

# REVISTA DO ENSINO

SECRETARIA DA EDUCAÇÃO

## SUMÁRIO

REDAÇÃO: — *Secção do Instituto de Educação, noticiário.*  
— *Contribuição do Instituto de Educação: Alguns aspectos da luta contra a Mortalidade Infantil, Tese do dr. Delorme Neves de Carvalho.* — COLABORAÇÃO: — *Fatores do escasso rendimento do ensino da Língua Pátria, Alaide Lisbôa de Oliveira.* — PÁGINA INFANTIL: — *O João de barro, Plínio Mota.*

## Secção do Instituto de Educação

*O Instituto de Educação inicia neste número a cooperação que se fazia necessária a esta Revista, como órgão da escola mineira, para que a sua função tenha a amplitude, a intensidade e a eficiência que efetivamente animam e vitalizam.*

*Campo por excelência de observações e de experiências e também das nobres aspirações daqueles que souberam fazer do ensino e da educação um dever e um ideal, o empenho de bem servir ao Brasil do ângulo em que mais êle precisa de serviços prestados com dedicação, esmero e honestidade, serviços que se resumem e sublimem no preparo completo do individuo para compreender e amar a Pátria acima de si mesmo e do seu grupo, de nenhuma outra procedência poderiam esperar os que vivem na escola e para a escola auxilios mais preciosos e mais objetivos, de maior oportunidade e valia.*

*Sob a direção do professor Emanuel Brandão Fontes, capacidade caldeada no contacto das realidades do currículo escolar e ao assédio das suas múltiplas necessidades; reduto de destacados depositários do pensamento pedagógico contemporâneo, no que êle tem de mais alto e mais evolutivo, constituindo um corpo de Mestres de competência indiscutível, o Instituto de Educação tem a seu cargo o labôr de mais transcendente significação na vida espiritual de Minas: justamente formar e informar aqueles que exercerão o papel, na continuidade da existência social, de condutores do saber, de transmissores de normas de conduta adequada, de pregadores de atitudes morais. Por isso mesmo, tem valor todo especial*

a colaboração que doravante prestará o Instituto de Educação aos encarregados da tarefa ingente de fazer ensino e realizar e aprimorar educação.

Inicia o Instituto de Educação o prometido enriquecimento das páginas da Revista do Ensino prestando uma expressiva homenagem à memória de um dos maiores pediatras mineiros, o Dr. Delorme Neves de Carvalho, com a divulgação da Tese com que pretendia apresentar-se a concurso para provimento da cadeira de Higiene, Puericultura e Educação Sanitária do estabelecimento, e que não chegou a defender por ter sido colhido pela morte antes da prova.

O assunto é de palpitante atualidade e o trabalho do saudoso clínico, mesmo levando-se em conta o muito que já realizou o poder público em Minas e no Brasil em prol da criança, contém revelações impressionantes e encerra ensinamentos os mais proveitosos aos que se empenham na solução do magno problema que é a preservação do cabedal humano necessário ao complemento da unidade nacional.

## ALGUNS ASPECTOS DA LUTA CONTRA A MORTALIDADE INFANTIL

Tese de Concurso para Catedrático da Cadeira de  
Higiene, Puericultura e Educação Sanitária do Instituto  
de Educação de Minas Gerais — Belo Horizonte, 1948

*Dr. Delorme Neves de Carvalho*

## PREFÁCIO

*A escolha do tema de nossa tese ficou subordinada ao desejo de elaborar um trabalho de Puericultura estreitamente ligado ao plano educacional.*

*A luta contra a mortalidade infantil mereceu nossa preferência não só por atender àquele intuito, como porque nos permitirá rever o importante problema da mortalidade infantil, entre nós, e suas principais causas, assim como insistir nas principais providências para se reduzi-la.*

*Nossa tese nada apresenta de novo, pois estes problemas já são assás conhecidos dos doutos. Ela pretende só o merito da revisão da matéria, da insistência sobre tópicos conhecidos, mas não praticados amplamente em nosso meio e sobre alguns dos quais o Autor possui uma modesta experiência.*

Belo Horizonte, Setembro de 1948.

DELORME DE CARVALHO

## Alguns aspectos da luta contra a mortalidade infantil

— I —

### Mortalidade infantil — Importância e gravidade do problema (Cifras e coeficientes)

Numerosos e complexos são os problemas da proteção à infância no Brasil que estão a exigir atenção dos particulares e governantes, principalmente nessa hora conturbada que o mundo está vivendo. De todos, porém, parece-nos que a mortalidade infantil é o que reclama solução mais pronta e inadiável. Pois o mínimo que se deve proporcionar à criança é o direito de ser bem nascida e de viver o primeiro ano de vida...

A vastidão do território nacional, o atraso do país, a pobreza cruciante do povo, a notória carência de recursos financeiros com que lutam os governos para atender a realizações de que sózinhos não podem cuidar, agravam a situação da infância no Brasil e cruzam os braços de muita gente. Além disso, o analfabetismo em que vive a grande maioria do povo, o semi-analfabetismo de alguns setores da classe média e a lentidão com que se formam as elites esclarecidas dificultam, ainda mais, o combate à mortalidade infantil. Não há muito, — e a propósito da insuficiência do ensino de puericultura tão necessário à luta — dizia o professor Martagão Gesteira, da Universidade do Brasil: "Até 1937 saíam da própria Faculdade de Medicina do Rio, gerações e gerações de médicos absolutamente inscientes dos princípios mais rudimentares da puericultura social e de todo em todo desconhecedores da sua transcendente importância, por isto mesmo alheios dos grandes problemas que ela envolve e incapazes de participarem do esforço pela sua solução."

E isto basta para caracterizar uma triste situação...

Para fazermos uma análise mais cuidadosa de um problema cuja gravidade tem passado despercebida de muitas autoridades, lembramos o conceito de mortalidade infantil, expressão que designa o número de óbitos verificados no primeiro ano de vida (0-1 ano) e acentuamos que ela não é sinônimo de mortandade infantil, expressão que indica o obituário de toda a infância (0-15 anos).

Em todos os países a mortalidade de crianças de tenra idade é muito grande. É clássica a êsse respeito a assertiva de Bergeron: "A criança que acaba de nascer tem menor probabilidade de viver uma semana do que um velho de 90 anos". E a mortalidade do primeiro ano de vida supera a de todos os outros da infância. E a do primeiro mês ultrapassa a dos outros meses do primeiro ano e, dentro do primeiro mês, avulta a mortalidade da primeira semana. A mortalidade dos prematuros é seis vêzes mais alta do que a dos nascidos a termo; e três quartos das crianças que fazem no primeiro mês de vida são débeis congênitos.

\*

As cifras no Brasil são assustadoras: falecem, em um ano, no país, cerca de 300.000 crianças, só no primeiro ano de vida (e sem contar a tremenda nati-mortalidade), fenómeno que vem se repetindo anualmente... e inexoravelmente... (Anexo 1). Em São Paulo, de 1928-32, a mortalidade infantil alcançou 1/3 da total, ou seja, num grupo de 10 mortes, 3 eram de crianças no primeiro ano de vida! Exemplos como êste, poderiam ser reproduzidos talvez com côres mais negras, de outras cidades do Brasil.

Mas não só a mortalidade infantil alcança níveis elevadíssimos entre nós. A mortandade de crianças é uma avalanche. A extensão do mal foi expressa de maneira significativa por um grande técnico brasileiro: "Morre uma criança em cada 42 segundos, 85 por hora; 2.040 por dia; numa cifra de vítimas que abarrotariam um cemitério de 20 léguas quadradas com estritamente um metro quadrado para cada vítima, ou sejam, oito fileiras de sepulturas, separadas apenas por um metro, ao longo dos 42 quilômetros que distanciam Copacabana de Petropolis." (Clovis Corrêa da Costa).

\*

A predominância da morte da criança no primeiro ano de vida em relação aos demais períodos da infância, fenómeno universalmente observado, levou os higienistas a escolherem as cifras dos óbitos verificados nos doze primeiros meses de vida como índice a caracterizar a boa ou má situação de um determinado lugar em relação à proteção à infância.

E a mortalidade infantil passou a ser representada por coeficientes baseados no número de crianças mortas no primeiro ano de vida, em cada mil nascidas vivas. Esses coeficientes são assim classificados:

- a) — *mortalidade infantil fraca* — coeficiente inferior a 50 por 1.000;
- b) — *mortalidade infantil moderada* — coeficiente entre 50 e 70 por 1.000;
- c) — *mortalidade infantil forte* — coeficiente entre 70 e 100 por 1.000;
- d) — *mortalidade infantil muito forte* — coeficiente superior a 100 por 1.000.

Entre nós, como assinala Barros Barreto, é bem séria a situação: "inscrevemo-nos praticamente no final da escala da classificação dos coeficientes com uma mortalidade infantil, quase por toda parte, e sempre, muito forte".

É o que nos mostram os coeficientes das capitais brasileiras colhidos no Departamento Nacional de Saúde (Anexo 2) e os de algumas cidades mineiras, colhidos no Serviço de Demografia Sanitária da Secretaria de Saúde e Assistência do Estado de Minas (Anexo 3), que transcrevemos para uma análise objetiva do assunto. Eles nos revelam uma situação bem triste e assustadora, apesar dos erros freqüentes, entre nós, nas estatísticas desse gênero, sobretudo pelas deficiências do registro civil.

Em tôdas as Capitais o mesmo fenômeno: mortalidade muito forte e mais ou menos estável. As melhoras de um determinado ano, sucedem-se as piores nos coeficientes dos anos seguintes. Que contraste com o estrangeiro! Chicago, por exemplo, que tinha um coeficiente de 125 por mil em 1915, reduziu-o a 28 por mil em 1942! E não são poucas as cidades que, há anos, tinham a mesma mortalidade infantil que o Rio de Janeiro e que hoje dêle destoam frizantemente. Os coeficientes do Rio de Janeiro e Nova Iorque, eram de quase 200, por volta de 1900. Mas enquanto Nova Iorque, em 1910, reduzia o seu a 125 e o tinha de 85 em 1920, de 56 em 1930 e de 44 em 1937, o do Rio, no mesmo período, oscilava entre 160 e 200, nunca tendo vindo aquém de 151 (B. Barreto).

Mais perto de nós, Buenos Aires, há já algumas décadas, desfruta de coeficiente abaixo de 100 e em 1943 reduzia-o a quase 50!

A mortalidade infantil no Brasil é, como vemos, um ultrage aos nossos foros de país civilizado e culto, sobretudo considerando que já foi escrito em documento oficial, não há muito, pelo mais alto magistrado da Nação que os coeficientes da Capital brasileira são comparáveis aos das grandes cidades tropicais da Ásia e da

África e que no resto do país as cifras são desoladoras (V. Anexos 2, 3 e 4).

Se, como se diz, o grau de civilização de um povo pode ser medido pelos coeficientes de mortalidade infantil que apresenta e se é verdadeiro o conceito do sanitarista americano Smith de que todo país com uma mortalidade infantil superior a 100 mil estaria em situação vergonhosa quanto à sua organização sanitária; e, se, finalmente, considerarmos os prejuízos que advêm para nossa pátria da morte de tantas vidas em flor, então concluiremos que não há problema nacional mais momentoso do que o da proteção à infância.

Não podemos manter-nos indiferentes a esta calamidade e precisamos, todos os brasileiros, cerrar fileiras no combate à mortalidade infantil que Paulo Strauss afirmou ser "o maior desastre, a vergonha suprema de uma civilização superior".

Mas não será tudo. Precisamos combater também a mortandade infantil. E evitar a onda de sub-nutridos, de doentes e infelizes que sobrevivem mas vão encher, mais tarde, os leitos dos hospitais e engrossar a lista dos incapazes para o serviço militar.

Não faz muito tempo o Boletim do Departamento Nacional da Criança publicou que 50 por cento dos brasileiros chamados ao serviço militar foram recusados. E é claro que a falta de cuidados e a má alimentação na infância contribuíram em grande escala para esse estado de coisas. Até quando será o Brasil um "vas-to hospital"?!...

\*

Depois de exposta a gravidade da mortalidade infantil, como consequência devemos salientar os benefícios que sem dúvida adviriam da sua diminuição efetiva, pois a alta natalidade (que aliás é duvidosa no Brasil, pois, segundo o senador e professor Hamilton Nogueira, há crise de natalidade no país), não tem sentido diante da alta mortalidade.

Entre tais benefícios podemos enumerar, sem contar o lado humano, o fortalecimento da nacionalidade e as razões de ordem econômica. Vozes já se têm levantado contra o fato de imigrantes serem muito melhor tratados e amparados do que os brasileiros. E a esse propósito seria curioso citar o cálculo que fez Afrânio Peixoto, já há muito tempo, do valor de uma vida humana brasileira: Cr\$ 9.000,00. Ora, aceitando o outro cálculo de que morrem 2.040 crianças por dia (\$21 no primeiro ano de vida) teremos um prejuízo para o país anualmente de Cr\$ 6.701.400.000,00, resultante da mortandade infantil (ou Cr\$ 2.700.000.000,00, só da mortalidade infantil)!!...

É evidente que não podemos continuar numa situação destas e que precisamos mobilizar o povo e os homens do governo numa cruzada de educação, criando para isso uma mentalidade de amparo à maternidade e à infância e uma viva consciência social desses problemas.

— II —

### CAUSAS DA MORTALIDADE INFANTIL

São inúmeras as causas da mortalidade infantil, podendo obedecer à seguinte classificação:

- I — Diretas, determinantes ou médicas — são as doenças.
- II — Indiretas ou favorecedoras, que incluem os fatores geográficos, étnicos, meteorológicos, e climáticos, higiênicos e econômico-sociais.

#### CAUSAS DIRETAS

As causas diretas (Anexos 5 e 6) foram condensadas por Mouriquand em três perigos:

- a) congênito;
  - b) alimentar;
  - c) infeccioso.
- a) — O perigo congênito — que inclui causas pré-natais, natais e neonatais é o principal responsável pela mortandade néonatal, isto é, dos trinta primeiros dias de vida. Sendo o mais irredutível dos fatores, suas cifras são pouco susceptíveis de variação.

\*

b) — O perigo alimentar tem imensa importância. É representado pelas doenças "gastro-entero-tróficas" (Gesteira), vulgarmente chamadas "doenças dos intestinos", — "diarréia e enterite" — dominando de modo avassalador as estatísticas de mortalidade infantil, pois alcançam 1/4, 1/3 e às vezes metade, ou mais, em relação às outras causas (Gesteira). Em Juiz de Fora, por exemplo, das 396 crianças falecidas no primeiro ano de vida, em 1934, 219 foram vítimas de "diarréia" e "enterite" (Anexos 5 e 6). Quer dizer, quase 56%! Este exemplo de Juiz de Fora, repete-se anualmente em todas as cidades, vilas e arraiais do Brasil, com pequenas variações, isto é, cerca de 40-50% dos óbitos de crianças se devem às "moléstias dos intestinos", como na Capital da República, onde a porcentagem foi de 40.7% no quinquênio 1935-39. Es-

tamos em presença do perigo mais fácil de combater. É, de todos os grupos de causas, o que primeiro e mais acentadamente se reduz, quando baixa a mortalidade infantil (Gesteira). A privação do seio materno, a falta de assistência materna à criança, a alimentação artificial errada ou insuficiente, o trabalho fora do lar, a miséria e a ignorância (sobretudo de puericultura) são os grandes fatores da "diarréia" e "enterite".

Todas as estatísticas mostram que a mortalidade das crianças amamentadas ao seio é quatro e seis vezes menor do que a das alimentadas artificialmente. E é sabido que quanto mais difundido é o hábito do aleitamento ao seio, num determinado país, menor é sua mortalidade infantil, como acontece na Suécia e Noruega.

A primeira grande guerra ofereceu interessante exemplo do alto valor da amamentação ao seio, pois quando a cidade de Lille, de 1914-1918, foi ocupada pelos alemães, apesar das condições sanitárias deploráveis, apesar de uma mortalidade geral muito grande, a mortalidade infantil foi, ali, menor, mais fraca do que antes da guerra.

