

Universidade Federal de Minas Gerais
Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas
Departamento de História

Maria Terezinha Bretas Vilarino

**Da lata d'água ao SESP: tensões e constrangimentos de um
processo civilizador no Sertão do Rio Doce (1942-1960)**

Orientadora: Prof. Dr^a. Anny Jackeline Torres da
Silveira

Belo Horizonte
Setembro de 2015

Universidade Federal de Minas Gerais
Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas
Departamento de História

Maria Terezinha Bretas Vilarino

**Da lata d'água ao SESP: tensões e constrangimentos de um
processo civilizador no Sertão do Rio Doce (1942-1960)**

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em
História da Universidade Federal de Minas Gerais,
como requisito final para obtenção do título de Doutor
em História.

Linha de pesquisa: Ciência e Cultura na História

Orientadora: Prof^a. Dra. Anny Jackeline Torres da
Silveira

Setembro de 2015

362.1 Vilarino, Maria Terezinha Bretas
V697d Da lata d'água ao SESP [manuscrito] : tensões e
2015 constrangimentos de um processo civilizador no sertão do
Rio Doce (1942-1960) / Maria Terezinha Bretas Vilarino. -
2015.
305 f. : il.
Orientadora: Anny Jackeline Torres Silveira.

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Minas
Gerais, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas.
Inclui bibliografia.

1.História – Teses. 2.Saúde pública - Teses. 3.
Civilização - Teses . I. Silveira, Anny Jackeline Torres. II.
Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de
Filosofia e Ciências Humanas. III. Título.



Tese defendida pela aluna **Maria Terezinha Bretas Vilarino** em **23 de setembro de 2015** e aprovada, pela banca examinadora constituída pelos professores:

Profa. Dra. Anny Jackeline Torres da Silveira - Orientadora
Universidade Federal de Minas Gerais

Prof. Dr. Bernardo Jefferson de Oliveira
Universidade Federal de Minas Gerais

Profa. Dra. Rita de Cassia Marques
Universidade Federal de Minas Gerais

Prof. Dr. Jean Luiz Neves Abreu
Universidade Federal de Uberlândia

Profa. Dra. Keila Auxiliadora de Carvalho
Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri

A arte de infantilizar formigas*

O pai morava no fim de um lugar.
Aqui é lacuna de gente – ele falou:
Só quase que tem bicho andorinha e árvore.
Quem aperta o botão do amanhecer é o arãquã.
Um dia apareceu por lá um doutor formado: cheio de suspensórios e ademanes.
Na beira dos brejos gaviões-caranguejeiros comiam caranguejos.
E era mesma a distância entre as rãs e a relva.
A gente brincava com terra.
O doutor apareceu. Disse: Precisam de tomar anquilostomina.
Perto de nós havia uma espera de rolinhas.
O doutor espantou as rolinhas.
(...)
A gente falava bobagens de à brinca, mas o doutor
Falava de à vera.

*BARROS, Manoel de. *Livro sobre nada*. Rio de Janeiro: Record, 2006, p. 13,15)

Dedicatória

Aos amigos **Ciro Flávio de Castro Bandeira de Melo (Cirão)** e **Edson Soares (Dundum)** com quem eu gostaria de ter podido compartilhar estas histórias.

Agradecimentos

Não é uma coisa simples fazer agradecimentos ao final de qualquer projeto realizado. Sempre se corre o risco de esquecer alguém que de alguma forma contribuiu, esteve próximo, se interessou por aquilo que fizemos. Assim espero ter feito os devidos agradecimentos na medida em que foram prestadas ajudas, críticas, sugestões, atenção, escuta. Entretanto, gostaria de mencionar algumas pessoas através das quais agradeço a todos que de alguma maneira estiveram por perto me animando.

Quando criança eu morava com minha família em Guanhães/MG, para os lados do Serro. Uma lembrança do pouco tempo que vivi lá, antes de irmos para Governador Valadares, marcou para sempre minha infância e meu corpo com o sinal da vacina. Havia uma figura amedrontadora da meninada da vizinhança. Era ouvir o seu nome e espirrava ‘gente’ para todo canto. “Lá vem o Sr. Benonino...” era uma ameaça das nossas mães para nos por para dentro de casa. O tal Sr. Benonino que nos metia tanto medo era “o homem da injeção”, o “homem da vacina”. Só há pouco tempo ‘descobri’ que ele era o agente do SESP que ia de casa em casa fazer a imunização. Começo então agradecendo a esses admiráveis agentes sanitários e visitadoras na lembrança do Sr. Benonino e sua maleta de vacinador.

