez, 1995. p.102-169.

COVRE, Maria de Lourdes Manzini. **A fala dos homens**: análise do pensamento tecnocrático, 1964-1981. São Paulo: Brasiliense, 1983.

CYNAMON, Szachna, E. Saneamento: subsídios para um instrumental e análise. **Revista da Fundação**, Rio de Janeiro: SESP, n.2, v.6, p.12-32, jun. 1977.

COSTA, Nilson do Rosário; RAMO, Célia Leitão; MINAYO, Maria C. S.; STOTZ, Eduardo N. (Org.). **Demandas populares, políticas públicas e saúde**. Rio de Janeiro: Vozes, 1989.

DONNÂNGELO, Maria Cecília. F. **Saúde e Sociedade**. São Paulo: Duas Cidades, 1976.

DUARTE, C.R. A Lei Falcão no projeto de abertura. **Boletim Intercom**, n.39, p.3-5. set./out. 1982.

SCOREL, S. **Reviravolta na saúde**: origem e articulação do movimento sanitário. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1998.

FALCON, Francisco. História e Poder. In: CARDOSO, Ciro F.; VAINFAS, Ronaldo (Org.). **Domínios da História**: ensaios de teoria e metodologia. Rio de Janeiro: Campus, 1997. p.67-98.

FERNANDES JÚNIOR, Lindolfo Ribeiro. **A Secretaria da Saúde e do Bem-Estar Social do Paraná**: suas origens e sua evolução no período de 1853-1983. Curitiba: BIREME, 1987.

FOUCAULT, Michel. **Vigiar e Punir**: história da violência nas prisões. 5.ed. Petrópolis: Vozes, 1987.

_____. **Microfísica do poder**. 2.ed. Rio de Janeiro, Graal, 1981.

_____. **Em defesa da sociedade**: curso no Collège de France (1975-1976). São Paulo: Martins Fontes, 1999.

_____. A ética do cuidado de si como prática de liberdade. In: MOTTA, M. B. (ed.). **Ética, sexualidade, política**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004. p.264-287.

_____. **História da sexualidade**: a vontade de saber. Rio de Janeiro: Graal, 2001.

GASPARI, Elio. **A ditadura envergonhada**. São Paulo: Companhia das Letras, 2002.

GOMES, Angela de C. Política: História, Ciência e Cultura. **Estudos Históricos**, Rio de Janeiro, v.9, n.17, p.1-256, 1996.

HAMILTON, W.; AZEVEDO, N. Um estranho no ninho: memórias de um ex-presidente da Fiocruz. **Revista História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro: Scielo, mar./jun. 2001 [periódico na internet]. Cerca de 38 páginas. Está disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php?script=ciarttext&pid=S010459702001000200011>>. Acesso em: 03 abr. 2008.

HARDT, M.; NEGRI, A. **Império**. Tradução de Berilo Vargas. Rio de Janeiro: Record, 2001.

HIPÓCRATES. Aires, Aguas y Lugares. El Desafio de la Epidemiologia - problemas y lecturas seleccionadas. **Pub. Cient.**, Washington: D.C., OMS/OPS, n.505, p.18-19, 1988.

HOCHMAN, G.; ARRETCHE, M.; MARQUES, E. **Políticas Públicas no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

HOCHMAN, G.; ARMUS, D. (Org.). **Cuidar, Controlar, Curar**: ensaios históricos sobre saúde e doença na América Latina e Caribe. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004.

HOCHMAN, G.; LIMA, N. T. Pouca saúde e muita saúde: sanitarismo, interpretações do país e ciências sociais. In: HOCHMAN, Gilberto; Armus, Diego (Org.). **Cuidar, Controlar, Curar**: ensaios históricos sobre saúde e doença na América Latina e Caribe. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004. p.493-534.

JULLIARD, Jacques. A política. In: LE GOFF, Jacques; NORA, Pierre (Org.). **História**: novas abordagens. 3.ed. São Paulo: Francisco Alves, 1974. p.88-100.

LUZ, Madel Therezinha. **As instituições médicas no Brasil**. Rio de Janeiro: Graal, 1986.

MACHADO, Roberto. **Ciência e saber**: a trajetória da arqueologia de Foucault. Rio de Janeiro: Graal, 1981.