É que não havia leite de vaca e as mães tiveram de amamentar seus filhos; fechadas as fábricas, suprimidos seus serviços, elas puderam fazê-lo; elas foram obrigadas a isso, porque não tinham outros alimentos a lhes dar. Os resultados foram inesperados e elas foram boas nutrizas na proporção de 90%! (Lereboullet).

Com o professor Morquio, todos que se ocupam das crianças reconhecem que, "a criança amamentada ao seio raramente adoece e excepcionalmente morre". Ora, a privação do seio materno, se, por vezes, é consequência de obstáculos fisiológicos ou sociais respeitáveis, freqüentemente é fruto da ignorância das mães, que não conhecem o risco que correm seus filhos, fora do regime alimentar natural. Por isto, para a proteção à infância é preciso, antes de tudo, "fazer voltar à moda esse belo e grande dever". Para isto, porém, de nada valerão as leis tornando obrigatória a amamentação natural e as proclamações da obrigação moral de amamentar, nem serão compreendidas as leis atuais de assistência visando proteger a amamentação ao seio. Só a persuasão da mulher, sua instrução e educação de puericultura, mostrando-lhe que seu dever e interesse, como o interesse de seu filho, são que ela o amamente — podem conseguir que as mães consintam em aleitar (Lereboullet).

\*

c) — O perigo infeccioso (sarampo, coqueluche, difteria, tuberculose, influenza, pneumonias, disenterias, sífilis, etc) é, sem dúvida muito importante. Entretanto, mesmo descontadas as cau-

sas de erros (diagnósticos, etc.), as estatísticas mostram que eles não são tanto de temer quanto julgam os leigos. Observemos, por exemplo, as causas de mortes de 396 crianças falecidas no primeiro ano de vida, em 1934, na cidade de Juiz de Fora, (Anexo 5) e veremos o perigo alimentar se distanciar muito do infeccioso (V. também Anexo 6). Aliás, convém observar que muitas crianças morrem mais facilmente de "infecção", em virtude de terem o "terreno" (organismo) bem preparado por uma má alimentação.

### CAUSAS INDIRETAS

As causas indiretas ou favorecedoras são de importância considerável, delas dependendo, em grande parte, as outras causas. Dizer que as moléstias matam é um engano (sic), afirma o professor Pedro de Alcântara, de São Paulo, ou pelo menos um aspecto muito parcial da verdade... Elas são simples "carrascos" (sic) que executam a vilima, cuja sentença foi lavrada por um "tribunal superior", onde os "juizes" (sic) são representados pelas causas predisponentes.

Com efeito, o "nível de civilização" e o "tipo de civilização" (superfatores de Alcântara), assim como principalmente os fatores higiênicos e econômico-sociais são causas importantíssimas da mortalidade infantil.

Entre os fatores higiênicos, há a alimentação, já suficientemente abordada, e as condições de habitação, em que influem sobremaneira a ventilação e o arejamento, o desasseio e a deficiência de luz solar, o tamanho dos aposentos a existência ou não de banheiro, de água canalizada, o tamanho da casa, a obrigação, tão freqüente no Brasil, de ficar, toda a família em um só aposento, etc.

Acentuam-se, ainda, os cuidados a serem dispensados à criança, tanto os pré-natais como os pós-natais, incluindo-se, dentre os últimos, não só os relativos à alimentação, ao vestuário, ao asseio, à profilaxia, como os de ordem afetiva e carinhosa. Todos têm uma influência inegável na redução do obituario infantil; por isso a falta de tais cuidados alinha-se entre os fatores relevantes da mortalidade infantil.

Poderíamos citar estatísticas incontáveis e expressivas do que vimos afirmando. Contentamo-nos, porém, em apresentar os seguintes quadros referentes às casas e aposentos:

*Estatística de Groth*, em Munique: Casas ótimas, mortalidade de 3%; casas más, mortalidade de 26%; casas com família toda num só aposento, mortalidade 81%.

*Estatística de Baker*, nos Estados Unidos: Casas com banheiro, mortalidade de 72,6%; casas sem banheiro, mortalidade de

164,8%; casas com água canalizada, mortalidade de 117,6%; casas sem água canalizada, mortalidade de 197,9%.

Passando para as causas econômico-sociais, devemos atentar para: a) — ilegitimidade; b) — alcoolismo; c) — profissão dos pais; d) — pobreza; e) — ignorância.

\*

a — Em todos os países se observam coeficientes muito elevados entre as crianças ilegítimas. Por exemplo, em mil crianças morreram, na Alemanha, 188 legítimas e 320 ilegítimas e, na França, 129 legítimas e 240 ilegítimas.

\*

b — Em muitos casos o alcoolismo dos pais acarreta o mesmo males que a pobreza. São sempre mais altas as cifras do obituario infantil nas regiões onde ele é mais espalhado.

\*

c — A profissão dos pais naturalmente tem grande influência, pois as diferenças de ordenado são fonte de maior ou menor miséria. Temos, além disso — e cada vez mais freqüentes, — casos em que a mulher é forçada a trabalhar fora do lar, privando o filho dos cuidados e do leite materno. Assim, concluímos que a pobreza exerce das mais notáveis influências, pois é claro que, quanto mais baixo for o nível econômico e cultural da família, mais alta será a mortalidade infantil. A este respeito existem dados significativos, como estes do americano Praunitz:

### MORTALIDADE INFANTIL

Famílias ricas . . . . .	0%
Famílias remediadas . . . . .	4%
Famílias pobres . . . . .	36%
Famílias miseráveis . . . . .	60%

ou o seguinte, feito por Stuart na Alemanha (referente a crianças de 0-4 anos).

### MORTALIDADE

Classe rica . . . . .	5,2 a 2,8%
Classe remediada . . . . .	9,4 a 5,2%
Classe média . . . . .	10,3 a 7,1%
Classe inferior . . . . .	11,8 a 7,1%



Portanto, não é mais necessário insistir muito neste ponto, a respeito do qual os números são por demais eloquentes. Basta transcrever as seguintes palavras do professor Martagão Gesteira, de cujos trabalhos colhemos algumas estatísticas aqui apontadas, para a criança que necessita de assistência vigilante e cuidadas desde o período pré-natal: "Nas classes inferiores da sociedade em nosso meio e nos consultórios de higiene infantil é fácil verificar o fato que salta à observação de quem por algum tempo lhes acompanha o serviço: a mortalidade infantil é sobretudo um problema de fome e de ignorância!"

E neste final toca o autor citado noutro ponto de situação indiscutível no problema que estamos estudando. Os coeficientes estão na ordem inversa dos recursos intelectuais. Estes, como os econômicos, dependem do nível social, do padrão de vida da família, dependendo deles, por sua vez, a mortalidade infantil. É geral o desconhecimento do valor e até da existência dos recursos da eugenia e da puericultura, bem como da importância e da necessidade dos cuidados pré-natais e da assistência doutra ao parto. A quase completa ignorância da higiene infantil, os erros dietéticos freqüentíssimos e os distúrbios da nutrição, agravando os perigos congêntos, alimentares e infecciosos, são os causadores de muitas mortes. Portanto, é a ignorância um fator importantíssimo da mortalidade infantil e contra ela são os técnicos unânimes em considerar que se devem concentrar os esforços da campanha que é necessário empreender. Não foi sem razão que Aroz Alfaro discutindo o tema: — "A importância da educação técnica das mães", escreveu: "Bem mais do que os defeitos da assistência, bem mais ainda, que a pobreza e mesmo que a miséria, — é a ignorância que causa malefícios muito graves ao lactente e à criança em geral".

#### AINDA A IGNORÂNCIA

Devemos insistir no papel da ignorância como causa da mortalidade infantil. De fato a luta contra o grande mal teve pela frente em todos os países, o embaraço mais grave e mais entristecedor: o desconhecimento pelas mães dos pontos mais rudimentares de puericultura. Já houve mesmo quem afirmasse: "As crianças não morrem. Mata-as a ignorância das mães!"

Infelizmente isso é o que se observa entre nós, onde campeia a mais crassa ignorância. Basta lembrar quanto erram as mães quando começam a alimentar seus filhos artificialmente. Pois se poucas são as mães, na própria burguesia educada, que tomam o cuidado de amamentar os filhos de relógio na mão ou que os pesam cada semana, mais raras ainda são as que (pobres ou ricas, analfabetas

ou letradas) conhecem as questões referentes à alimentação ou quaisquer outros problemas de puericultura por igual importantes.

É necessário salientar, porém, que tal ignorância é apenas um aspecto da "ignorância nacional", fruto normal do atraso do país, e que se observa:

a) "entre os analfabetos", aos quais injustamente se atribuem todos os males;

b) "nos lares", onde os pais não ensinam puericultura aos filhos (mesmo quando a sabem), facilitando, assim, a transmissão de gerações a gerações da ignorância, manifestada, além disso, em uma série de preconceitos e abusões;

c) "nas escolas primárias" — onde as professoras não se dão ao trabalho de ensiná-la, ou porque não consta dos programas, ou porque elas próprias a ignorem.

d) "nas escolas secundárias" — aí, apesar do grande número de moças que as frequentam, não se tem cogitado de ensinar puericultura. E é curioso notar que os responsáveis pela orientação do ensino se esqueceram completamente de introduzir a puericultura no currículo da escola secundária — onde existem condições tão favoráveis à sua divulgação quando resolveram incluí-la no currículo das Escolas Normais e Grupos Escolares;

e) "nas escolas profissionais" (faculdades de medicina, escolas normais, cursos de formação de professores, escolas de aperfeiçoamento, escolas domésticas, etc.) onde freqüentemente a puericultura é ensinada em programas parciais, deixando muito a desejar, ou apenas aos de outras disciplinas quando não é completamente esquecida. Aqui cabe lembrar mais uma vez a frase em que o prof. Martagão Gesteira, catedrático da Puericultura na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, chama a atenção, de maneira desalentadora, para o desleixo com que vinha sendo tratado no Brasil o problema da proteção à infância e à maternidade e para a incidência dos médicos em puericultura social;

f) "entre os homens de governo", na maior parte desconhecedores do assunto ou absolutamente alheios a ele. São poucas as autoridades que procuram dar a atenção devida a problemas fundamentais como o de que tratamos, ou que procuram cercar-se de técnicos desinteressados e capazes que possam oferecer uma orientação firme e inteligente.

Por conseguinte, torna-se evidente que o Estado é o maior responsável pela ignorância das mães em puericultura e do povo em higiene. Daí — em boa percentagem — a grande mortalidade infantil, pois o desconhecimento da puericultura e a falta de educação sanitária propiciam doenças de toda sorte, morte precoce, bem como a existência de verdadeiras legiões de tuberculosos e sífilíticos e a estarecedora quantidade de recusados (50%) entre os convocados

para o serviço militar. Além disso, é ainda mais doloroso acentuar que essa mesma falta impede o nosso povo de saber vestir-se, morar, alimentar-se, não cuidar de exames periódicos de saúde, nem praticar voluntariamente o exame pré-nupcial, etc.

Haverá maior tragédia do que a má alimentação do brasileiro? E não se pode dizer que ela se deva só à pobreza ou miséria, porque, se os pobres comem mal por "não terem" e "não saberm", as classes mais favorecidas só o fazem pelo segundo motivo. "As indigestões vingam nos ricos a fome dos pobres" — ouve-se com frequência.

A alimentação é um dos mais sérios problemas da nacionalidade, repitamos, obedecendo ao truismo.

É notório, em todos os círculos, o descaso dos políticos pelos problemas de saúde do povo, e particularmente de proteção à infância e à maternidade. De fato quase nada têm feito. Mas não o fazem por má vontade, pois são generosos e patriotas como qualquer brasileiro. E, acentuemos, por ignorância. Como poderão os governantes interessar-se vivamente pela saúde do povo, se não cuidam nem da sua própria, pois não aprenderam a dar-lhe o devido valor no lar, na escola primária ou superior? E se nem sabem dos recursos notáveis que a medicina preventiva atualmente oferece para a solução de inúmeros problemas? No curso secundário o ensino de higiene deveria ser rigoroso e completado no curso superior. Todos — não só os médicos — deveriam estudar higiene, sobretudo os que vão constituir a elite dirigente do país, e assim, compreender-se-ia melhor que "governar é dar saúde ao povo".

Devo deixar claro que uma boa parte do nosso atraso tem sido devido à má orientação do ensino médico que temos tido. Posso dizer do meu tempo na Faculdade de Medicina do Rio, reconhecendo, com melancolia, que as coisas melhoraram muito pouco depois que deixei os bancos acadêmicos. Se não, vejamos:

1. — O ensino de medicina preventiva era insuficientíssimo. Quase todos os médicos saímos das Faculdades com uma "mentalidade de terapeutas", só pensando em "curar", em "fundar hospitais", em "operar", enfim, com uma certa obsessão pela medicina curativa. A mentalidade preventiva não se desenvolvia entre os estudantes (cabe aqui, como sempre, desalentador contraste com os Estados Unidos, onde a Medicina Preventiva é estudada em dois anos do curso médico). Havia até um certo "desprêso" pelos colegas que se interessavam pela higiene, que pretendiam ser higienistas, — eram considerados "poetas", pois médico era o que "operava", tratava doenças, etc.

2. — Certas matérias fundamentais como a fisiologia e a puericultura, não eram estudadas; e isto é grave, pois todo médico deve conhecer um mínimo dessas matérias, visto como a tuberculose e a

mortalidade infantil são dois flagelos nacionais. Como poderemos nós, médicos, colaborar eficientemente na campanha para debelá-los, ou orientar acertadamente os administradores se desconhecermos êsse mínimo?

3. — Só agora transita pel Congresso um projeto de criação de cadeira de fisiologia nas Faculdades de Medicina. E, excetuada a Faculdade Nacional de Medicina da Universidade do Brasil que, a partir de 1937 conta com uma cadeira de "Pediatria" e com uma de "Puericultura", tôdas as Faculdades do Brasil só mantêm uma de "Pediatria e Puericultura". Aliás, já insistimos no que disse a respeito o prof. Martagão Gesteira. Na verdade o professor, nesse último caso, só ensina pediatria. Não há tempo para a puericultura. Ainda há pouco o professor de pediatria da Faculdade de Medicina da Universidade do Brasil, illustre co-estadano José Martinho da Rocha a afirmava à imprensa do Rio: "O problema (do combate à mortalidade infantil) oferece outros aspectos tais como o da profilaxia das infecções, pela vacinação sistemática; o do ensino de enfermagem, e, depois, o ensino da puericultura e da pediatria, que ultimamente vem sendo desleixado no Brasil, sabido como é, que todos os nossos pediatras são auto-didatas saem da escola com um curso deficiente sendo obrigados a aperfeiçoamento no estrangeiro pela precariedade do ensino da especialidade." ("O Jornal" — 17 de setembro de 1944).

4. — Os especialistas saem mal preparados acarretando um outro mal: não saem com uma mentalidade preventiva convenientemente preparada. Quando dirigem instituições ou consultórios, só têm a preocupação da clínica, do diagnóstico, da terapêutica, deixando-se absorver por essas preocupações, por certo muito nobres e necessárias, mas esquecendo-se da educação das mães, ou deixando-a em plano secundário, quer dizer, não agindo como educadores — e é isto que o pediatra e o puericultor modernos devem timbrar em ser, a fim de combater a ignorância das mães, que, como já provamos, desempenha papel de relêvo.

5. — Se os especialistas saem mal preparados, a quase totalidade dos médicos não estuda pediatria nem puericultura (deficiência de ensino, frequência livre, exames frouxos, etc.). E, como é reduzido o número de especialistas, os governos recrutam para os serviços públicos da criança cirurgiões, parteiros, clínicos que, por mais patriotismo que tenham, não poderão, sem preparo, bem servir-los.

Há mais: os interesses da criança ficam com poucos advogados, e por êles falam diretamente aos governantes os médicos não especializados que estão à frente dos serviços da criança.

Subordinados, por exemplo, os serviços da criança à Saúde Pública, quem deles cuida junto ao governo é o Diretor Geral desta

repartição — já sobrecarregado com pesados deveres administrativos e técnicos relacionados com os problemas gerais de saúde.