Entre 2006 e 2009 reencontrei essa gente da vacina em outra circunstância. Agentes e visitadoras me confiaram lembranças de seu trabalho e de suas vidas, enquanto pesquisava sobre o SESP e sobre a história de Governador Valadares. Encantei-me com as narrativas e com os narradores, e confesso, foi difícil vencer a simpatia na hora da análise ‘científica’. Então, na pessoa da visitadora Hermínea Milhorele Veras, agradeço fortemente aos agentes e visitadoras (e enfermeiras), e também aos demais entrevistados nesse percurso do doutorado, que me receberam em suas casas e comigo compartilharam suas memórias.

O registro dessas memórias somente foi possível com a ajuda preciosa de alunos do Curso de História da Univale, bolsistas e colaboradores. Agradeço o envolvimento interessado de todos.

À Fátima Christina Jacob Lannes, que me ajudou no levantamento de documentos do SESP nos arquivos da COC/Fiocruz. Ao Nídio Porto agradeço as sugestões de entrevistados e a companhia sempre alegre e motivadora. À parceira Elizângela Mota dos Santos, sempre a postos para uma boa conversa e saídas providenciais.

Ao Dr. Augusto Barbosa que me presenteou com um livro (Itambacuri e sua História) escrito por seu pai, Serafim Ângelo da Silva Pereira, do qual tomei emprestada uma expressão para construir o título dessa tese (Da lata d’água ao Serviço Especial de Saúde Pública).

À profª Drª Anny Jackeline Torres da Silveira, que me recebeu como orientanda e acompanhou meu processo de pesquisa e escrita. Agradeço a leitura atenciosa, as perguntas apropriadas, as sugestões e a disponibilidade.

À profª. Drª Rita de Cássia Marques e ao prof. Dr. Bernardo Jefferson de Oliveira pela leitura cuidadosa e apontamentos decisivos na banca de qualificação, bem como pela participação na banca de defesa. Aos professores Dr. Jean Luiz Neves Abreu e Drª Keila Auxiliadora Carvalho pela disponibilidade para avaliação e participação na banca de defesa. Ainda agradeço a leitura generosa do professor Dr. André Luiz Vieira de Campos.

Ao PPGHIS/UFMG pela oportunidade de convívio e aprendizado e ao Scientia - Grupo de Teoria e História da Ciência, pela acolhida.

À COC/FIOCRUZ, pela prontidão e eficiência com que atendeu minhas solicitações.

A parceria com a profª Drª Patrícia Falco Genovez, do Curso de História/Univale foi indispensável para o desenvolvimento de pesquisas que acabaram por envolver meu próprio objeto. À Patrícia sou grata pelas dicas, pelas conversas desafiadoras e pela confiança. Sou ainda mais grata pela amizade fraterna e pelo abraço nas horas de desânimo.

Ao prof. Dr. José Luiz Cazarotto agradeço a provocação brincalhona e o olhar de quem fica observando para necessidade de qualquer socorro.

À Univale, pela oportunidade do ensino, da pesquisa e do crescimento profissional.

Ao Bráulio Silva Chaves e à Dayse Lúcida Silva Santos. Dividimos angústias, alegrias e trabalho nestes tempos de UFMG. Falamos das disciplinas, de política, de trabalho, de expectativas, e principalmente de nós mesmos. Construimos uma amizade bonita que segue pela vida.

À Cecília Luttembarck, pela companhia alegre e afetuosa. À Fernanda Batista, pela impagável gentileza. À Rúbia Fernandes e Ana Carolina Fonseca, por toda atenção.

Aos meus: Haruf, Amanda e Lucas, Manoel e Juliane, e Pedro e Sara. Cada um do seu jeito ‘me dando trabalho’ e me dando alegrias. ‘Muito amor envolvido’.