MELO, José Marques. **A opinião no jornalismo brasileiro**. Petrópolis: Vozes, 1985.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Saúde e doença como expressão cultural. In: AMÂNCIO FILHO, A.; MOREIRA, Maria C.G.B. (Org.). **Saúde, Trabalho e Formação Profissional**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997. p.44-66.

NASCIMENTO, Luiz Miguel. **Olhar cotidiano sobre a política**: a eleição presidencial de 1989 e a eleição municipal de 2000 em Maringá. 2003. Tese (Doutorado em História) – PUC, São Paulo, 2003.

O'DONNELLI G. Tensões no Estado autoritário-burocrático e a questão da democracia. In: COLLIER D. **O novo autoritarismo na América Latina**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1982. p.23-34.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (Organização Mundial da Saúde – OPAS/OMS). **Plan Decenal para las Américas**. Informe final de la III Reunión especial de Ministros de Salud de las Américas. Chile, 2-9 out. 1972. Doc. Oficial n.118. Enero de 1973.

PAIM, Jairnilson Silva. **Desafios para a saúde coletiva no século XXI**. Salvador: EDUFBA, 2006.

PITTA, A.M. da R. Interrogando os Campos da Saúde e da Comunicação: notas para o debate. In: _____ . (Org.). **Saúde & Comunicação**: visibilidades e silêncios. São Paulo: Hucitec/Abrasco, 1995. p.239-266.

RÉMOND, René. **Por uma história política**. 2.ed. Tradução de Dora Rocha. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2003.

REZENDE, Ana Lúcia Magela. **Saúde**: dialética do pensar e do fazer. São Paulo: Cortez, 1989.

REZENDE, F.C. **Por que falham as Reformas administrativas?** Rio de Janeiro. Ed. FGV, 2004.

RISTOW, Márcia R. **Saber médico e populações nas práticas de saúde pública no Paraná, nas décadas de 1930 e 1940**. 2001. Dissertação (Mestrado em História) – Universidade Federal Fluminense, Marechal Candido Rondon, 2001.

RONCÁGLIO, C.N.M; MARTINS, M.A.B. Apontamentos para uma história da saúde: as fontes documentais do Paraná. **Revista História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro: Scielo, v.8, p.223-235, maio/jun. 2001.

ROSEN, George. **Da polícia médica à medicina social**. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

ROSSI, S. S. **A constituição do sistema de saúde no Brasil**. São Paulo: FGV, 1980.

SABROZA, Paulo. C. Prefácio. In: COSTA, D.C. (Org.). **Epidemiologia**: teoria e objeto. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 1990. p.7-10.

SOUZA, Celina. Estado da arte da pesquisa em Políticas Públicas. In: HOCHMAN, Gilberto et al. (Org.). **Políticas Públicas no Brasil**. Rio de Janeiro, Fiocruz, 2007. p.65-86.

SPERANÇA, Alceu A. **Cascavel**: a História. Curitiba: Lagarto, 1982.

TEIXEIRA, S.M.F. Política de saúde na transição conservadora. **Rev. Saúde Debate**, Rio de Janeiro n.26, p.42-43, 1989.

TEMPORÃO, José Gomes. O Programa Nacional de Imunizações (PNI): origens e desenvolvimento. **História, Ciência e Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro: Scielo, v.10, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 21 nov. 2007.

URBACH, Sully. Medicina e Patologia. In: MORAES, João F. R. (Org.). **Construção Social da enfermidade**. Rio de Janeiro: Cortez & Moraes, 1978. p.300-309.

VERSCHUER, O. **Etat et santé**. Paris: Cahiers de l'Institut allemand, 1942.

WEBER, Max. **Parlamentarismo e governo numa Alemanha reconstruída**. Tradução de M. Tragtemberg. São Paulo: Abril, 1987 (Coleção Os Pensadores).