Não irrogo nenhuma calúnia quando declaro que os médicos não especializados não advogam os problemas da criança, nem se interessam convenientemente por eles. Em 1946 realizou-se o Congresso Interamericano de Medicina no Rio, no qual foram discutidos os mais variados problemas exceto os de proteção à maternidade e à infância. E isto em pleno século XX, o "Século da Criança". Em entrevista concedida ao "Estado de Minas", assim se expressou o ilustrado e conhecido pediatra Fernando de Magalhães Gomes, quando lhe perguntou o repórter qual tinha sido o programa de estudos do problema de proteção à infância e à maternidade: "Inelizmente o assunto não foi abordado pelo Congresso, com grande espanto para todos os pediatras presentes. Esses dois problemas, intimamente ligados, que são os mais sérios do Brasil, podendo-se dizer que são fundamentais, não foram objeto de estudo. Isso fez com que o Congresso fôsse muito criticado pelos pediatras, que não compreendiam a razão de ser da ausência de tão importante matéria, num conclave medico."

Quero mostrar, com essa exposição, o flagelo tremendo que pesa sobre nós — a ignorância. Povo e governo não se aperceberam ainda do que representa a mortalidade infantil. Há, além disso, a idêa generalizada de que nada é possível fazer em face da grande massa de analfabetos do país. O brasileiro "ignora" e, "ignorando" não sente a "angústia" por assim dizer, de resolver o problema, nem a força para exigir a sua solução.

A ignorância (principalmente da juventude) dos preceitos elementares de higiene gera a tuberculose, a sífilis, as doenças venéreas, os casamentos sem exame pré-nupcial e toda a tragédia da falta de saúde do brasileiro e de sua péssima alimentação. E os homens públicos, saindo da escola ignorantes de higiene, quero dizer, dos assuntos fundamentais da saúde, vêm-se mais tarde alçados às grandes posições e praticamente na mesma ignorância. E, então, o resultado: cuidam de obras suntuárias, de praças de esportes e praticam a politicagem, preenchendo cargos técnicos sob critério partidário etc. — ficando sempre relegado, como outros, o problema da saúde pública.

Em resumo: precisamos de uma campanha para reeducar os homens do governo, para preparar o professorado convenientemente em higiene, puericultura e educação sanitária, para educar sanitariamente a juventude masculina e feminina, para divulgar puericultura entre as mães, para criar uma consciência social da importância da mortalidade infantil e dos outros problemas da infância. E penso que não há nada melhor para isso do que o aperfeiçoamento do preparo dos médicos, missionários indispensáveis da cam-

panha, em puericultura e medicina preventiva. E igualmente não há negar, a criação de Departamentos Estaduais da Criança, desligados da Saúde Pública, que, em harmonia e em trabalho coordenado com o Departamento Nacional da Criança e com os Departamentos de outros Estados, levarão a cabo tão patriótico trabalho.

O fato de acentuar a necessidade de melhor orientação dos médicos em matéria de higiene e puericultura não significa que eu ignore que há administradores esclarecidos ou desconheça o patriotismo, o heroísmo, a abnegação da classe médica responsável por quase toda assistência social no país, e a cujo desprendimento se deve, em boa parte, o nosso ensino médico. Da mesma forma, tendo trabalho junto ao professorado primário, admiro o grandioso sacrifício com que, mal remunerado ou gratuitamente (como acontece com os médicos) colabora em todos os movimentos em favor da infância. A todos os brasileiros que, em qualquer posto, particular ou oficial, trabalham pela infância, sei respeitar e venerar!

Mas tudo isso não me impede de apontar a culpa que todos temos na situação que ora se analisa. Os analfabetos são os menos culpados, porque nós, os letrados, doutores, temos mais deveres e portanto mais culpas, se não os cumprimos.

Terminando essas considerações, desejo acrescentar alguns fatores de ordem técnico-administrativa que muito auxiliam a compreensão das causas da mortalidade infantil.

a) — a falta de orientação, de direção e de coordenação efetiva das obras particulares (que deveriam ser tecnicamente subordinadas ao Departamento Nacional da Criança);

b) — a mesma falta com relação às obras oficiais. Neste ponto devemos deter-nos um pouco, a fim de chamar a atenção para o entrave que representam as tristes lutas nos bastidores político-administrativos que denunciaram muito bem dois deputados federais, os médicos Novelli Júnior e Aloísio Alves, ao revelarem "a história da grande luta dos bastidores político-administrativos, que envolve em suas diversas etapas uma série de debates, avanços, recuos e golpes entre a chamada "corrente sanitária", advogando que o problema era, sobretudo, um problema médico e, portanto, deveria ficar restrito ao tratamento dos Centros de Saúde; e um "grupo dos idealistas" comandados pelo professor Olinto de Oliveira, sustentando que a questão era de caráter eminentemente social, e, em consequência, merecia fôsse encarado por órgãos "especializados e autônomos" (Departamentos).

Se em 1940, com a criação do Departamento Nacional da Criança, se conseguiu que os serviços da criança fôsses desligados da Saúde Pública e tornados autônomos, isto não se fez sem luta e sem resistência dos sanitaristas. E a verdade é que o Departamento Nacional da Criança, que é por lei o supremo órgão de coordenação de

tôdas as atividades nacionais relativas à maternidade, à infância e à adolescência, não pôde ainda assumir *de fato*, no país, a orientação única de todos os problemas relacionados com o magno assunto.

Há ainda resistências a vencer em alguns Estados que não criaram Departamentos da Criança, apesar da lei federal prever a instalação, em cada Estado, de uma repartição central destinada especialmente a dirigir as atividades ligadas à maternidade e à infância. E assim, só depois de se acabar com esta resistência contumaz, essas lutas de bastidores a que o deputado Noveli Júnior se referiu e que geram dispersão e balburdia de atividades congêneres, aos embates entre si — é que a função do Departamento Nacional da Criança se concretizará plenamente (inclusive com a criação dos Departamentos Estaduais), com "unidade de comando" e sob unidade de orientação técnica e administrativa — tão necessários à campanha pró-infância.

c) — falta de recursos fornecidos pelo Estado. Pela primeira vez, ascenderam recentemente a vinte milhões de cruzeiros as verbas para o Departamento Nacional da Criança, que antes ficavam nas cifras ridículas de 3 a 6 milhões anuais. E' óbvio que sem uma sólida base financeira fracassará qualquer tentativa de salvar os nossos pequenos patrióticos. Em atenção a isto é que a Constituição Mineira ordena ao Estado reservar 2% de suas rendas para os serviços da maternidade e da infância, medida das mais salutares.

### — III —

#### A LUTA CONTRA A MORTALIDADE INFANTIL.

Sendo os baixos níveis espirituais, morais, econômicos, culturais e higiênicos das famílias que engendram, em última análise, a mortalidade infantil, tôdas as medidas que visem o seu levantamento constituem a mais acertada e eficiente proteção à criança.

E entre elas se incluem (por ação conjunta de particulares, associações e governos): a ação espiritual da Igreja, o desenvolvimento da instrução pública, a proibição na aplicação dos dinheiros públicos, a solução técnica e não política dos problemas administrativos, o fomento das atividades produtivas, a restrição das obras suntuárias, a administração baseada na Estatística e não na suposição, o combate às normas burocráticas, a coordenação dos serviços públicos; política tributária proporcional à riqueza, impôsto progressivo sobre a renda, agravamento do impôsto sobre heranças, barateamento ou gratuidade do ensino, acertada política educacional e administrativa, política social bem orientada, amparo às famílias numerosas, etc.

Por outro lado, constitue esforço notável, na luta contra a mortalidade infantil, a realização dos serviços de Saúde Pública que beneficiam indiretamente à criança, tais como: o abastecimento de água potável, a canalização de esgotos, a coleta de lixo, o saneamento das várzeas habitadas, o barateamento dos gêneros alimentícios de primeira necessidade, a fiscalização do comércio do leite, o policiamento dos gêneros alimentícios em geral, o policiamento sanitário dos focos de moléstias contagiosas, o combate à sífilis, à tuberculose, ao alcoolismo e aos demais flagelos sociais, assim como o estímulo e a prática do ensino de higiene e puericultura.

\*

Sempre compreendemos, com Pedro de Alcântara, que o problema da mortalidade infantil se resolverá automaticamente à medida que se elevar o nível de riqueza econômica e espiritual do povo. E que tudo que visasse a atenuar progressivamente as desigualdades de riqueza e de cultura concorreria decisivamente para a queda dos coeficientes de mortalidade infantil. Mas até quando teríamos de esperar para ver realizado esse sonho entre nós, após tantos anos de erros da política educacional e administrativa do país, que nos conduziram ou nos deixaram permanecer no pauperismo e na incultura em que nos encontramos? Só Deus o sabe. mas, certamente, terão decorrido dezenas de anos.

Assim, embora reconhecendo a importância da homogeneização da riqueza e da cultura, sempre pensamos que deveríamos encarar o combate à mortalidade infantil dentro da realidade brasileira: de pobreza dos particulares e dos Estados; de ignorância da grande massa da população e de elites pouco esclarecidas. E se a fome, resultante da miséria, e a ignorância de puericultura são os dois flagelos mais urgentes a serem atacados, impõe-se opor-lhes organismos, isto é, obras de proteção direta, que dêem alimentos e educação também. E entre estas sobressaem, como veremos mais adiante, os Lactários ou Postos de Puericultura, quando bem compreendidos e orientados.

Entre tantas outras, recomendamos-se, neste particular, as seguintes atividades ou obras de assistência à Criança e à Mãe, cujos problemas são inseparáveis:

1) *Assistência sanitária e médica* — Consultórios pré-nupciais e pré-natais, maternidades, assistência obstétrica domiciliar, consultórios de higiene infantil, lactários, policlínicas infantis e serviço social;

2) *Assistência econômica e moral* —

a) Mutualidades Maternas, Ligas de Mães, Seguros de Maternidade, Auxílios e Abonos de Família, Auxílios de Gravidez e de Parto, Cantinas Maternas, Abrigos Maternas, etc.

b) Obras do Berço, Creches, Pupileiras, Ninhos, Postos de Puericultura, Orfanatos, Educandários, Casas da Criança, Colocação Familiar, Seguros da Infância, etc;

3) *As medidas legislativas de amparo à maternidade e à Infância* — dentre as quais sobressaem a do ensino obrigatório de puericultura e do estabelecimento de Creches nas fábricas, etc;

4) *A campanha educativa* — cartazes, imprensa, exposições de puericultura, Semanas da Criança, rádio, cinema, palestras, conferências, cursos, escolas e institutos de puericultura.

\*

*Em resumo vemos que:*

a) os meios indiretos (e mais racionais) de combate à mortalidade infantil só muito remotamente darão resultados positivos no Brasil. Eles são mais da alçada dos governos, embora cada indivíduo dê, direta ou indiretamente, uma contribuição à sua constituição;

b) os meios diretos — obras assistenciais, etc. — são também numerosos e complexos (em virtude mesmo da natureza do problema da mortalidade infantil) exigindo grandes despesas para sua realização, quem nem os governos estaduais, o povo suportariam ainda;

c) o Brasil não pode ainda abordar o problema da luta contra a mortalidade infantil sob todos os aspectos. Somos pobres, não temos médicos puericultores, enfermeiras e assistentes sociais, em número suficiente. Possuímos uma grande massa de analfabetos e as nossas elites não estão convencidas da necessidade de darmos à *infância saúde primária* ao lado da *instrução primária* e de darmos à criança o direito de nascer viva e forte e de viver o primeiro ano de existência, como já assinalámos.

O problema é vasto, extenso e nossas carências são impressionantes. Há ainda, generalizada, a convicção de que “não é possível fazer nada”, dadas a massa de analfabetos do país e a penúria de recursos financeiros;

d) Precisamos de um movimento sério, ordenado, profundo, coletivo, em favor da saúde da infância, como já mostramos.

\*

Sendo inexecutáveis os grandes planos, devemos pensar só no que é urgente e inadiável e passível de realização imediata. Os grandes planos, conhecidos dos técnicos e já sancionados pela experiência estrangeira, devem ser guardados para o futuro. Precisamos planejar um “programa mínimo”, difundido intensamente

entre as populações de modo a mobilizar a boa vontade dos prefeitos, o interesse cívico e o espírito de cooperação da nossa gente, sempre pronta a ajudar qualquer movimento patriótico e humanitário, pois mesmo entre os brasileiros cultos não se “cristalizou”, ainda, esse “programa mínimo” muitíssimo desejável. Este é um ponto nevrálgico do problema.

Mais de uma vez temos ouvido de prefeitos de “boa vontade” e que querem fazer alguma coisa pela infância, a queixa de que os municípios que dirigem não suportam as despesas de hospitais de crianças, ou que não sabem por onde começar... Quanto lucraria a infância se eles estivessem já esclarecidos de que os Postos de Puericultura (ou os Lactários) são a arma mais simples e barata e que o “hospital” de crianças é a solução menos indicada — tecnicamente — e dentro da realidade brasileira — para a quase totalidade dos municípios...

\*

A luta contra a miséria e a ignorância deve ser a meta de todo esforço no combate à mortalidade infantil e o ensino de Puericultura deverá constituir a base desse trabalho.

Parece-nos que o “programa mínimo” da campanha deveria abranger:

- 1) Criação de Departamento Estaduais da Criança;
- 2) Ensino de Puericultura obrigatório nas escolas de todos os graus;
- 3) Campanha educativa;
- 4) Preparo de Pessoal;
- 5) Abastecimento de água e de leite de vaca higiênicos;
- 6) Postos de Puericultura ou Lactários nos municípios;
- 7) Creches nas Fábricas e outros estabelecimentos;
- 8) Maternidades ou Serviços de Assistência Obstétrica Doméstica nos municípios.

#### DEPARTAMENTOS ESTADUAIS DA CRIANÇA

Os *Departamentos Estaduais da Criança*, como órgãos superiores de coordenação de todas as atividades estaduais relativas à proteção à maternidade e à infância são muito necessários (V. capítulo — Ainda A Ignorância).

Deixamos de estudar aqui os *encômios* e as críticas que lhes são feitas, mas deixamos claro que, pelo menos dentro da realidade brasileira atual, eles são indispensáveis. Eles deverão planejar, orientar e dirigir a Campanha, que deve ter continuidade ad-

ministrativa. Fixarão o sistema da distribuição das verbas, excluindo o anacrônico critério cronológico e evitando a ação das influências estranhas (política, etc).

#### ENSINO DE PUERICULTURA

1) O ensino obrigatório e intensivo de puericultura nas *Faculdades de Medicina* é, a nosso ver, assunto fundamental e sobre isto não se tem insistido suficientemente. É o que decorre claramente das considerações que fizemos sobre a "ignorância nacional". Quanto mais se progride na "Campanha da Criança", no Brasil mais se verifica a grande penúria de técnicos. O levantamento do nível de conhecimentos de puericultura de *todos os futuros médicos* é, pois, uma necessidade urgente e inadiável. E só há um caminho: programas completos, exames obrigatórios e separação da cadeira de "Puericultura" da de "Pediatria";

2) Idem, nas *Faculdades de Farmácia e Odontologia*, onde a puericultura pode fazer parte da Cadeira de "Higiene". Não podemos esquecer a "realidade brasileira" dentro da qual os farmacêuticos desempenham um papel tão importante na defesa da Saúde e a influência, cada vez maior, da classe odontológica junto ao povo, cuja saúde lhe cumpre também defender;

3) Idem, idem, nas *Escolas de Serviço Social, de Enfermagem e Domésticas* que, além de multiplicadas, devem ter cursos bem práticos e intensivos de puericultura;

4) Nas *Escolas Secundárias* de cujo currículo a puericultura não faz parte, apesar delas apresentarem condições tão favoráveis para a sua divulgação. Porque não se ensina ali a Puericultura às moças e a higiene aos rapazes?!

5) Nas *Escolas Normais* — *Nos cursos de Formação de Professores, de Aperfeiçoamento, etc.* — Aí a puericultura é por demais importante. A professora primária, como "sentinela avançada da civilização", cabe um extraordinário papel na sua divulgação entre o povo e nas classes primárias. E é mister seja bem instruída, teórica e praticamente, em puericultura. Além do *lucro pessoal imediato* (atitudes, conhecimentos, prática em idade propícia, ação no lar, na sociedade, etc), da *colaboração*, também imediata, que trazem à "Campanha da Criança", do *lucro futuro* pela assistência doutra aos prováveis filhos, da prática que podem adquirir da vida associativa (tomando parte em Associações de Proteção à Infância das Escolas), elas, em toda parte, sobretudo nos pequenos povoados e nas fazendas, poderão trazer uma excelente colaboração à luta contra a mortalidade infantil.