Aos manos: Lulu, Nêm, Ceição, Quim e Tato; por todos os motivos e porque não me deixaram esquecer os laços familiares tão fundamentais. À Lulu e Amilton, de maneira especial agradeço ‘casa e comida’ em BH e por cuidarem dos ‘meus meninos’ enquanto eu cuidava desse outro ‘projeto’. À ‘sobrinhada’, especialmente Alex e Ana que me ajudaram na lida com as traduções.

À D. Lucília, essa fortaleza.

Aos amigos e amigas, como a Sônia Queiróz, a Ivana Lovo e o Wellington Moreira, que ficaram na torcida e me matando de vontade de prosa, vinho e queijo.

Ao Matozinhos e sua mãe D. Maria, amigos de casa, que andaram me salvando de umas boas.

Resumo

O tema central desta tese teve como ponto de partida a hipótese de que o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) foi portador de uma proposta civilizatória, que ensejou constrangimentos e tensões próprias de um processo dessa natureza. Esta questão foi discutida a partir da contribuição do pensamento de Norbert Elias, isto é, de sua compreensão de mudança civilizatória como ‘mudança na conduta e nos sentimentos’ através da implantação de novos hábitos e práticas cotidianas. Como campo de pesquisa, definimos os discursos e as ações do SESP, expressas por ele mesmo e por terceiros, e através das memórias de antigos funcionários e antigos moradores da cidade de Governador Valadares. Para alguns, esse processo ‘civilizador’ seria algo natural ao momento (vida moderna) e deveria ser aceito sem maiores problemas; para outros, ao contrário, o projeto do SESP ensejava certo constrangimento cultural contra o qual seriam mobilizadas forças de resistência. Para analisarmos as ações e os discursos tanto dos grupos especializados como das pessoas assistidas, utilizamos os conceitos categoriais de Koselleck, ‘espaço da experiência’ e ‘horizonte de expectativas’. Estas categorias conceituais lidam com o tempo histórico e contribuíram para desvelar a configuração da ação do SESP especialmente tendo em mente a experiência no Vale do Rio Doce.

A questão não seria o SESP em si mesmo, mas a dinâmica de suas ações. O primeiro objetivo desta tese foi compreender os sentidos que os discursos que tangenciaram a atuação do SESP receberam nas relações sociais e culturais no cenário do Vale Rio Doce. Nossa intenção foi mostrar que no Vale do Rio Doce a performance médico-sanitária do SESP, além de atingir o objetivo imediato para o qual foi criado (ser um instrumento do ‘esforço de guerra’) e a meta varguista de consolidação e fortalecimento da presença dos serviços públicos nesta região, forjou novos padrões de comportamento sanitário e condutas individuais e coletivas em relação à saúde e a outros aspectos do cotidiano da população. Em outras palavras: construiu-se a presença do Estado, mas junto a isso, o SESP estabeleceu as bases para uma nova configuração territorial. Aqui encontramos a transformação do espaço urbano e rural acompanhada do estabelecimento de novas relações políticas e culturais nas quais muitos atores com conhecimentos e práticas diversos estiveram inter-relacionados.

O estudo sobre a dinâmica das ações do SESP no Médio Rio Doce foi também um esforço para a compreensão sobre como o discurso sanitário científico foi propagado. As bases para essa propagação estariam ancoradas nas mudanças das práticas de saúde e de saneamento existentes e no modo como novas práticas foram incorporadas no cotidiano tanto pelas pessoas atendidas como pelas demais. Ou seja, no modo como as pessoas se apropriaram destas práticas e como lhes conferiram uma nova significação. A abordagem sobre aspectos locais singulares, enfim, foi perpassada pela aproximação com aspectos, interesses e circunstâncias bem mais amplos.