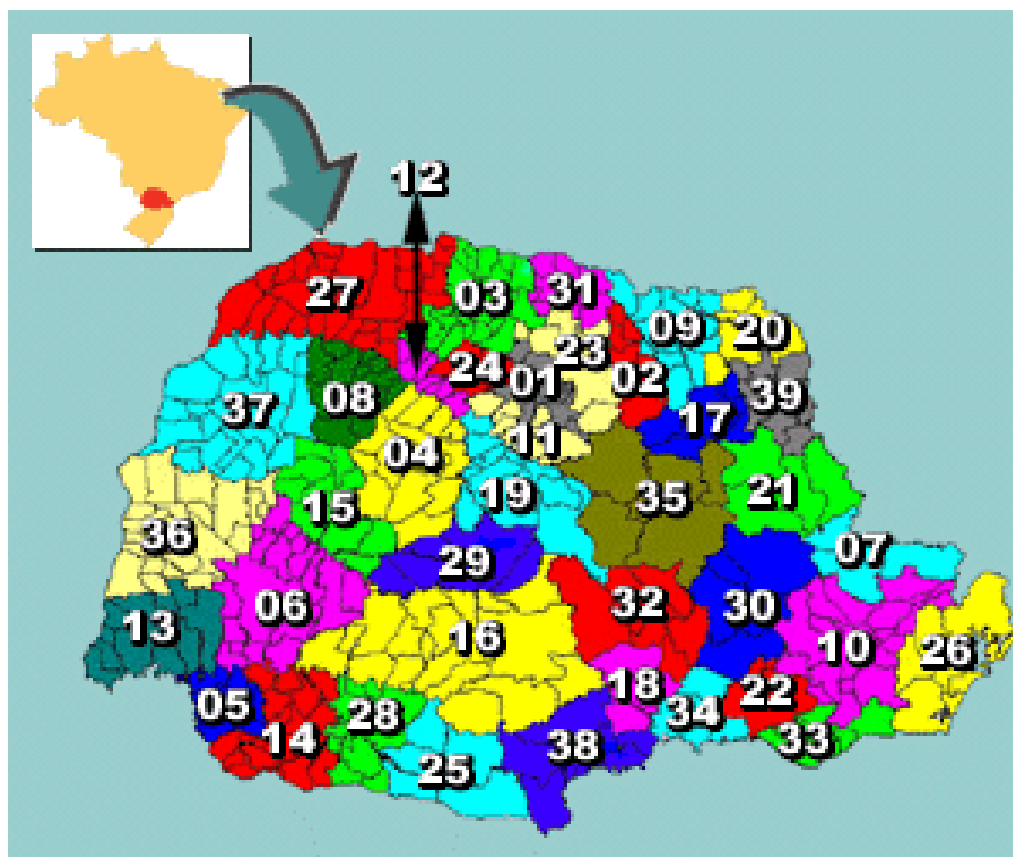
ANEXOS

ANEXO A EVOLUÇÃO DA POPULAÇÃO: MUNICÍPIO DE CASCAVEL

ANO	URBANO	RURAL	TOTAL
1960	5.274	34.324	39.598
1970	34.961	54.960	89.921
1980	123.698	39.761	163.459
1990	177.766	15.224	192.990
2000	228.673	16.696	245.369
*2003			261.505

Fonte: IBGE (2004).