Pensamos que o ensino de puericultura (e de higiene) ao professorado carece ser melhorado. O papel da professora nunca se-

rá demais exaltado, pois muitas vezes é ela o único agente de civilização e do governo, que permanece no interior anos a fio, como bem assinalou Almeida Júnior. E dela dependerá qualquer movimento local em favor da infância. Nas fazendas e nos arraiais sem médico, ela poderá fazer muita coisa pelas crianças. Mas não basta louvá-la. É preciso melhorar o padrão de ensino da professora, que infelizmente é bem modesto. O ensino de puericultura não conta muitos anos nas escolas normais e tem sido ministrado em cadeiras anexas às de higiene, em programas muito reduzidos, (sem inclusão da puericultura social) tudo dando como resultado a penúria de conhecimentos que se verifica entre o professorado. Mesmo no Instituto de Educação de Minas Gerais, onde o ensino de puericultura tomou mais importância e extensão com a reforma Yago Pimentel, em 1946, observam-se deficiências, a começar pela mais grave que é a impossibilidade de se ministrarem aulas práticas às alunas. E o ensino teórico — observo-o anualmente — é muito pouco eficiente. E isto nos levou já às primeiras atividades para a instalação, no Instituto, de um "Centro de Puericultura Educacional" (Lactário, etc) para facilitar às alunas a observação e a prática das noções de puericultura estudadas no curso teórico. Inspiramo-nos, neste passo, na experiência que já adquirimos em dez anos de ensino de puericultura no Lactário São José de Juiz de Fora e na visita que fizemos ao "Dispensário de Puericultura" do Instituto de Higiene de São Paulo (organizado em 1931), com seu "Centro Modelo" para as alunas da Escola de Educadoras Sanitárias e no "Centro de Puericultura da Escola de Professores do Instituto de Educação de São Paulo" (fundado em 1933). O que se vem realizando em São Paulo, vale como um programa a ser imitado pelos outros Estados, tão brilhantes têm sido os sucessos e benefícios educativos destas organizações.

O Centro de Puericultura de São Paulo a que nos referimos tem como finalidade:

a) permitir a observação e a prática das noções de puericultura estudadas no curso;

b) divulgar, nas escolas e entre as famílias, os preceitos de higiene infantil e estimular sua aplicação;

c) prestar assistência sanitária, alimentar, médica, econômica a lactentes necessitados;

d) abrir aos alunos da Escola de Professores campos de observações para os fenômenos psicológicos e sociais relacionados com a primeira infância.

Em conclusão, pensamos que a instalação de Centros de Puericultura Educacionais, pequenos, modestos, deve ser fomentada

nas Escolas de que nos vimos ocupando. O velho argumento das despesas não pode ser invocado em face da importância do assunto!

6) Nas *Escolas Primárias*. Se já se vai compreendendo e pondo em prática o ensino de puericultura nas escolas para moças, o mesmo não se dá ainda para as escolas primárias, pois há ainda resistência. Verdade seja, entretanto, que a Lei Orgânica do Ensino Primário incluiu a Puericultura, não faz muito, no currículo das escolas primárias. E recentemente o governo mineiro baixou disposições orientadas neste sentido. Mas... ainda se discute o assunto no país. — apesar de todos os técnicos e educadores, que puseram em prática o ensino de puericultura nos Grupos Escolares no Brasil, estarem profundamente convencidos da sua exequibilidade, do grande interesse das alunas, da ausência, em geral, de oposição por parte dos pais e da influência benéfica que as alunas podem exercer nos lares com as noções aprendidas nas escolas. Mas, além de observações em nosso meio, a experiência estrangeira é também convincente. O grande Pinard, após ter realizado um curso de puericultura, em 1902, para meninas de 10 a 14 anos da escola primária do Boulevard Péreire, de Paris, asseverou jamais ter tido auditório mais atento, após participar do ensino há mais de 30 anos, afirmando, mais tarde que “as jovens devem aprender o modo de cuidar dos lactentes como aprendem a ler e a escrever. E Agostinho de Campos, de Portugal, conta-nos, numa linda página sobre puericultura, do seu livro EDUCAR, que ainda hoje poderia ser reeditada para o Brasil, como já em 1910, os americanos agiram para combater a ignorância das mães: “Em cada escola primária feminina de Nova Torque, um médico oficial é encarregado de fazer uma ou duas conferências por semana sobre os perigos advenientes à saúde das criancinhas pela falta de limpeza ou errada alimentação; e a estas conferências acrescenta-se uma sessão prática, por enfermeiras diplomadas, que mostram às pequenas de 8 a 12 anos como se lavam, tratam e alimentam os bebês. Ora, acontece que as alunas prestaram em geral a êsse assunto uma atenção seguida e tão interessada e fecunda, que algumas arrastaram consigo as mães à escola, para lhes mostrarem ao vivo os erros por estas cometidos em casa, no tratamento dos filhos pequeninos...”

“A admirável conclusão que se tira dêsse fato não caiu em cesto roto: e foi da observação dêle, conjugada com a inteligência prática e a tenacidade anglo-saxônica, que surgiu a idéia a um tempo simples e genial de educar, através das filhas na infância, as mães ausentes e renitentes. Foi assim que na grande cidade americana, se criou em 1910 o mais encantador dos exércitos de

civilização: a “Liga das Mães Pequenas”, que contava já em 1913, nada menos de 22 mil associadas”.

“Cada rapariguinha que segue regularmente o curso anexo de higiene prática infantil (breve curso de 8 ou 10 sessões e conferências) recebe da autoridade sanitária um diploma de sócia da liga e um alfinete de peito, distintivo que lhe dá uma espécie de legitimação oficial”.

“E ei-lo, aí vai pela cidade, o bando das pequenas na idade em que se brinca com bonecas, ensinar às próprias mães os processos de salvar mil vidas de homens!”

“Esta é a verdadeira educação primária moderna: é aquela que serve a um tempo à Família e à Pátria, que transforma os pais, por intermédio dos filhos e melhora o lar por intermédio da escola”.

\*

O ensino de puericultura nas escolas primárias deve ser convenientemente dosado, abrangendo um programa mínimo de noções sobre os cuidados com os recém-nascidos, com o lactente, sobre a técnica da amamentação natural, artificial e mista da criança normal, o preparo dos diversos alimentos do lactente, sobre a educação da criancinha, a mortalidade infantil, etc. As atividades em que se baseia o programa do curso de puericultura nos Grupos Escolares de São Paulo são dignas de nota pela sua inteligente orientação: a) observação da curva do crescimento físico da criança (pesagem mensal na escola ou nas clínicas infantis, com investigações sobre as causas que produzem as oscilações na curva); b) observações do processo do desmame natural e brusco (acompanhando a orientação prescrita às mães pelos pediatras das clínicas infantis); c) observação em domicílio, ou seja da influência do meio sobre a saúde da criança e atuação sobre a mesma das causas da mortalidade infantil; d) excursões educativas a dispensários infantis para focalizar o problema da assistência à criança; e) exposição dos trabalhos realizados, a ser como que um controle sobre a aquisição de conhecimentos.

O ensino de puericultura deve ser teórico e prático e, na escola primária, o ideal será um trabalho de colaboração entre a professora, o médico e a educadora sanitária, ou enfermeira, que devem dispôr do material necessário ao ensino: balança, banheira, termômetro, fogareiro, uma boneca de celuloide, etc. (muito vantajoso seria a escola ter um “quarto do bebê”). Uma criança da vizinhança poderá, eventualmente, tornar a aula mais “viva”.

As visitas aos lactários e aos centros de puericultura permitirão às alunas adquirir, entre outras, muitas noções práticas.

Mas o ideal seria que se improvisassem pequenos "consultórios-lactários" nas escolas ou grupos, pois as alunas lucrariam muito mais. Parodiando Jonart diremos que para isso bastam três cousas: uma balança, um aparelho de esterelizar o leite e o devotamento do médico (escolar, por exemplo). O estabelecimento de Creches para os filhos das professoras, nos estabelecimentos de ensino, "atenderiam à lei" e resolveriam, com vantagens, o problema da prática das alunas (V. item Creches), indispensável, sobretudo nas escolas primárias.

As escolas primárias das pequenas cidades e dos arraiais não poderão contar, atualmente, com médicos escolares e com educadoras sanitárias, nem com as excelentes oportunidades de visitas ou excursões a dispensários infantis, dado o nosso grande atraso, tudo isto dificultando o ensino de puericultura. Mas será sempre possível realizar alguma coisa mais modesta e é, justamente, nelas que a professora pública, como "sentinela avançada da civilização", poderá exercer um trabalho relevantíssimo na sua difusão. É evidente, portanto, a necessidade do professorado receber previamente um sólido preparo teórico e prático de puericultura, como condição indispensável para a introdução e eficiência do seu ensino nas escolas primárias. Pois contando com a colaboração do médico e da educação sanitária, ou não — ela será sempre a alma deste ensino na escola primária. A puericultura deverá ser uma atividade curricular dos cursos primários a cargo da professora e por ela ensinada. O médico e a educadora sanitária entrarão neste ensino como colaboradores). E, mesmo fora do horário destinado ao seu ensino, poderá o professorado inteligente disseminá-la entre seus alunos aproveitando as "oportunidades" que se oferecem ao ensinar redação, leitura silenciosa, geografia, aritmética, história, moral e cívica, noções de cousas, trabalhos manuais, etc.

#### CAMPANHA EDUCATIVA

Nada mais urgente (como vimos nas páginas anteriores) do que uma grande campanha educativa visando criar uma consciência coletiva, social, sanitária, da necessidade de salvar nossas crianças. Devíamos falar claramente ao povo: 60% dos doentinhos que procuram os consultórios são vítimas da sub-nutrição, da fome, da miséria orgânica, que lhes abrem as portas, indiretamente, a um grande número de doenças e... 70% das crianças que falecem no primeiro ano de vida podem ser salvas. A ignorância da puericultura e ao pauperismo de nossa gente devemos opor, principal e imediatamente, os remédios traduzidos no lema de ilustre puericultor: "Puericultura obrigatória e alimento obrigatório". O subconsciente do povo precisa ser impregnado, cristãmente, dessas verdades elementares.

#### Como criar essa consciência e realizar a campanha educativa?

1) Propagando no seio das massas as noções indispensáveis sobre o assunto e difundindo a puericultura. Educando as mães e as "futuras mães, trabalho a ser feito por todos os meios: cartazes, divulgação pela imprensa, exposições de puericultura, Semanas da Criança, rádio, cinema, distribuição gratuita e larga de folhetos, impressos e livros. Cursos de puericultura nas escolas, associações femininas, etc. (São de grande alcance as recentes leis do ensino tornando obrigatório o estudo de puericultura nos cursos normais e primários);

2) A exigência à mulher, para ocupar cargo público, de um certificado de haver frequentado um curso de puericultura, ou, pelo menos, dar-se preferência nas nomeações às candidatas que os possuam. Não se exige aos homens a carteira de reservista? Porque não pedir à mulher um atestado de que está preparada "técnicamente" para criar filhos sadios e fortes?

3) idêntica preferência para os emprêgos dos Bancos, Comércio, Indústria, etc.;

4) exigência da prestação de um serviço de difusão da puericultura (cursos, etc) às associações, clubes, instituições de qualquer espécie mantidas ou subvencionadas pelo governo estadual;

5) Campanha educativa junto àqueles que se ocupam com a indústria do leite de vaca e com o seu comércio, visando esclarecê-los e dizer-lhes o que vem a ser um leite higiênico, como conseguiu e entregá-lo ao povo.

#### Preparo do Pessoal

É muito importante. Sem um grande número de médicos puericultores, sem educadoras sanitárias, visitadoras e assistentes sociais, a execução do qualquer plano fica bastante prejudicada. A solução proposta pelo dr. Gustavo Lessa para o plano federal parece-nos ótima e aplicável em Minas. Consiste em oferecer aos jovens clínicos e do interior uma oportunidade de renovar os seus conhecimentos em obstetrícia, puericultura e pediatria. O governo subvencionaria, por exemplo, a Escola de Medicina (com Cr\$ 90.000,00 com o objetivo de se organizar um curso de aperfeiçoamento daquelas matérias. Tal curso seria franqueado a 25 clínicos do interior durante 2 meses. A quantia referente cobriria, além de outras, as despesas com bolsas de Cr\$ 1.500,00 mensais (com seleção inicial dos candidatos) a cada um dos 25 profissionais. Feita a experiência, os cursos poderiam ser duplicados ou triplicados anualmente.

O problema das enfermeiras e das assistentes sociais poderia ser resolvido gradativamente com subvenções e bolsas para as es-



colas de Enfermagem de Serviço Social da Capital, ou do interior. Moças, vindas dos municípios e que tivessem diplomas das Escolas Normais, poderiam frequentá-las com proveito, em cursos rápidos, de emergência (25 moças com Cr\$ 1.000,00 mensais) para preparo imediato do pessoal, até que as alunas saídas dos cursos completos fossem em número suficiente.

#### *Água e leite de vaca higiênicos*

São muito importantes e devem constituir preocupação imediata. O professor Barros Barreto, referindo-se aos surpreendentes resultados obtidos na redução dos coeficientes de mortalidade infantil nos Estados Unidos, afirmou: "Em muitas cidades, e até em vários Estados, o coeficiente reduziu-se de 50%, tendo sido fatores dos de maior monta, para esse decréscimo, as grandes melhorias no abastecimento d'água e de leite e a instrução das mães nos cuidados a terem com os filhos" (V. Entrevista ao "Correio da Manhã", de 17-5-1936).

Depoimento semelhante fez à imprensa juiz-de-fora, em 1942, a Dra. Marian Crane, M.D., do Departamento da Criança de Washington, ao pôr em grande estaque a difusão da puericultura, a água e o leite higiênicos, como tendo sido os fatores que mais influíram na queda dos coeficientes daquele grande país.

#### *Postos de Puericultura (Lactários)*

A instalação em cada município de, pelo menos, um Pósto de Puericultura (ou de um "Consultório-Lactário") com recursos para sua tarefa educativa e para prover leite gratuito ou barato às crianças necessitadas, se impõe como medida primária na luta contra a mortalidade infantil. O ideal será a instalação de um Pósto para cada 10.000 ou 20.000 habitantes. Medida de grande utilidade é também a criação de Postos volantes para percorrerem os distritos rurais.

Pensamos que na maioria dos municípios inicialmente só poderão ser instalados "Consultórios-Lactários" de funcionamento mais simples e pela observação freqüente de que as gestantes não procuram os consultórios de "higiene pré-natal" senão quando estão conjugadas com serviços de maternidades, que lhes garantam "abrigo" durante a fase do parto.

Estamos profundamente convencidos de que os Lactários prestam enormes serviços, sobretudo se os médicos que os dirigem têm "mentalidade de puericultor", de educador — pelo menos no mesmo nível que o da "mentalidade de pediatra."

Diagnosticar, tratar, propiciar alimentos sem educar as mães e as futuras mães será realizar obra unilateral.

E é, infelizmente, o que acontece ainda no Brasil, onde os médicos (com honrosas exceções) têm, nos Lactários, a preocupação da clínica, o empenho de diagnosticar e de tratar e, absorvidos por esta tarefa, não dispõem do tempo necessário para o trabalho educativo.

Não têm, também, com honrosas exceções, a mentalidade convenientemente preparada para encargo tão nobre e tão belo quanto o outro, que o absorve, de diagnosticar e de preservar com acerto o alimento e o remédio (V. Martagão Gesteira, "A Educação Técnica das Mães na Defesa da Criança" — *Revista Brasileira de Medicina Pública* — n.º 7, de maio-junho de 1946). E é justamente nos Lactários — que, bem orientados, devem funcionar como "Cátedras populares de Puericultura" (Morquio) — que os pediatras e puericultores poderão exercer, com real proveito para a coletividade, o papel de educadores, não se cingindo, como precitou Renato Kehl, à medicina individualista e, sim, com visão sociológica e eugenética, tentando atingir as comunidades.