Palavras-chaves: SESP – mudança civilizatória – discurso científico – memória – expectativas – experiências

Abstract

The starting point of this thesis was the hypothesis that the Special Public Health Service (SESP) was the bearer of a civilizing proposal, which embodied constraints and tensions inherent in this type of process. This issue was discussed based on the contributions of Norbert Elias's ideas, that is, from his understanding of civilizational change as 'change in behavior and feelings' through the implementation of new habits and daily practices. As this workresearch field, we define the speeches and actions of the SESP, expressed by itself as well as others, by its former employees' and former residents' memories in the city of Governador Valadares. For some, this 'civilizing' process would be something pertaining the moment (modern life) and should be accepted without major problems; for others, on the contrary, the SESP project brought certain cultural constraint against which resistance forces would be mobilized. We assumed to clarify these meanings the actions and speeches of both specialized groups and the people assisted by the program, using categorical concepts of Koselleck such as 'space of experience "and" horizon of expectations'. These conceptual categories deal with historical time and contributed to unveil the SESP's frame of action, especially when keeping in mind the experience in the Vale do Rio Doce.

The matter would not be the SESP in itself, but the dynamics of its actions. The first objective of this thesis was to understand the meanings of the speeches received in the social and cultural relations in the Rio Doce Valley scenery, which outlined the actions of the SESP. Our intention was to show that the medical and health performance of the SESP in the Valley of the Rio Doce forged new patterns of health behavior and individual and collective conducts, as well as other aspects of daily life of the population. In addition, it achieved the immediate goal for which it was created – as a tool of the 'war effort' – which was the Vargas goal of consolidating and strengthening the presence of public services in this region. In other words, the State presence was built, but with it the SESP laid the foundation for a new territorial configuration. Here we find the transformation of urban and rural areas followed by the establishment of new political and cultural relations in which many actors with different knowledge and practices were interrelated.

The study on the dynamics of the SESP's actions in the Middle Rio Doce was also an effort to understand how the scientific health discourse was spread. The basis for this would be anchored in changes in existing health and sanitation practices and in the way new practices had been incorporated into everyday life by both people who made use of the SESP's services as well as those who did not. That is, the way people had taken part in these practices and how they had given them a new meaning. The approach to these unique local aspects, after all, was permeated by a close relation to broader aspects, interests and circumstances.

Keywords: SESP – civilizational change – scientific discourse – memory – expectations – experiences.

Da lata d'água ao SESP: tensões e constrangimentos de um processo civilizador no Sertão do Rio Doce (1942-1960).

Sumário

INTRODUÇÃO	15
DO CONGO À FRONTEIRA ECOLÓGICA: O SERTÃO NUM MOVIMENTO CIVILIZATÓRIO	39
O SESP E A DIVULGAÇÃO CIENTÍFICA PARA UM MUNDO EM MUDANÇA	97
AÇÃO DOS AGENTES SANITÁRIOS E VISITADORAS COMO DIVULGADORES DA CULTURA CIENTÍFICA	145
A CULTURA CIENTÍFICA E A MUDANÇA DE HÁBITOS: ANTECEDENTES DO SESP E AVALIAÇÕES	203
CONCLUSÃO	267
FONTES	275
BIBLIOGRAFIA	283
ANEXOS	299

Lista de Abreviações

ACAR	Associação de Crédito e Assistência Rural
AIA	American International Association for Economic and Social Development
ANPUH	Associação Nacional de História
ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
CBAI	Comissão Brasileiro-Americana de Educação Industrial
CEDAC	Centro de Documentação e Arquivos de Custódia
CEDEPLAR	Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional
CFS	Conferências Nacionais de Saúde
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
COC	Casa de Oswaldo Cruz
DDT	Dicloro-difenil-tricloroetano
DFS	Delegacias Federais de Saúde
DNS	Departamento Nacional da Saúde
DOS	Divisão de Organização Sanitária
EFVM	Estrada de Ferro Vitória a Minas
EMATER	Empresa de Assistência Técnica e Extensão Rural
EUA	Estados Unidos da América
FAO	Organização das Nações Unidas para Alimentação e Agricultura
FAPEMIG	Fundação de Amparo à Pesquisa do estado de Minas Gerais
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
FSESP	Fundo Fundação Serviço Especial de Saúde Pública
FR	Fundação Rockefeller
FUNASA	Fundação Nacional de Saúde
IAIA	Instituto para Assuntos Inter-Americanos
IIAA	Institute of Inter-American Affairs
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
MES	Ministério da Educação e Saúde
MESP	Ministério da Educação e Saúde Pública
MTIC	Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio
NEHT	Núcleo de Estudos Históricos e Territoriais