ANEXO B LOCALIZAÇÃO DA 6ª MICRO REGIÃO NO ESTADO DO PARANÁ
ONDE SE LOCALIZA CASCAVEL



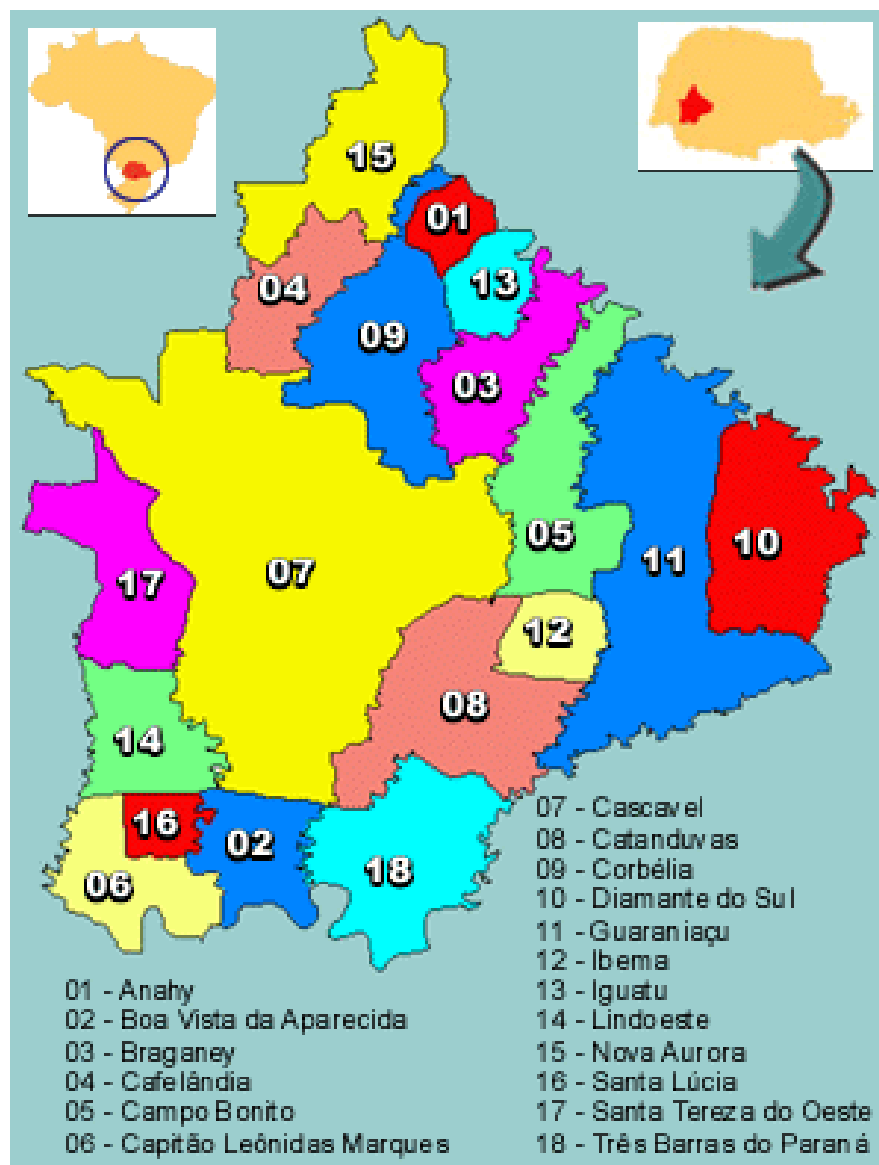
Fonte: www.citybrazil.com.br/pr/index.htm

ANEXO C LOCALIZAÇÃO DO BRASIL NA AMÉRICA DO SUL E DO ESTADO DO PARANÁ NO BRASIL



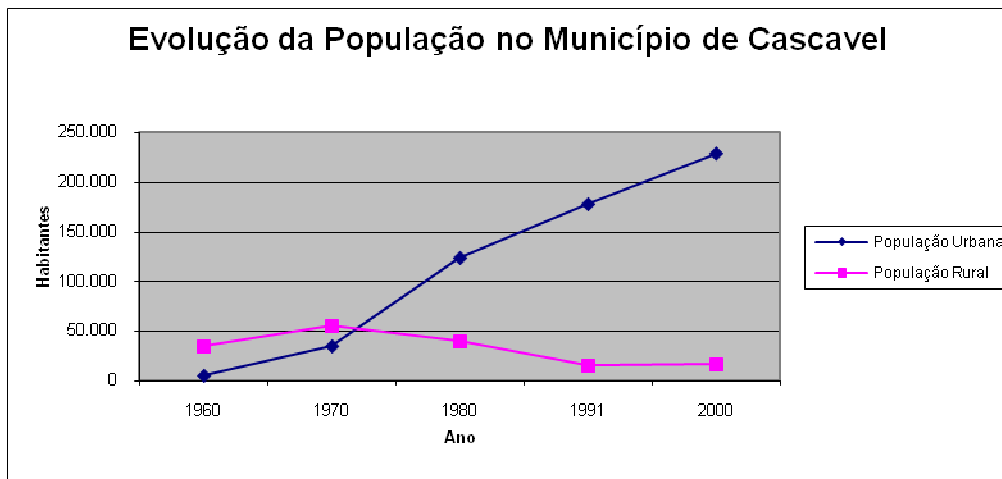
Fonte: www.citybrazil.com.br/index.php

ANEXO D LOCALIZAÇÃO DE CASCAVEL NA 6ª MICRO REGIÃO DO ESTADO E SEUS LIMITES COM MUNICÍPIOS VIZINHOS



Fonte: www.citybrazil.com.br/pr/regioes/cascavel/

ANEXO E EVOLUÇÃO DA POPULAÇÃO NO MUNICÍPIO DE CASCAVEL



Fonte: IBGE (2004).