Pois, o Pediatra moderno, côncio de seus deveres tem de ser um educador, completando a função clínica com a função social.

Um médico, não pode julgar-se quite com a consciência e com o compromisso assumido ao receber o grau profissional apenas por ter exercido a profissão com dignidade e justo desprendimento. Aquêl que exerce apenas a clínica não é profissional completo, não cumpre integralmente a obrigação contraída perante a sociedade, ou melhor, perante a humanidade. A sua função deve ser muito mais vasta, mais benéfica. . .

Tratando com dedicação um doente, presta, naturalmente, serviço inestimável e imprescindível. Não deve, porém, cingir-se à função de simples terapêuta ou de assistente de caridade dos infelizes. Os seus conhecimentos de biologia, a sua ascendência moral e intelectual, o seu alto valor social exigem dêle mais forte produtividade. Deve ser um educador, orientador, defensor do capital humano no alto sentido do "mentor social". A assistência não deve consistir apenas num ato de benemerência, mas num ato que envolva também um benefício coletivo. Todo médico deve, pois, completar a sua função clínica em a função social. (Renato Kehl — Pais, Médicos e Mestres — 1939 — pág. 39).

Assim compreendida a tarefa do pediatra ou puericultor, o Lactário passa a ser, sob a sua direção, um "instrumento" de primeira ordem para realizar a tarefa educativa destinada às suas frequentadoras habituais e que deve e pode ser estendida a toda a po-

pulação, com grandes proveitos advindos, seguramente, da campanha educativa, recebendo muitas crianças, que não frequentam o lactário, cuidados esclarecidos, sobrevivendo desta orientação.

#### Creches

Estão, na primeira linha das obras que visam assegurar a amamentação ao seio, que é a maior arma para o combate à mortalidade infantil (a campanha educativa e os recursos de puericultura têm, também, por precípua finalidade de estimulá-la). E por isto devem ser criadas por toda parte. A legislação trabalhista brasileira dispõe que todos os estabelecimentos (Fábricas, etc.), onde trabalham mais de 30 mulheres em idade de procriar, devem possuí-las. Infelizmente, porém, esta lei não tem sido cumprida, partindo do próprio governo o mau exemplo... Se estabelecidas, por exemplo, nas escolas e educandários facilitariam muito, por razões óbvias, o ensino prático de puericultura, tornando ainda mais natural o conhecimento desta matéria às alunas, que veriam valorizada praticamente a amamentação ao seio, ao vez de só escutarem as razões teóricas que a justificam.

#### Maternidades

São de grande importância, mas pensamos que devem ser instaladas só depois da execução dos itens anteriores, ou concomitantemente quando as eventualidades o permitirem. Mais econômicos seriam os serviços de Assistência Obstétrica Domiciliar, em conexão com as Maternidades ou com os Postos de Puericultura. Como quer que seja, estas obras são de grande valia na luta contra a mortalidade, principalmente néo-natal.

#### IV

#### CONTRIBUIÇÃO DO AUTOR À SOLUÇÃO DO PROBLEMA DA MORTALIDADE INFANTIL EM JUIZ DE FORA

1 — Em 1933 a situação da infância era das mais tristes e desalentadoras.

Na *Mensagem do Natal* de 1932 escreveu o presidente Getúlio Vargas: "O coeficiente da mortalidade infantil é, na própria Capital da República, só comparável ao das grandes cidades tropicais da Ásia e da África e no resto do País as cifras são desoladoras."

E entre as "Recomendações ao Chefe do Governo" feitas pela Conferência Nacional de Proteção à Infância, de 1933, lia-se: "No capítulo de proteção à infância contra a tuberculose nós esta-

mos tão atzizados que não é exagero considerar-se a criança, nesse particular, entregue ao seu destino." (V. Vol. I dos *Anais* da referida conferência);

2 — A situação de Juiz de Fora, por ocasião da *Mensagem do Natal*, era, em tudo, semelhante. Coeficientes muito altos e mais ou menos estáveis, quer dizer, sem nenhuma tendência a decréscimo. (V. anexo 7);

3 — Era esta a situação de suas instituições de proteção à primeira infância:

a) eram acentuadamente *paliativas* (distribuição de remédios ou de receitas); do gênero *policlínica*, atendendo ao aspecto "pediátrico do problema (terapêutica);

b) apesar de servidas por médicos dedicados, ainda havia uma policlínica sem *fichário*, sem *balança*, e com o anacrônico sistema de *receitas numeradas*;

c) não havia sequer uma Cozinha Dietética. Nenhuma obra de caráter *profilático-educacional*, quer dizer, de *puericultura*. E o Centro de Saúde, mal instalado e aparelhado, ineficiente, sem pessoal, estava tão pouco conhecido do povo que não conseguia sequer realizar, certa vez, um Concurso de Robustez infantil anuciado...

4 — Nenhum ensino prático de puericultura nas escolas de todos os graus de Juiz de Fora. Excetuadas, talvez, algumas aulas teóricas na Escola Normal Oficial, esta matéria não constava dos currículos dos educandários. E o brilhante professorado *juiz-de-forano* não cogitava de ensiná-la nas classes primárias ( não constava dos programas, e ele não havia recebido nem preparo e nem incentivo prévios para realizá-lo);

5 — Os coeficientes de mortalidade infantil não eram publicados. A população desconhecia a existência do grave problema da mortalidade infantil em Juiz de Fora — o que era muito mais importante — que ele poderia ser combatido eficientemente e, pois, evitadas as suas altas cifras. Este tema não era agitado nas Sociedades Médicas, ou fora delas. E não havia na cidade nenhuma instituição fundada com o fim precípua de combater a mortalidade infantil.

6 — Refletindo sobre tudo isto, lancei a idéia da função de um Lactário em Juiz de Fora, através de uma entrevista concedida à "Gazeta Comercial" e dei à sua fundação, organização e desenvolvimento todo o esforço que pude, recebendo uma eficiente colaboração de colegas ilustres;

7 — Levaram-me a esta atitude dois fatos. O primeiro, de ordem íntima. O segundo, de ordem social. Em setembro de 1933 eu havia assistido à Conferência Nacional de Proteção à Infância, tomando parte em todos os trabalhos, que me mereceram o

maior interesse. Conclamados que foram os pediatras de todo o país a trabalhar pela infância — assumi perante minha consciência o compromisso de dar o melhor de mim mesmo a uma causa que, em última análise, constitui o objeto e o sentido de minha vocação. O segundo móvel de minha atitude, que defini como motivo social, foi a impressão funda que me causaram os altos coeficientes de mortalidade infantil de Juiz de Fora (e do resto do país), combinados com o atraso e a insuficiência de suas obras de proteção à infância;

8 — Conhecendo a bondade e o civismo dos juiz-de-foranos, compreendi que me bastaria expôr-lhes, com franqueza, a situação da mortalidade infantil em Juiz de Fora e apontar-lhes com sinceridade e simplicidade, o caminho a seguir para combatê-la — assistência alimentar às crianças (Lactário) e Ensino de Puericultura — para conseguir tudo. E por isto pretendi despertar a atenção do povo na imprensa (inclusive em "Gazeta Médica", que fundei com o Dr. Carlos Sudá), nos colégios, nas tribunas e, sobretudo, através do brilhante professorado primário. Graças ao proverbial espírito de iniciativa dos juiz-de-foranos e ao inestimável concurso trazido pelo Diretor do Centro de Saúde, dr. J. Rocha Lagoa, e o apoio e a cooperação dos Drs. Jorge Cunha e Olavo Lustosa, entre outros, foi fundado o Lactário São José e, pouco depois, a Associação de Damas Protetoras da Infância, cujas atividades levariam o Lactário, inaugurado em 1934, ao esplêndido, progresso que hoje apresenta.

*E devido à elevada compreensão dos Diretores do Instituto de Proteção e Assistência à Infância — e à ajuda dos juiz-de-foranos, foi-nos possível instalar, ali, em maio de 1938, o SERVIÇO HCG, que se tornou, mais tarde, com o auxílio da L.B.A., o mais bem aparelhado e completo serviço desta vacinação no Estado de Minas;*

9 — meu ponto de vista foi sempre que o Lactário não deveria só distribuir alimentos, fornecer receitas ou, eventualmente, remédios. Nem também o trabalho dos médicos deveria cingir-se aos conselhos de puericultura no ato das consultas. Tudo isto é extraordinariamente importante. Contudo, o Lactário deveria ser mais: — uma "Escola de Puericultura", capaz de criar uma "consciência" do problema da mortalidade infantil e dos meios certos (assistência alimentar mais puericultura) de se combatê-la, assim como da necessidade de uma mais ampla proteção à maternidade e à infância;

10 — A "situação estratégica" de Juiz de Fora, do ponto de vista cultural, entrava também em minhas cogitações. A afluência de tantas moças (futuras professoras, sobretudo) de municípios vizinhos aos seus educandários — impunha ao meu espírito aquela orientação. Instruídas em puericultura, educadas sobre o dever da

colaboração que lhes impunha a triste situação do Brasil, face à mortalidade infantil, elas seriam agentes preciosos de difusão daquela matéria. E colaboradoras ou iniciadoras de obras de proteção à infância, nas suas cidades ou vilas;

11 — E os serviços do Lactário São José — assim se desdobraram:

a) DE CARÁTER ASSISTENCIAL — Consultas médicas diárias, 3-5 médicos, e assistência alimentar (V. cifras Anexo 8).

b) DE CARÁTER EDUCACIONAL — Uma *Escola de Puericultura*, visando: (V. Anexo 9)

1) Ensino teórico e prático de puericultura às mães indigentes;

2) Idem às moças e senhoras da sociedade juiz-de-forana, visando dar-lhes "conhecimentos úteis" e "esclarecê-las" para melhor compreenderem e auxiliarem as obras destinadas à proteção à infância;

3) Preparar as "futuras professoras" para a tarefa do ensino de puericultura nas escolas primárias;

4) Realizar "Cursos de Férias", para o professorado já em exercício;

5) O Estabelecimento de um "Centro de Convergência" para os educandários de Juiz de Fora (visitas e demonstrações práticas de puericultura às alunas dos Grupos Escolares, ou outras; de um "Centro de Estimulo" aos dirigentes dos educandários, no sentido da puericultura ser introduzida no currículo de seus cursos;

6) Levar às escolas primárias "conhecimentos" e nelas despertar "interesses" que as levassem a trazer uma parcela de colaboração à solução do problema da mortalidade infantil e da proteção à infância;

7) Facilitar aos médicos não especializados a aquisição de conhecimentos de Puericultura, assim como preparar, eventualmente, "auxiliares", para Lactários de cidades vizinhas;

12 — *Eis o resumo das atividades educacionais realizadas no Lactário São José ou por êle estimuladas como "Centro":*

1) De 1935 a 1945 — 23 cursos para as diplomandas das Escolas Normais Oficial, Stella Matutina e Santa Catarina, principalmente. Cêrca de 800 alunas; um (1) curso para mães indigentes frequentadoras do Lactário, agora explicações periódicos que recebiam de médicos e enfermeiras (evidentemente elas recebiam diariamente, também, conselhos no ato das consultas); um curso para Auxiliares do Lactário São José; um Curso Popular para os habitantes vizinhos ao Posto de Puericultura "Teodorico de Assis" (desdobramento do primeiro Lactário);

2) Orientação especializada dada a 4 médicos, preparo de

auxiliares (enfermeiras) para Lactário de municípios vizinhos (São João Nepomuceno, Matias Barbosa, Rio Novo, Além Paraíba, Rio Preto, etc.);

3) Distribuição de numerosos folhetos, prospectos, gráficos e livros de puericultura (Anexos);

4) Colaboração prática aos cursos de puericultura iniciais do Instituto de Assistência Social e da Escola de Comércio "Souza Lima";

5) Numerosas palestras com turmas de alunas das escolas primárias, quando em visita incorporada ao Lactário. (A primeira destas turmas foi do "O Granbery", em 1934, acompanhadas de D. Yonne d'Afonseca);

13 — As visitas de alunas e professoras ao Lactário São José e os cursos regulares às normalistas, que agiam como "bandeirantes" nas escolas, permitiram-me as primeiras atividades para levar a puericultura às classes primárias. Em 1935 dirigí um "Apêlo" neste sentido, ao professorado primário, por ocasião da realização da "Semana Pedagógica", e lhe foi distribuído, com minha colaboração, um trabalho do dr. Leonel Gonzaga, visando esclarecê-lo e incentivá-lo.

Em 1936, após entendimentos com o professorado dos Grupos e com as assistentes técnicas do ensino, consegui a eficiente colaboração dos drs. Osvaldo Lustosa, Jorge da Cunha e Infante Vieira para a realização de um "Curso Para o Professorado", em Outubro e Novembro deste ano. Foram dadas 12 aulas noturnas, no edifício da Escola Normal Oficial, com inscrição de 120 professoras, das quais muitas lograram ótima frequência.

Em 1937, completei as noções teóricas deste curso com demonstrações práticas às professoras mais interessadas, na "Cosinha Dietética do Lactário São José", no que fui eficientemente auxiliado pela grande enfermeira Elverina Gomes, que o Departamento Nacional da Criança enviara àquela instituição.

Em 1937, como seqüência, e graças à compreensão do notável magistério primário juiz-de-forano, foi realizada pelas classes primárias do 4.º ano dos Grupos a UNIDADE DE TRABALHO ESCOLAR — A CRIANCINHA, cuja atividade central constou da confecção de albuns individuais das alunas, que foram apresentados em uma *Exposição de Trabalhos Escolares* (em 15—11—37), promovida pelos pediatras acima mencionados e por mim. (V. maiores detalhes em minha Tese — "O Ensino da Puericultura nas Escolas primárias, Secundárias e Profissionais", de 1941 — Anais do Congresso Nac. de Saúde Escolar — São Paulo).

Esta "Unidade de Trabalho Escolar", planejada pela culta professora — e àquele tempo, ilustre assistente técnica do ensino —

D. Dulce Junqueira, foi realizada com boa vontade das alunas, das professoras, das assistentes técnicas do ensino e dos pediatras, não acarretando despesas que demandassem "auxílios". Não foi realizado nenhum outro movimento semelhante nos anos seguintes. Mas diversas professoras das classes femininas do 4.º ano executaram, em 1938, muito espontaneamente, o plano de 1937.

Houve "repercussões" na Escola Normal Modelo de Belo Horizonte (1938), na Escola Oficial de Juiz de Fora e em Matias Barbosa e Lima Duarte, etc. (realizações isoladas).

Em 1942 — D. Dulce Juqueira, então Dama do Lactário, ideou os "Concursos de Puericultura" (Leitura do Livro "A Mamãezinha" pelas alunas das classes primárias e avaliação do aproveitamento por teses). As condições favoráveis existentes nos grupos por parte do professorado — entre o qual se encontravam muitas ex-alunas dos cursos de puericultura do Lactário — o interesse despertado entre as alunas e suas famílias, tornaram estes certames um sucesso. Eles vêm sendo realizados anualmente na "Semana da Criança" desde 1942 (de 1942—1945 participaram mais de 1.600 alunas). Foram planejados por D. Dulce Junqueira, com minha colaboração franca, como Diretor Técnico do Lactário — e são apoiados vivamente pela A.D.P.I. (V. um Folheto dos testes, em Anexo 10).

## RESULTADOS

(devidos principalmente à obra educacional e assistencial do Lactário "São José")

1) *Baixa progressiva dos coeficientes de mortalidade infantil da cidade de Juiz de Fora*, que são dos menores do país. E ao que parece, nenhuma cidade brasileira reduziu tanto seus coeficientes nos últimos anos (295, em 1934 e 105 em 1947. *Cerca de 65%*). (V. Anexo 11);

2) Juiz de Fora é a única cidade mineira que possui professorado primário preparado, experientado e entusiasmado para ensinar puericultura, matéria atualmente obrigatória nas classes primárias e normais;

3) Criação de uma ESCOLA DE PUERICULTURA, ao que parece a única existente em municípios brasileiros;

4) A criação de uma viva "consciência social" e "sanitária" do problema. Os juiz-de-foranos sabem que poderão comemorar o centenário da cidade, se o desejarem, com coeficientes muito baixos de mortalidade infantil;

5) Criação de um "Centro" de treinamento para auxiliares (enfermeiras) de Lactários de outros municípios. (São João Ne-

pomuceno, Rio Prêto, Matias Barbosa e Além Paraíba, entre outros, já se beneficiaram), assim como de médicos não especializados;

6) *Aquisição de uma "experiência mostrando*: a) que o problema da mortalidade infantil *pode ser abordado com êxito* dentro da "realidade brasileira" (pobreza, analfabetismo, etc.); b) que a mortalidade infantil é mesmo "injusta", por isto que evitável; c) que as obras de proteção à infância *devem mudar de orientação pondo a campanha educacional no mesmo plano de importância que a assistencial* (V. Anexo 12); d) que, em virtude desta orientação, lucraram muitas crianças, mesmo sem freqüentarem as instituições.