OCIAA	Office of the Coordinator of Inter-American Affairs – Escritório para a Coordenação de Negócios Interamericanos
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OMC	Organização Mundial do Comércio
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
SAAE	Serviço Autônomo de Água e Esgoto
SAPS	Serviço de Alimentação da Previdência Social
SESP	Serviço Especial de Saúde Pública
SNES	Secretaria Nacional de Educação Sanitária
SNM	Serviço Nacional da Malária
SOTEMA	Sociedade Técnica de Materiais Ltda.
SUS	Sistema Único de Saúde
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
UNESCO	Organização das Nações Unidas para a educação, a ciência e a cultura
UNIVALE	Universidade Vale do Rio Doce

Lista de Anexos

Anexo 1	Lista de atividades para as visitadoras sanitárias. Apresentada por Bastos e Silva (1953, p. 266-271)
Anexo 2	Lista de atividades para os agentes sanitários. Apresentada por Bastos e Silva (1953, p. 272-275)
Anexo 3	Diário da Noite – 29/09/1943 - Chamada para reportagem – p. 01
Anexo 4	Reportagem no Jornal Diário da Noite – Página 08– em 29/09/1943
Anexo 5	Diário da Noite – 29/09/1943 – Chamada para reportagem p. 1- Foto ampliada

Lista circunstanciada de entrevistados

Entrevistado/a	Idade (na data da entrevista)	Profissão	Data da entrevista
1. Ana Aparecida Souza de Jesus	52 anos	Pedagoga	14 de abril de 2014
2. Ambrózia Francisca (+)	92 anos	Miqueira e Parteira	21 de maio d2008
3. Maria Auxiliadora Dias (D.Lili)	83 anos	Parteira	04 de julho de 2008
4. Elvira Ferreira Viana	80 anos	Doméstica	06 de junho de 2008
5. Graginna Vidal de Moraes Lopes	73 anos	Visitadora e Enfermeira	15 de outubro de 2009
6. Hermínea Milhorele Veras	83 anos	Visitadora	16 de setembro de 2009
7. Iracema dos Santos Costa	82 anos	Miqueira e dona de casa	30 de maio de 2008
8. Maria da Glória Carvalho	78 anos	Visitadora e Enfermeira	30 de outubro de 2009
9. Nilza da Silva	80 anos	Visitadora	13 de outubro de 2009
10. Paulina Alves de Souza	77 anos	Parteira	24 de maio de 2008
11. Sandra de Carvalho Gomes	68 anos	Licenciada em Ciências Sociais	11 de junho de 2014
12. Teresinha Solha Hilel	80 anos	Dona de casa	01 de julho de 2014
13. Zuleida Zambom Toé	78 anos	Dona de casa	25 de maio de 2013
14. Almiro Barreto (+)	83 anos	Médico	30 de maio de 2008
15. Antônio Peixoto	78 anos	Gerente comercial	30 de abril de 2014
16. Atanael Santana (+)	81 anos	Agente sanitário	14 de dezembro de 2007
17. César Nunes Coelho (+)	84 anos	Comerciante	02 de novembro de 2001
18. Hermírio Gomes da Silva (+)	69 anos 80 anos	Dentista	04 de dezembro de 1997 29 de maio de 2008
19. José Gonçalves Reis	74 anos 80 anos	Comerciário	18 de agosto de 2009 12 de abril de 2014
20. Ladislau Salles (+)	82 anos	Médico	14 de dezembro de 2001
21. Pedro Silveira Nunes	82 anos	Alfaiate	08 de dezembro de 2009
22. Petronilho Alcântara Costa (+)	86 anos	Agente sanitário	10 de junho de 2008
23. Olmário Francisco Vieira (+)	78 anos	Agente sanitário	30 de maio de 2008
24. Sady da Silva	77 anos	Garimpeiro aposentado	31 de maio de 2008
25. Tauffic Salmen (+)	76 anos	Comerciante	02 de outubro de 2009

INTRODUÇÃO

Um artigo do jornalista Antônio Callado¹ publicado no Boletim do SESP², em novembro 1949 (p. 8-10), fez uma retrospectiva sobre as circunstâncias de criação do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) em 1942 e sua atuação nos anos seguintes³. O jornalista contextualizou a Reunião de Chanceleres ocorrida no Rio de Janeiro em 1942, da qual participavam Ministros representantes de países sul-americanos e dos Estados Unidos, e de cujos desdobramentos nasceram os acordos de cooperação entre as nações participantes na guerra contra o Eixo. Para o Brasil uma das implicações dessa reunião foi a assinatura do acordo que estabelecia a criação do SESP, uma agência de saúde pública que teria superintendência e financiamento bilateral. Portanto, para o jornalista, o SESP seria um *war baby* por ter sido criado no contexto da II Guerra Mundial, sendo uma contrapartida dos Estados Unidos, que “precisavam da borracha do Amazonas e do minério de ferro e do cristal de rocha do Vale do Rio Doce”. A exploração dessa matéria-prima estaria comprometida pela pobreza dos recursos humanos, e “o saneamento era condição indispensável para se começar a extração das desejadas riquezas”. Neste caso, segundo Antônio Callado, para “cuidar ao mesmo tempo da matéria prima e do homem” a colaboração técnica dos Estados Unidos seria indispensável “no campo da engenharia, em primeiro lugar, da medicina e mesmo da farmácia”, pois sem a ideia de cooperação seria difícil supor “que seríamos capazes de criar alguma coisa como o SESP” (CALLADO, 1949, p. 8 -9).

Nesse sentido, o título do artigo *Produzindo Saúde para produzir matérias primas e seus subtítulos: O SESP, obra de brasileiros e de norte-americanos; O que acontece quando a cooperação de guerra se prolonga em tempos de paz; Alegria no Vale do Rio Doce; O Serviço*

¹Conforme informação da página da Academia Brasileira de Letras, Antônio Callado foi jornalista, romancista, biógrafo e teatrólogo. Nasceu em Niterói, RJ, em 26 de janeiro de 1917, e faleceu no Rio de Janeiro, RJ, em 28 de janeiro de 1997. Ingressou na Faculdade de Direito em 1936 e, no ano seguinte, começou a trabalhar, como repórter e cronista, em *O Correio da Manhã*. Iniciava aí uma carreira jornalística que lhe proporcionou muitas viagens e contato com alguns dos temas de sua obra. Disponível em: <http://www.academia.org.br/abl/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?infoid=151&sid=138> Acesso em 20/06/2015.

²O *Boletim do SESP* era publicado mensalmente desde 1944 para registro e divulgação do que acontecia em todos os setores do Serviço Especial de Saúde Pública. Direcionado para funcionários e público mais leigo, explicava os programas, os cursos, anunciava visitas e eventos científicos e políticos e expressava comentários sobre temas gerais de saúde pública (Boletim do SESP, n. 24, 1945, p. 10). O *Boletim do SESP* será apresentado no capítulo 2 e alguns números foram utilizados como fonte de pesquisa.

³Artigo, transcrito do Jornal carioca *Correio da Manhã*. A publicação original aconteceu em 12 de outubro de 1949. Disponível em: http://memoria.bn.br/DocReader/docreader.aspx?bib=089842_05&pasta=ano%201944&pesq=Produzindo%20sa%C3%BAde%20para%20produzir%20mat%C3%A9rias%20primas. Acesso em 10 de junho de 2014.

Especial de Saúde Pública se alastra pelo país – são sugestivos e resumem bem a ideia que inspirou o acordo entre o Brasil e os Estados Unidos que definiu a criação da agência⁴ (BASTOS, 1996; CAMPOS, 2006) e a sua permanência no pós-guerra. Como ressaltou Campos (2006), o objetivo de “implementar políticas sanitárias em áreas econômica e militarmente estratégicas” por meio da recém criada agência de saúde pública, ao mesmo tempo em que atendia interesses americanos imediatos, relacionados às necessidades de guerra e de aproximação econômica com o Brasil, respondia, também, aos interesses do governo Vargas de expandir no território brasileiro a presença e autoridade do Estado (CAMPOS, 2006, p.173-185).