7) *Benefícios levados aos municípios vizinhos*. Além dos enumerados, outros através da difusão da puericultura entre sua mocidade feminina freqüentadora dos educandários juiz-de-foranos.

8) *Repercussões nos municípios vizinhos* (Lactários em Rio Novo, Santos Dumont, Além Paraíba, etc., assim como ensino de puericultura).

Contribuindo a tuberculose com uma parcela apreciável para as elevadas cifras de mortalidade infantil, procurei, também, criar um *Serviço de Vacinação B.C.G. em Juiz de Fora*, que é atualmente, modelar.

Em palestras ou conferências (no "Granbery" ou no Rotary Club, em 1934) mostrei suas vantagens, mais ressaltadas ainda, em 1935, num prospecto educativo (Coeficientes de Mortalidade Infantil no Brasil e no Estrangeiro) que elaborei e distribuí fartamente à população, e no qual acentuei: "*Auxiliar o Lactário São José e trabalhar pela criação de um Posto de B.C.G. (vacina contra a tuberculose) em Juiz de Fora significa fazer baixar imediatamente nossa vergonhosa mortalidade infantil*".

Assumindo em 1938 o cargo de Diretor Médico do Instituto de Proteção e Assistência à infância, foi-me possível organizar, com a colaboração da Fundação "Ataulfo de Paiva" e da Liga Mineira Contra a Tuberculose o almejado Centro de Vacinação B.C.G.

Seus serviços foram inaugurados em 29-5-1938, visando: a) vacinação inicial só de recém-nascidos (necessidade de experiência do pessoal, pobreza do serviço etc.); b) controles pediátrico, tuberculínico, bacteriológico e radiológico dos vacinados (realizados no Ambulatório do Serviço); c) visitas domiciliares (ou em Maternidades, Casas de Saúde, etc.) para vacinação, ou controle dos vacinados; d) palestras coletivas de puericultura às mães; e) tratamento dos vacinados eventualmente doentes; f) investigação de problemas relativos ao B.C.G.

O "Movimento" acusou 166 crianças vacinadas em 1938, atin-

gindo, recentemente, a cifra dos vacinados a altura de 6.228 crianças (V. Anexo 13).

Em 1945, foi promovido pelo I.A.P.I., sob minha direção, orientação e inspiração uma *Campanha da Tuberculose e do B.C.G. de finalidade educativa e financeira*, que deu como resultados:

1) o recolhimento de mais de cem mil cruzeiros aos cofres do Instituto;

2) a instalação de moderno Aparelho de R.X — Abreu — doado pela L.B.A.

3) a distribuição de mais de 20.000 prospectos educativos, feita pelos alunos de todas as classes primárias da cidade, "doutrinados" previamente pelo professorado;

4) a distribuição de numerosos livros e folhetos sobre tuberculose aos educandários, assim como afixação de 300 cartazes educativos na cidade (col. do S.N.E.S.);

5) uma reunião coletiva do professorado primário e secundário, aos quais fora solicitada colaboração e expostas as noções sobre tuberculose que deveriam ser transmitidas aos alunos;

6) a realização de palestras educativas em todos os colégios secundários, pronunciadas pelo Autor;

7) foram proferidas cerca de 30 palestras na Rio Sociedade (professores, médicos, estudantes, etc.) e a imprensa colaborou intensamente, podendo afirmar-se, sem exagero, que toda a cidade participou da Campanha;

8) tendo sido a Campanha posta sob o patrocínio da "Mocidade Escolar", os alunos dos cursos — secundário e superior — emprestaram excelente cooperação educativa e financeira. E lhes foram particularmente ensinados os perigos da tuberculose e as vantagens do B.C.G. e do exame radiológico dos pulmões;

9) todo esse movimento culminou com a realização de uma *Semana da Tuberculose*, em abril de 1945, durante a qual foram pronunciadas eruditas conferências pelos professores Arlindo de Assis, Manuel de Abreu, Samuel Libânio e pelos drs. Alvimar de Carvalho e Wiberto Guedes Pereira. E foi realizada uma interessantíssima "Exposição B.C.G.", constante de trabalhos escolares do Instituto "Santos Anjos" (classes primárias);

10) a inauguração em outubro de 1945 das instalações do "Caastro Torácico" destinado à infância, principalmente. (Na *Semana de Tuberculose* ele já havia sido inaugurado "simbolicamente, com a colaboração do Hospital Militar que ofereceu 1.000 abnegrafias ao I.A.P.I., que iniciou o cadastro das crianças do Grupo Escolar "Antônio Carlos");

11) foi reforçada a "consciência antituberculosa", e a vacinação foi estendida aos analérgicos de todas as idades;

12) ficou definitivamente organizado um ótimo "Centro de Vacinação B.C.G. e de Cadastro Torácico" destinado à infância, primeiro serviço, assim completo, criado em Minas, segundo parece.

### CONCLUSÕES

1) O aparelho educacional do país ainda não dá à luta contra a mortalidade infantil a contribuição que poderia oferecer, mesmo dentro da realidade brasileira.

2) O ensino de puericultura deve ser obrigatório nas escolas de todos os graus.

3) O ensino de puericultura, atualmente realizado no Brasil, carece ser intensificado e melhorado, sobretudo nas escolas profissionais.

4) A falta de "aparelhamento" para a prática das alunas torna muito deficiente o ensino da puericultura nos Institutos de Educação, nas Escolas Normais e Primárias.

5) A instalação de Centros ou Postos de Puericultura Educacionais, nestes educandários, é medida que se impõe.

6) A experiência do Autor em 13 anos de ensino de puericultura transmitida a pessoas de todos os níveis sociais e de todas as idades, inclusive a analfabetos — convenceu-o do interesse com que é recebida a puericultura por toda parte. Em verdade sua observação é que os brasileiros estão ávidos por aprendê-la.

7) A experiência da luta contra a mortalidade infantil em Juiz de Fora autoriza supor que muito se progrediria neste terreno se fôsse modificada a orientação das obras de proteção à infância, de modo que elas se tornassem "verdadeiras escolas de mães", focos intensivos de ensinamentos fundamentais de puericultura, postas as suas atividades educacionais no mesmo plano e exercitadas com a mesma intensidade que a tarefa assistencial."

8) Urge a instalação de Postos de Puericultura (Lactários) nos Municípios. Eles devem funcionar como "cátedras populares de puericultura", o que os torna mais preciosos na luta contra a mortalidade infantil. A experiência de Juiz de Fora mostra o extraordinário rendimento educacional que eles podem dar, quando bem compreendidos e orientados.

9) A experiência adquirida em Juiz de Fora mostra que o problema da mortalidade infantil pode ser abordado com êxitos animadores, dentro da realidade brasileira.

### ANEXO 1

OBITOS DE MENORES DE UM (1) ANO (TODAS AS CAUSAS) EM ALGUMAS CIDADES DO ESTADO DE MINAS GERAIS NO PERÍODO DE 1943-1947

SEDES	Obituario infantil				
	ANOS				
	1943	1944	1945	1946	1947
Araguari . . . . .	80	105	92	115	72
Araxá . . . . .	54	82	41	40	64
Barbacena . . . . .	169	166	155	175	132
Cambuquira . . . . .	42	44	32	34	40
Campo Belo . . . . .	76	74	69	94	72
Carangola . . . . .	51	53	41	38	x 37
Carmo do Paranaíba . . . . .	35	26	15	24	x 5
Cataguazes . . . . .	43	61	56	59	82
Caxambu . . . . .	45	72	49	39	35
Conselheiro Lafaiete . . . . .	143	180	147	163	134
Corinto . . . . .	33	34	37	49	39
Carvelo . . . . .	71	65	42	70	50
Diamantina . . . . .	17	44	35	48	45
Divinópolis . . . . .	91	133	102	122	138
Dores do Indaia . . . . .	18	18	13	25	30
Formiga . . . . .	124	93	83	106	77
Governador Valadares . . . . .	77	117	102	150	113
Guaxupé . . . . .	99	119	78	87	73
Itajubá . . . . .	203	231	191	175	184
Itamarandiba . . . . .	20	19	21	9	3
Itapeerica . . . . .	71	59	55	79	58
Lambari . . . . .	55	50	48	x 19	x 7
Lavras . . . . .	105	107	86	119	93
Leopoldina . . . . .	60	73	61	69	x 39
Machado . . . . .	86	75	62	73	55
Manhuaçu . . . . .	40	41	50	59	54
Matias Barbosa . . . . .	15	18	18	14	25
Monsanto . . . . .	95	90	62	58	54
Montes Claros . . . . .	76	80	69	90	88
Muzambinho . . . . .	83	87	75	86	19
Nova Lima . . . . .	138	117	98	113	101

Dados colhidos no Serviço Estadual de Bio-Estatística

Dados obtidos no Serviço Federal de Bio-Estatística, por Intermediário do Departamento Nacional do Criança, e revisões em Julho de 1948

	1934	1935	1936	1937	1938	1939	1940	1941	1942	1943	1944	1945	1946	1947
1 — Manaus .....	148,83	238,33	119,24	194,74	234,35	114,4	158,04	302,91	240,6	246,9	140,6	157,6	139,1	
2 — Belém .....	169,41	244,15	193,44	41,55	225,52	197,54	211,70	139,63	206,1	207,4	290,1	159,6	158,0	
3 — São Luiz .....	185,47	483,65	24,45	223,51	247,51	244,05	239,67	130,76	212,9	232,9	220,8	245,9	245,9	
4 — Teresina .....	142,94	145,415	77,32	43,8	47,17	133,1	148,54	501,05	629,7	435,3	504,6	204,2	127,3	
5 — Fortaleza .....	171,7	234,61	15,78	214,43	221,36	343,91	205,11	312,1	342,5	336,9	375,7	335,6	466,6	
6 — Natal .....	77,98	3,88,23	1.111,70	8.019	301,59	327,9	135,32	331,81	312,1	403,3	405,7	509,7	439,2	
7 — João Pessoa .....	244,29	2,91,41	3,829,8	17,96	224,1	191,76	235,06	290,9	295,1	274,4	229,0	257,2	267,2	
8 — Recife .....	219,12	235,75	3,1410	311,92	275,97	170,39	258,45	242,95	299,0	366,5	244,4	429,8	513,0	
9 — Macaé .....	—	—	8,7,5	651,56	665,56	381,88	440,58	—	391,8	422,7	404,8	296,9	318,2	
10 — Aracaju .....	1.304,23	651,49	695,18	645,90	662,16	61,83	255,32	243,48	271,1	260,1	359,0	343,4	293,5	
11 — Salvador .....	321,59	331,39	74,73	300,00	298,21	190,34	234,60	240,77	275,3	297,5	238,4	216,2	141,3	
12 — Vitória .....	129,61	371,13	376,21	176,78	320,89	65,75	102,91	211,64	162,4	222,6	149,5	132,0	143,4	
13 — Niterói .....	172,62	179,34	190,58	177,67	183,88	182,74	174,17	186,11	159,8	152,7	169,5	121,7	135,7	
14 — Distrito Federal .....	175,25	176,68	146,54	170,26	182,16	192,44	173,97	182,22	125,5	159,6	182,1	135,7	127,0	
15 — São Paulo .....	141,29	147,53	157,81	134,39	138,15	142,65	137,29	135,11	121,5	115,4	113,1	101,5	80,2	
16 — Curitiba .....	122,61	132,85	144,23	111,34	139,20	146,57	110,21	115,38	137,2	128,8	134,2	105,6	111,5	
17 — Florianópolis .....	193,64	303,72	298,39	282,44	26,18	296,49	298,45	303,69	231,5	174,9	232,0	205,7	193,1	
18 — Porto Alegre .....	181,44	24,73	188,73	255,60	229,74	251,09	219,39	239,48	219,1	193,0	142,4	141,5	127,2	
19 — Belo Horizonte .....	169,42	136,87	165,7	149,4	161,81	137,55	145,17	—	149,6	125,9	109,6	107,3	85,9	
20 — Goiânia .....	—	—	492,0	189,67	29,95	382,18	249,37	258,81	155,5	191,5	138,2	157,5	—	
21 — Cuiabá .....	202,70	131,75	214,84	147,45	127,45	173,81	151,91	158,71	140,0	97,9	160,3	70,5	—	

## ANEXO 3

COEFICIENTES DE MORTALIDADE INFANTIL DE CIDADES  
MINEIRAS

	1943	1944	1945	1946	1947		
Aimorés .....		136	200	141	159	94	
Araguari .....		119	185	91	77	122	
Araçua .....		140	116	134	140	112	
Além Paraíba .....		143	197	138	136	144	
Alvinópolis .....		138	227	191	230	197	
Abre Campo .....		160	221	199	250	240	
Alto Rio Doce .....		264	148	236	119	214	
Alfenas .....		214	207	481	391	—	
Brasília .....		125	144	115	100	—	
Bocaiuva .....		76	31	55	88	123	
Buenópolis .....		2	5	219	183	201	142
Barbacena .....		110	159	134	138	110	
Baependi .....		126	128	111	103	100	
Belo Horizonte .....		182	171	212	163	154	
Betim .....		148	159	219	97	159	
Bias Fortes .....		93	127	104	182	154	
Bicas .....		183	147	233	151	237	
Bom Despacho .....		185	228	154	144	161	
Brazópolis .....		163	145	121	67	—	
Bambui .....		125	122	131	133	127	
Corinto .....		128	179	165	145	153	
Cataguazes .....		201	351	227	163	156	
Caxambu .....		261	191	112	157	118	
Curvelo .....		174	246	223	160	169	
Carmo da Cachoeira .....		—	89	48	84	129	
Conceição da Aparecida .....		251	237	198	261	220	
Caratinga .....		215	229	127	164	157	
Carandá .....		290	148	154	171	156	
Congonhas do Campo .....		210	312	196	194	120	
Campanha .....		264	433	302	427	267	
Camanducaia .....		216	210	155	155	167	
Camuquira .....							