O artigo também apresentou dados sobre os recursos financeiros bilaterais investidos nos Programas de Assistência estabelecidos entre os dois países e deixou claro que a contribuição brasileira foi aos poucos superando a dos Estados Unidos, à medida que o “forte arcabouço do Serviço Especial de Saúde Pública” (CALLADO, 1949, p. 8) se consolidava. Antônio Callado apresentou com entusiasmo o resultado do trabalho realizado, até aquele ano, nos estados do Espírito Santo e de Minas Gerais, destacando as cidades de Colatina e Fundão, Aimorés e Governador Valadares, respectivamente nos dois estados. Um pequeno trecho da reportagem ilustra a boa impressão do jornalista:

Como no Vale do Amazonas, no rio Doce, o SESP é sempre uma nota clara e alegre na paisagem. Aonde chega o SESP chegam as “visitadoras” que vão ver o que há dentro da casa dos matutos, chegam os laboratórios, chegam as hortas, chega a água encanada e chegam as bicas, chegam os médicos: instala-se, em suma, um foco irradiador de saúde. Zonas inteiras adquirem uma certa segurança de vida, uma certa garantia de bem-estar – e é principalmente isto que dá à paisagem local aquela alegria. Se o SESP cuidasse apenas dos enfermos, acabaria por adquirir um vago ar tristonho de organização meramente hospitalar. Não é o caso. Em primeiro lugar, mesmo no terreno estritamente médico, o SESP cuida tanto de curar a moléstia como de evitá-la, com suas obras de saneamento. Mas, além disto, certas de suas instituições têm um caráter nitidamente social (CALLADO, 1949, p. 9).

Finalizando o artigo Antônio Callado enalteceu a “colaboração criadora” que produzia “pura felicidade humana”, materializada em “não ter bicho de pé, não ter amebas nos

⁴Como desdobramento da III Conferência dos Ministros das Relações Exteriores, em 1942, o presidente brasileiro enviou o Ministro da Fazenda Sousa Costa a Washington para fechar acordos de auxílio dos Estados Unidos para a recuperação e a exploração das minas de ferro de Itabira (MG), para a produção de borracha na Amazônia e de outros materiais básicos e estratégicos. Era também objetivo, porém menos explícito, obter armamento necessário para equipar o Exército brasileiro. Afora alguma dificuldade no quesito relacionado aos armamentos, a missão de Sousa Costa foi exitosa e, em 3 de março de 1942, assinaram-se os “Acordos de Washington” entre os governos dos Estados Unidos e do Brasil. Como consequência, o Brasil recebeu a maior parte dos recursos para assistência financeira desembolsados para a América Latina nos anos de guerra, garantiu as vendas da produção de cacau e café, além de receber dos EUA produtos químicos, implementos agrícolas e produtos siderúrgicos (DULLES, 1967). Da pauta dos acordos (uma série de trinta tratados), destacamos a liberação de fundos para a produção da borracha e a exploração de minérios, o tratado militar e o relacionado à cooperação para promoção de saúde e saneamento. Esse último garantiu a criação do SESP.

intestinos, saber fazer uma horta e comer direito, depois de lavar as mãos – todas estas coisas que parecem tão pequenas, transformam o rosto das criaturas e mudam a atitude das pessoas diante da vida” (CALLADO, 1949, p.10). Também apontou a expansão do trabalho do SESP para outras áreas do país “como uma espécie de êxito permanente” e como brinde que brotou da guerra: “Que um programa de extração de matérias primas para a guerra tenha acabado por se transformar num Serviço Especial de Saúde Pública é como se um canhão acabasse por disparar brindes: tal é o poder da colaboração de guerra que se prolonga pelos tempos de paz...” (CALLADO, 1949, p. 10).

As informações divulgadas pelo artigo sobre a criação do SESP, sua natureza de órgão de saúde pública com administração bilateral e a expansão de sua área de atuação no pós-guerra são conhecidas por aqueles que estudam os ‘caminhos da saúde pública no Brasil’ (FINKELMAN, 2002), especialmente no que se refere aos encaminhamentos sócio-políticos de meados do século XX. Um inventário sobre livros, teses, dissertações e artigos científicos que versam sobre a agência ou que a tangenciam indica um esforço de pesquisa e discussão a partir da agência e de documentação oficial, em que se leva em conta especialmente as questões diplomáticas EUA/Brasil que favoreceram sua constituição e atuação, burocracias da agência, programas e projetos de saúde curativa e preventiva, formação de pessoal especializado e educação sanitária, relação com as ciências sociais, entre outros temas.