	1943	1944	1945	1946	1947
Cláudio .....	124	107	90	95	82
Carangola .....	170	194	136	202	128
Conselheiro Pena .....	205	260	216	281	253
Cordisburgo .....	123	202	146	105	175
Diamantina .....	68	131	131	143	138
Dores do Indaiá .....	80	74	56	95	136
Entre Rios .....	—	—	—	—	—
Formiga .....	142	122	103	130	96
Grão Mogol .....	96	67	37	—	—
Guanhães .....	261	219	267	—	—
Governador Valadares .....	211	249	191	255	653
Guaxupé .....	141	155	128	129	167
Itajubá .....	125	257	258	268	—
Itaúna .....	130	117	137	80	91
Itajubá .....	195	207	168	143	182
Itabirito .....	73	49	96	94	46
Itapeocica .....	152	129	112	147	196
Januária .....	333	300	250	346	272
Jequitinhonha .....	451	574	311	523	611
Juiz de Fora .....	142	174	134	133	105
Leopoldina .....	139	158	153	154	95
Lima Duarte .....	136	227	130	153	172
Lafaiete .....	154	224	178	175	144
Lavras .....	149	156	119	138	117
Matipó .....	283	343	222	239	250
Manhuaçu .....	145	144	126	157	146
Mariana .....	157	113	141	135	118
Mercês .....	147	185	240	199	173
Mirai .....	209	229	191	176	140
Mutum .....	178	245	308	237	217
Muriá .....	205	237	190	192	181
Martinho Campos .....	297	299	159	182	194
Montes Claros .....	226	190	165	190	198
Muzambinho .....	135	159	148	138	115
Ouro Preto .....	96	291	74	140	190

	1943	1944	1945	1946	1947
Ouro Fino .....	216	193	141	142	128
Oliveira .....	107	125	147	90	109
Paracatu .....	48	146	90	105	171
Peçanha .....	250	381	273	—	295
Patos .....	104	116	97	98	113
Passa Quatro .....	152	239	152	162	159
Paraísópolis .....	184	229	169	231	—
Patrocínio .....	156	182	117	62	95
Pitangui .....	154	179	88	144	143
Pouso Alegre .....	138	156	117	83	116
Ponte Nova .....	196	155	255	154	97
Pomba .....	145	132	151	140	104
Pouso Alto .....	195	215	177	119	96
Poços de Caldas .....	201	229	141	105	110
Raul Soares .....	203	133	110	184	180
Rio Novo .....	58	145	82	60	86
Santos Dumont .....	165	200	—	102	—
São João Nepomuceno .....	130	84	105	137	87
São Lourenço .....	—	—	—	—	—
Sérro .....	571	475	521	362	333
Sete Lagoas .....	114	156	118	127	127
Sacramento .....	—	—	—	—	—
Sabará .....	106	135	115	153	85
Sabinópolis .....	245	159	311	213	260
São João del-Rei .....	201	175	142	168	116
Teófilo Otoni .....	208	414	272	368	326
Ubá .....	182	197	164	144	144
Uberlândia .....	206	184	162	163	154
Uberaba .....	193	205	163	199	152
Varginha .....	170	145	129	109	93



## ANEXO 4

COEFICIENTES DE MORTALIDADE INFANTIL EM ALGUMAS  
CAPITAIS E CIDADES ESTRANGEIRAS E BRASILEIRAS

	Rio de Janeiro (1939) . . . . .	192
	Costa Rica . . . . .	148
	Santa Fé . . . . .	135
Muito fortes	Tóquio . . . . .	120
	Varsóvia . . . . .	131
	Paris . . . . .	101
	Barcelona . . . . .	100
	Milão . . . . .	90
	Roma . . . . .	87
	Munich . . . . .	84
Fortes	Toronto . . . . .	80
	Viena . . . . .	77
	Hamburgo . . . . .	77
	Londres . . . . .	71
	Detroit . . . . .	69
	Buenos Aires . . . . .	67
Moderados	Filadélfia . . . . .	61
	Nova York . . . . .	59
	Melbourne . . . . .	50
	Oslo . . . . .	46
	Stockolmo . . . . .	45
Fracos	Haia . . . . .	40
	Berna . . . . .	31
	Chicago . . . . .	28

CAPITAIS E CIDADE TROPICAIS COM MORTALIDADE INFANTIL  
EXCESSIVAMENTE ALTA

Hong Kong . . . . .	665	Cantão . . . . .	395
México . . . . .	295	Calcutá . . . . .	259
La Paz . . . . .	229	Bogotá . . . . .	216
Kobe . . . . .	195	Rio de Janeiro (1939) . . . . .	192
Quito . . . . .	180	Alfenas . . . . .	214
Bom Despacho . . . . .	237	Caratinga . . . . .	220
Camanducaia . . . . .	267	Conselheiro Pena . . . . .	253
Gov. Valadares . . . . .	653	Januária . . . . .	272
Jequitinhonha . . . . .	611	Matipó . . . . .	250
Peçanha . . . . .	293	Sêrro . . . . .	333
Sabinópolis . . . . .	260	Fortaleza . . . . .	466
São Luiz . . . . .	245	Natal . . . . .	439
Recife . . . . .	513		

## ANEXO 5

CAUSAS DE ÓBITOS DE MENORES DE 1 ANO EM JUIZ DE FORA  
(CIDADE), EM 1934

Tendo sido 396 o total de óbitos de menores de 1 ano, verifica-se que atingiu quase 56% a mortalidade por "diarréia e enterite".

Sarampo . . . . .	4	Outras afecções do sistema nervoso . . . . .	1
Coqueluche . . . . .	26	Bronquite aguda . . . . .	4
Difteria e crupe . . . . .	3	Bronco-pneumonia . . . . .	30
Gripe . . . . .	5	Outras afecções do aparelho respiratório . . . . .	5
Disenteria . . . . .	9	Diarréia e enterite . . . . .	219
Tétano . . . . .	7	Outras afecções do aparelho digestivo . . . . .	2
Sifilis . . . . .	37	Afecções da primeira idade e vícios de conformação . . . . .	34
Septicemia . . . . .	2	Doenças mal definidas . . . . .	4
Afecções do aparelho urinário . . . . .	1		
Meningite . . . . .	1		

## E S P E C I F I C A Ç Ã O

## BELO HORIZONTE

## JUIZ DE FORA

	BELO HORIZONTE										JUIZ DE FORA				
	1933	1934	1935	1936	1937	1938	1939	1940	1941	1942	1943	1944	1945	1946	1947
Nascidos vivos no ano — Números absolutos . . . . .	71.7	7732	8379	9531	10681	2260	2495	2501	2.73	3667					
ÓBITOS:															
Febre tifóide e paratífóide . . . . .	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Coqueluche . . . . .	26	11	10	22	38	1	9	2	5	1	—	—	—	—	—
Difteria . . . . .	4	3	4	—	6	—	4	2	—	—	—	—	—	—	—
Tuberculose do aparelho respiratório . . . . .	5	2	4	6	6	2	1	3	1	3	—	—	—	—	—
Outras tuberculoses . . . . .	4	2	2	3	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Febulismo . . . . .	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Sifilis . . . . .	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Gripe . . . . .	55	44	41	43	64	23	28	17	17	10	—	—	—	—	—
Varíola menor (alastria) . . . . .	12	13	28	18	19	5	3	7	5	3	—	—	—	—	—
Varíola não especificada . . . . .	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Sarampo . . . . .	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Discu- terias	1	3	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
baeilar . . . . .	16	3	14	15	13	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
amebiana . . . . .	4	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
por outros protozoários . . . . .	1	3	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
não especificada ou devida a outras causas	9	14	6	10	8	3	2	—	—	—	—	—	—	—	—

## E S P E C I F I C A Ç Ã O

## BELO HORIZONTE

## JUIZ DE FORA

	BELO HORIZONTE										JUIZ DE FORA				
	1933	1934	1935	1936	1937	1938	1939	1940	1941	1942	1943	1944	1945	1946	1947
Erisipela . . . . .	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Poliomielite aguda e polioencefalite aguda . . . . .	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Encefalite infecciosa aguda (tetânica ou epidêmica) . . . . .	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Meningite cérebro-espinhal (meningocócica) . . . . .	—	—	—	—	—	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Tétano . . . . .	1	4	—	—	—	—	—	2	4	1	—	—	—	—	—
Infeção purulenta e septicemia (sem relação com a gravidez, parto ou estado puerperal) . . . . .	6	2	4	5	1	—	—	—	—	—	3	1	2	—	—
Outras doenças infecciosas e parasitárias . . . . .	1	1	2	—	—	2	1	—	—	—	—	—	—	—	—
Câncer e outros tumores malignos . . . . .	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Tumores não malignos ou cujo caráter maligno não foi especificado	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Avitaminoses, outras doenças gerais, doenças do sangue e envelhe- namentos crônicos . . . . .	2	2	4	3	5	2	1	3	4	1	—	—	—	—	—
Meningite simplica . . . . .	6	9	6	3	7	2	3	4	8	6	—	—	—	—	—
Meningite cérebro-espinhal aguda (não meningocócica) . . . . .	1	—	1	2	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Lesões intracranianas de origem vascular . . . . .	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Outras doenças do sistema nervoso e dos órgãos dos sentidos . . . . .	2	4	1	1	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Doenças do coração . . . . .	3	5	2	6	6	3	3	5	9	12	—	—	—	—	—
Outras doenças do aparelho circulatório . . . . .	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Bronquites . . . . .	10	11	12	10	9	2	3	3	10	4	—	—	—	—	—

ESPECIFICAÇÃO	BELO HORIZONTE					JUIZ DE FORA				
	1943	1944	1945	1946	1947	1943	1944	1945	1946	1947
Bronco-pneumonia (inclusive a bronquite capilar) . . . . .	79	83	196	93	112	30	39	24	36	44
Pneumonia lobar (pneumocócica) . . . . .	10	8	6	15	20	—	1	1	3	3
Pneumonia não especificada, compreendendo congestão pulmonar aguda . . . . .	12	8	12	13	11	8	22	5	8	3
Outras doenças do aparelho respiratório . . . . .	2	4	4	3	2	1	1	1	—	2
Diarréia e enterite (abaixo de 2 anos) . . . . .	379	414	333	393	365	115	156	95	141	115
Doenças do fígado e das vias biliares . . . . .	2	1	2	1	3	—	1	1	2	—
Outras doenças do aparelho digestivo . . . . .	4	10	5	5	2	3	—	2	3	1
Nefrite aguda . . . . .	2	3	2	1	1	1	1	—	1	1
Nefrite não especificada . . . . .	1	2	—	1	—	2	—	—	—	—
Outras doenças do aparelho urinário . . . . .	4	5	5	3	—	—	—	—	—	—
Doenças da pele e do tecido celular . . . . .	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—
Doenças dos ossos e dos órgãos de locomoção . . . . .	150	148	180	214	240	37	52	64	46	47
Difiloidose, esquistossomose, sífilis de escuridão, congêntos, machucamento prematuro e doenças prevalentes no primeiro ano de vida . . . . .	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—
Infanticídios . . . . .	—	1	—	3	—	—	—	—	—	—
Mortes violentas ou acidentais, exceto suicídio, infantícidios e acidentes de automóveis . . . . .	3	2	1	4	—	2	—	—	1	—
Causas não especificadas ou mal definidas . . . . .	88	127	93	108	101	71	78	92	59	59
Total de óbitos em geral . . . . .	916	989	927	1 110	1 065	321	422	385	369	322

## ANEXO 7

## COEFICIENTES DA MORTALIDADE INFANTIL DA CIDADE DE JUIZ DE FORA, DE 1927-1947

1927	244	1938	207
1928	241	1939	219
1929	233	1940	153
1930	209	1941	158
1931	255	1942	150
1932	265	1943	142
1933	188	1944	174
1934	295	1945	134
1935	239	1946	133
1936	220	1947	105
1937	203		

O Lactário São José inaugurou seus serviços em 1-7-1934.

Em 1942 instalaram-se mais dois Lactários em bairros de população mais densa e pobre. E os 3 passaram a ser denominados Postos de Puericultura.

## ANEXO 8

## LACTÁRIO SÃO JOSÉ DE JUIZ DE FORA

Inauguração: 1 de julho de 1934. Em 1942 foi desdobrado em dois Lactários de Bairros (e os 3 passaram a ser denominados — Postos de Puericultura).

## SERVIÇOS

A — De caráter assistencial (além de consultas diárias dadas por 3 — 5 — médicos);

1) Número de crianças (0 — 2 anos) atendidas por dia e em média:

1934	120	1941	117
1935	104	1942	191
1936	88	1943	295
1937	84	1944	300
1938	68	1945	300
1939	81	1946	300
1940	115	1947	300

2) Número de litros de alimentos distribuídos por mês e em média:

1934	2.500	1941	2.052
1935	1.818	1942	3.360
1936	1.555	1943	4.664
1937	1.356	1944	4.801
1938	1.213	1945	4.826
1939	1.292	1946	4.768
1940	1.861	1947	4.879

## 3) Número de litros de alimentos distribuídos por ano:

1934	15.000	1941	24.629
1935	21.823	1942	40.328
1936	18.671	1943	55.974
1937	16.274	1944	57.618
1938	14.557	1945	57.921
1939	15.510	1946	57.227
1940	22.335	1947	58.548

## ANEXO 9

B — DE CARÁTER EDUCACIONAL (quase todo realizado no Lactário São José ou por êle estimulado, como "CENTRO"):

1.º) De 1935 a 1945 foram realizados 23 cursos (teóricos-práticos) com demonstrações na Cozinha Dietética, observações de crianças, etc. Estes cursos cada um durando 3 meses, em média, e com 3 aulas por semana foram frequentados por 800 alunas, quase todas diplomandas das Escolas Normais da cidade, ("Santa Catarina", "Stella Matutina" e "Oficial");

2.º) UM CURSO DE PUERICULTURA — para o professorado primário, em exercício (1936) com demonstrações práticas no Lactário São José, em 1937. Foi frequentado por cerca de 120 professoras e teve, como seqüência, a realização em 1937, pelas classes femininas do 4.º ano dos Grupos Escolares da "Unidade de Trabalho Escolar" — A Criançinha, cuja atividade central constou da confecção de Alburns individuais de alunas, que foram apresentados em uma Exposição de Trabalhos Escolares (Exposição de Puericultura).

## EIS UM RESUMO DOS TRABALHOS APRESENTADOS NESTA EXPOSIÇÃO, EM NOVEMBRO DE 1937:

## a) Em 7 Grupos Escolares:

Alburns individuais — 232; Alburns coletivos — 7: Peças de roupas de crianças — 160.

## b) Em Colégios e Escolas Normais:

5 gráficos de mortalidade infantil;  
Diversos cartazes e quadros sobre diversos assuntos de puericultura.

3.º) QUATRO (4) CONCURSOS DE PUERICULTURA — promovidos em 1942-43-44 e 1945 entre mais de 1.600 alunas das classes primárias da cidade. Leitura do Livro A MAMAEZINHA, conteúdo pequenas lições de puericultura e avaliação do aproveitamento por testes. (V. Anexo 10). Estes concursos foram também realizados em 1946 e 1947.

4.º) UM (1) CURSO — para mães indigentes frequentadoras do Lactário São José, afora as explicações periódicas que recebiam de médicos e enfermeiras (palestras coletivas).

5.º) UM (1) CURSO — para alunas da Escola Técnica de Comércio "SOUZA LIMA".

6.º) UM (1) CURSO — para Auxiliares do Lactário São José.

7.º) UM (1) CURSO POPULAR — para os habitantes vizinhos de um Pôsto do Bairro (Pôsto de Puericultura "Theodorico de Assis").

8.º) Distribuição de numerosos prospectos e folhetos educativos, assim como de livros de puericultura.

## ANEXO 10

## COEFICIENTES DA MORTALIDADE INFANTIL DA CIDADE DE JUIZ DE FORA, DE 1927-1947

1927	244	1938	207
1928	241	1939	219
1929	233	1940	153
1930	209	1941	158
1931	255	1942	150
1932	265	1943	142
1933	188	1944	174
1934	295	1945	134
1935	239	1946	133
1936	220	1947	105
1937	203		

O Lactário São José inaugurou seus serviços em 1-7-1934.

Em 1942 instalaram-se mais dois Lactários em bairros de população mais densa e pobre. E os 3 passaram a ser denominados Postos de Puericultura.

## ANEXO 11

## VACINAÇÃO B.C.G. EM JUIZ DE FORA

1.º) — Vacinação em 1938	161
2.º) — Vacinação em 1939	325
3.º) — Vacinação em 1940	355
4.º) — Vacinação em 1941	475
5.º) — Vacinação em 1942	543
6.º) — Vacinação em 1943	571
7.º) — Vacinação em 1944	567
8.º) — Vacinação em 1945	746
9.º) — Vacinação em 1946	940
10.º) — Vacinação em 1947	1.232
11.º) — Vacinação em 1948 até 31 de agosto	657
12.º) — Vacinação em crianças maiores em 1946	104
13.º) — Vacinação em crianças maiores em 1947	362

14.º) — Vacinação em 1948 até 31 de agosto em crianças maiores . . . . .	371
Setembro (sujeita a retificação)	
a) — Recém-nascidos . . . . .	83
b) — Vacinados de outras idades . . . . .	64
TOTAL . . . . .	6.527

NOTA: — De 1938 a 1946 foram vacinados somente recém-nascidos, até o 10.º dia de vida. Entretanto, de 1946 em diante, depois de preenchidas tôdas as condições técnicas indispensáveis, foi iniciada a vacinação de crianças de outras idades — Inicialmente, usava-se vacinar os recém-nascidos com 0,06 (centigramas) de B. C. G., dado em 3 doses de 0,02 (2 centigramas) cada uma, em dias alternados, nos primeiros 10 dias de vida. Todavia, em outubro de 1947, seguindo nova orientação dada pelo Prof. Arlindo de Assis, passou-se a dar 0,10 (10 centigramas) de B. C. G. de uma só vez, pela manhã em jejum, aos recém-nascidos. — Ainda no início, eram dadas às crianças de outras idades — 10 centigramas (0,10) de B. C. G. pela manhã em jejum, em dose única. Entretanto, obedecendo a mesma orientação, passou-se, de outubro de 1947 em diante, a dar 20 centigramas (0,20) de B. C. G. em dose única. As vacinas foram fornecidas, até os últimos meses de 1947, pela Fundação Ataulpho de Paiva. E depois passou a ser fornecida diretamente pelo Departamento Nacional de Tuberculose.

## Fatores do escasso rendimento do ensino da Língua Pátria

ALAÍDE LISBOA DE OLIVEIRA

Todos se queixam de que a mocidade vem demonstrando desconhecimento de fatos rudimentares da língua pátria. As queixas vêm documentadas com os resultados dos exames de admissão aos diversos cursos, dos concursos, dos trabalhos na vida profissional, etc.

O assunto tem sido muito debatido; professores, especialmente, procuram estabelecer comparações entre os estudos de "nosso tempo e os de hoje". É justo que todos os que têm alguma experiência de adolescente e alguma responsabilidade no setor educativo dêem o seu parecer.

Fomos também tentados a fazer nosso depoimento. Vamos tecer alguns comentários sobre influências diversas, referentes ao Colégio, ao professor, ao programa, ao aluno, aos pais e ao meio ambiente. Naturalmente que cada tópico daria um tratado, mas o nosso trabalho será apenas um esboço.

### O COLÉGIO

A influência da direção de um estabelecimento de ensino se faz sentir no desenvolvimento do aluno, em tôdas as matérias, e não apenas em relação a determinada disciplina. Se, entretanto, a diretoria de um colégio se convencesse de que a língua é instrumento de desenvolvimento das outras disciplinas, daria atenção especial à aprendizagem do português.

Neste caso a diretoria dedicaria carinho especial ao ensino da língua falada e escrita, estimulando as atividades extracurriculares: grêmios, clubes de literários, etc.; verificando os progressos na posse da língua, por meio de testes ou provas; promovendo reuniões especiais com professores de português; facilitando o intercâmbio de meios e processos de ensino que já tenham dado bom resultado, procurando dar assistência individual a alunos cujas deficiências forem notadas, etc., etc.

As experiências de professores mais antigos ou mais hábeis podem influir favoravelmente nos mais novos e menos treinados, ou menos imaginosos; cabe à diretoria favorecer o aproveitamento das experiências.

Se o professor deve procurar desenvolver no aluno o gosto da boa leitura, compete à diretoria oferecer oportunidades para a leitura numa biblioteca bem organizada, em ambiente agradável, com bibliotecário competente, capaz de dirigir as atividades de leitura — principalmente nos internatos.

Há uma coisa que muito nos surpreende nos internatos de hoje: aos domingos, feriados e dias santos os alunos ficam muito entregues a si mesmos. A maioria é dispensada de qualquer atividade de disciplina e vai passar esses dias, que são numerosos, durante o ano, com qualquer parente que resida na localidade. Quando os feriados se sucedem, os que moram perto são mandados a visitar a família. Ao que nos consta não levam nenhuma orientação para um trabalho. Quando voltam ao colégio, quase sempre trazem a canseira de horas perdidas e uma nova desambitação da vida disciplinar do estudo. Se, na saída de domingos, os alunos fôsem para as casas dos pais, já se podia dar responsabilidade à família no sentido de orientar o descanso do filho.

É comum ouvirmos de colegiais: "Domingo é dia de descanso". E' preciso fazer sentir aos alunos que descansar não é ficar atôa, mas mudar de atividade. Umás duas horas de estudo livre, aos domingos e feriados, não cansam a ninguém, podem até ser repousantes e contribuem para o hábito de estudos desinteressados.

Nenhum colégio é isento de defeitos, mas as boas experiências de uns podem valer aos outros. Onde estudamos, por exemplo, sentiamo-nos descansadas no domingo e no entanto finhamos apenas dois ou três recreios a mais e as aulas eram substituídas e constituíam para nós um regalo. Podíamos ler alguma revista cultural e estudar a matéria que nos aprouvesse.

Não há dúvida que no referido Colégio já se procurava despertar o gosto do estudo em si mesmo, e pelas suas vantagens e valores. Mas um motivo imediato existia e forte: as nossas promoções implicavam um conhecimento, podemos dizer, de três quartos da matéria dada. E para conseguir esse objetivo era preciso que tôdas estudássemos muito, senão a reprovação era certa. Infelizmente o estudar com objetivo: nota, não é louvável. Lamentavelmente ainda não conseguimos eliminar esse ponto fraco, apesar dos aperfeiçoamentos dos processos pedagógicos. Mas, em todo o caso, estudávamos visando à nota dez.

Terá havido uma queda de ideal coletivo? Hoje assistimos a grandes expansões de alegria de alunos que obtêm o mínimo exigido pela promoção.

Talvez que essa "falta de ideal" não seja culpa apenas da direção de um estabelecimento, mas quer parecer-nos que cabe também à direção o papel de estimulador. Deve aí entrar em função a sua força educativa. Sobretudo nos internatos. Temos de reconhecer que a influência da família sobre os filhos internos em colégios, com relação ao interesse pelo estudo, é muito relativa.

Nos externatos, a possibilidade de interessar os alunos pelo estudo é menor. As horas de concentração e trabalho se sucedem horas de dispersão nos atrativos da vida moderna: Cinema, passeios, jornais, etc. Mesmo assim, com força educativa bem se poderia tentar a orientação de atividades fora da escola, valendo para tal fim, um entendimento entre a direção do colégio e a família dos alunos.

Parece-nos também que a diretoria do Colégio devia manter-se em contacto constante com os professores, com o fim

de ajudar a resolver problemas relacionados com as diferenças individuais. As vezes, duas ou três aulas particulares põem um aluno em condição de seguir a matéria que estava dependendo da resolução de uma dificuldade.

Vi um exemplo edificante em um colégio particular. Em horário diferente das aulas chegavam grupinhos de alunos e o diretor explicou: "São alunos que revelam deficiências em certas matérias e vêm receber explicações individuais". Perguntei se eram cobradas à parte essas aulas. O diretor se surpreendeu: "Mas não! é de interesse do colégio que todos aprendam".

Ai estão algumas sugestões em relação a problemas mais diretamente dependentes das direções de colégios. Vamos tentar expor, em continuação, os nossos pontos de vista com referência ao professor propriamente.

### O PROFESSOR

A primeira condição que se deveria exigir para que alguém seguisse a carreira do magistério é a VOCAÇÃO. Já se tem dito isso demais;

Quem é professor por vocação é um bom professor.

Quem é professor por necessidade pode ainda ser bom professor, se for cioso de sua responsabilidade.

Um professor sem noção de sua responsabilidade devia ser eliminado da classe.

Nada se ganhará em desenvolvimento de matéria se falhar a função educadora do mestre.

Tomando a matéria em si, perguntamos: Será preciso uma vasta cultura para que o professor seja um bom professor? — A cultura vasta será mais uma qualidade. Mas não é suficiente por si mesma.

É possível a um filólogo, a um latinista falhar por lhe faltarem outros recursos, como, por exemplo, força moral e disciplinar sobre os alunos, familiarização com métodos e processos de ensino, disposição para o trabalho (a fim de que não se reduzam os exercícios que dependam de correção).

Um bom conhecimento da língua atual pode ir compensando de algum modo a falta de estudos aprofundados do latim, por exemplo.

No desejo de ver os alunos progredirem, o mestre precisa aproximar-se tanto quanto possível deles, para atender às diferenças individuais. Não basta que se dê aula bonita e eloqüente; deve segui-la um trabalho de fixação que tem outra eloqüência.

Não interessa desenvolver muito esta parte porque os tratados sobre o bom mestre, sobre o educador, sobre processos do ensino multiplicam-se.

### O PROGRAMA

Somos de opinião que um bom professor ensina bem dentro de qualquer programa de língua pátria. Os programas têm sempre certa plasticidade nas mãos de um mestre experimentado. Nem se discuta que há isto de mais e aquilo de menos.

Quando um professor toma uma composição para corrigir, encontra oportunidade de dirigir seus ensinamentos para o lado que lhe parecer mais útil.

Qualquer ponto do programa pode ser dado numa hora de aula, durante o mês todo e até mais. Depende de o professor querer ou não desenvolver o assunto ou insistir na sua duração. A formação do imperativo dos verbos pode ser explicada em uma aula, mas a posse do conhecimento pelo aluno é muito mais lenta; a volta ao tema, com variantes de processos, depende do professor.

O programa pode incluir prefixos vernáculos, latinos e gregos. A aquisição pelo aluno pode dar-se por processo de memorização rápida, se o professor dirige o ensino mecanicamente, ou por assimilação e compreensão dentro das palavras com mais tempo e maior possibilidade de êxito, no presente e no futuro, se a direção do ensino for outra.

O programa atual de língua pátria, para ginásio é interessante, prático, razoável, exequível. A matéria vem

bem dividida, o que facilita o trabalho de professores novatos.

Se alguma vez o professor sentir que a aquisição de determinado fato da língua depende do conhecimento de outros que não constem da série, nada o impedirá de dar uma explicação esclarecedora.

Os fatos estão sempre muito entrelaçados e seria difícil prever todos os pormenores desta harmonia, em pontos de programa.

O espírito que ditou o programa é muito bom; ao mestre, a função de aplicá-lo devidamente.

Sempre que se faz um programa para determinados anos de um curso, fica suposto que os alunos terão capacidade receptiva: um mínimo de inteligência. Todos nós, professores, sabemos muito bem que, em nossas turmas, alguns não assimilarão a matéria porque limitados intelectualmente; outros só vencerão uma parte — a mais relacionada com a memória por exemplo; outros nem isso... Há quem não hesite em afirmar que noventa por cento dos homens são débeis mentais. Com ou sem cálculo é inegável a existência de alunos que, por deficiência mental, precisariam de trato especial — processo e tempo para adquirir um mínimo de conhecimento. Por mais que um professor procure atender as diferenças individuais, em uma turma, dificilmente consegue; ao mesmo tempo, desenvolver os bem dotados, de acôrdo com as suas possibilidades e encaminhar os mais desprovidos; estará ora sacrificando uns, ora outros. Seria necessária uma seleção.

Não sabemos bem como solucionar o problema: se homogenizando as turmas, mantendo turmas fracas e fortes, já se prevendo que as fracas fariam cada ano do curso em dois, ou se estabelecendo limite de nível para freqüência a determinados cursos. A última medida poderia causar injustiças porque não se podem obter resultados absolutos de comparação só com os testes de inteligência. A possibilidade de falhar em dois ou três por cento já nos desapontaria: às

vêzes mesmo, quando menos se espera, o aluno começa a revelar certa capacidade. São exceções, mas temos de pensar nelas.

### AS PROMOÇÕES

Quantas vêzes estranhamos que alunos de nível mental baixíssimo, e atrasado na matéria, seja promovido. O próprio mestre se surpreende. Onde estará a culpa da promoção? Pensamos que está em grande parte na possibilidade da promoção com notas baixas. Com a nota 30 sôbre 100 um aluno era promovido no curso normal. Vamos fazer uma suposição: uma prova dividida em três partes com os seguintes valores: uma composição, 60 pontos (computando-se pensamentos, expressão, correção); uma análise, 20 pontos; questões gramaticais, 20 pontos. O tema da composição seria minha atitude para com "pobre". A língua em que o aluno vai escrever é a mesma que ouve falar desde que nasceu. Portanto, pode, com alguma sensibilidade, traduzir seu pensamento, erra muito, concorda mal, não pontua, mas diz alguma coisa aproveitável. Conseqüência: consegue 10, 15 ou 20. Na análise é capaz de acertar numa oração mais simples ganha mais 10. Responde a questões de gramática mais relacionadas com a memória, ganha mais 10, e está aprovado em português.

Quantas vêzes um professor sente que deve dar zero a uma prova pela gravidade de erros já tão debatidos, não o pode, porque não são apenas aqueles erros que se contam, mas há os valores positivos a serem pesados. Numa transposição de trechos encontramos uma frase assim: "Partai, Fernão Dias". Vale ou não vale um zero depois de imperativo muito ensinado? No entanto, numa prova com tal êrro, pode ainda o aluno obter nota relativamente alta.

Devíamos lembrar-nos sempre de que a língua é um instrumento e um instrumento da maior necessidade. O desenvolvimento em outros pontos subordina-se ao desenvolvimento da expressão. Um problema não pode ser bem resolvido se o aluno não tem uma boa leitura silenciosa. Uma disser-



tação de história pode carecer de lógica, até por sua pontuação. Um fato geográfico é mal explanado por falhas de expressão. Um erro de crase altera um princípio físico ou químico, etc., etc. E se fossemos falar na necessidade de expressão exata dentro da própria vida! Uma impropriedade de termos pode criar problemas sérios de incompreensão, de mal-estar na família e na sociedade.

Há ainda um fator importantíssimo: o desenvolvimento do conhecimento da língua implica, naturalmente, o desenvolvimento do pensamento, da capacidade lógica. Dizemos: a aritmética desenvolve o raciocínio. É claro que desenvolve, mas quando bem servida pela língua, que é a sua força de expressão.

Não seria razoável que se elevasse, e muito, a média para promoções em língua pátria?

#### OS PAIS

Uma palavra apenas sobre a atitude dos pais.

Os pais também precisam debruçar-se por sobre os livros de educação e sobre si mesmos, e pensar na sua responsabilidade.

Seus filhos são ignorantes! Que parte lhes cabe nessa deficiência?

A falta mais comum dos pais é o desinteresse pelo desenvolvimento real do filho e o interesse exagerado pela promoção em si.

"Meu filho passou de ano! Que bom!" "O colégio é tão caro!" Não são muitos os pais que zelam, que acompanham o programa dos filhos para o lado mais conveniente. Quantos adolescentes fóra da hora escolar ficam inteiramente entregues a si mesmos! E é justamente quando mais precisam de assistência.

#### CURSO PRIMÁRIO

Não queríamos abordar o assunto referente ao curso primário por ser complexo e vasto, mas uma palavra se faz necessária: os hábitos de estudo, disciplina de pensamento,

atenção, etc., etc., formam-se desde os primeiros anos escolares, e substituir hábitos é muito mais difícil do que formá-los.

Digo mais, o primeiro ano primário arca com uma grande responsabilidade nas deficiências reveladas mais tarde na linguagem oral e escrita.

#### MAIS UM FATOR

O meio ambiente pode influir negativamente na aprendizagem da língua através de descuidos de linguagem em jornais, revistas, rádios, legendas de cinema, cartazes, etc. O meio influi mal pela própria ignorância da língua. Ficamos assim no círculo vicioso de consequência e causa. Seria viável uma orientação por um grupo de especialistas na matéria?

E aí terminamos nossas despreziosas considerações em torno de assunto tão complexo.

#### CONCLUSÕES

1.º — A Diretoria dos Colégios deve tomar interesse especial pelo ensino da língua, instrumento de cultura e de amor à pátria.

2.º — O professor deve ser cioso de sua responsabilidade, deve amar a língua e transmitir esse amor aos alunos.

3.º — Um bom professor ensina bem dentro de qualquer programa de língua pátria. O programa terá plasticidade nas mãos de mestre experimentado.

4.º — Em virtude das diferenças individuais, ou melhor, da escassa capacidade receptiva de muitos alunos, temos de contar com a correspondente deficiência na aquisição de conhecimentos.

5.º — O critério de promoção em língua pátria, deve ser mais rigoroso que o adotado em outras matérias.

6.º — Os pais devem ter interesses pelo desenvolvimento real dos filhos e não apenas pela promoção em si.

7.º — Ao curso primário, especialmente ao primeiro ano primário, cabe uma parte de responsabilidade no bom ou mau êxito do curso secundário.

8.º — O meio ambiente influi na aprendizagem da língua.