O livro de André Luiz Vieira Campos (2006) - *Políticas Internacionais de Saúde na Era Vargas: o Serviço Especial de Saúde Pública, 1942-1960*– fruto de sua tese de doutoramento⁵, abre as discussões sobre o SESP. A partir da contextualização e da problematização históricas, que levam em conta a conexão entre os campos da saúde pública, do fortalecimento do Estado brasileiro e das relações internacionais, o autor historiciza a constituição do SESP e os programas pioneiros no Amazonas e Vale do Rio Doce, confirmando o papel das políticas sanitárias como instrumento de fortalecimento do poder público. No prefácio do livro, Gilberto Hochman acentua seu pioneirismo como “estudo profundo e sistemático sobre o SESP” (HOCHMAN, G. in CAMPOS, A. L. V, 2006, p.10). Embora a publicação do livro tenha acontecido cerca de oito anos após a defesa de tese de Campos, é importante ressaltar que o pesquisador já publicava artigos e capítulos que o anteciparam⁶.

⁵University of Texas at Austin, UTexas, Estados Unidos. Título: *International Health Policies in Brazil: The Serviço Especial de Saúde Pública, 1942-1960*, Ano de obtenção: 1997.

⁶CAMPOS, André Luiz Vieira de. *The Institute of Inter-American Affairs and its Health Policies in Brazil during World War II. Presidential Studies Quarterly*, XXVIII(3): 523-534, 1998. CAMPOS, André Luiz Vieira de: ‘Combatendo nazistas e

Até então não se dispunha de outras abordagens além de um livro do Dr. Nilo Chaves de Brito Bastos, superintendente do SESP entre 24 de novembro 1969 e 31 de agosto de 1970. De caráter memorialístico, o livro de Bastos (1993)⁷ faz uma abordagem laudatória para a ‘evolução histórica’ do SESP sem, contudo problematizar seu objeto. Sua narrativa elogiosa assenta a agência num patamar meritório e fundador de uma tradição sanitária que, a seu ver, deveria ter sido mantida como padrão do sistema de saúde no Brasil. O mesmo autor publicou anteriormente, em 1963, uma obra⁸ em que apresentava os fundamentos, objetivos e métodos da Educação Sanitária, preconizada pelo SESP. Apesar do objeto não ser diretamente o Serviço Especial de Saúde Pública, é possível identificar no texto as mesmas premissas norteadoras de sua obra memorialística. Nas duas obras de Bastos, também é possível identificar muitos trechos compilados de dois relatórios divulgados pelo Institute of Inter-American Affairs (IIAA)⁹ sobre os programas de cooperação em saúde pública realizados em países da América Latina, que comentaremos no capítulo 4: 1) *10 Years of Cooperative Health in Latin America – An Evaluation*, e 2) *The Brazil – United Cooperative Health and Sanitation Program_1942-1960*.

Em termos acadêmicos, até a publicação do livro de Campos, tem-se conhecimento de duas dissertações de mestrado que tiveram o SESP como objeto. A primeira¹⁰, defendida em 1976, na Escola Brasileira de Administração Pública da Fundação Getúlio Vargas, discutiu a

mosquitos: militares norte-americanos no Nordeste brasileiro (1941-45)’. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, V. 5, nº 3, p. 603-620, nov. 1998-fev. 1999; CAMPOS, André Luiz Vieira de. Políticas internacionais de saúde na era Vargas: o Serviço Especial de saúde pública. In: GOMES, Ângela de Castro (org) *Capanema: o ministro e seu ministério*. Rio de Janeiro: Editora FGV, p. 195-220, 2000; CAMPOS, André Luiz Vieira de Campos. O Serviço Especial de Saúde Pública – SESP. In: BENCHIMOL, Jaime L. *Febre Amarela: a doença e a vacina, uma história inacabada*. Rio de Janeiro: editora FIOCRUZ, p. 174-177, 2001; Campos, André L.V. “La expansión de la autoridad estatal y El Servicio Especial de Salud Publica em el Brasil, 1942-1960”. *Dynamis. Acta Hisp. Med. Sci. Hist. Illus.* 2005, 25, 227-256; O Instituto de Assuntos Interamericanos e seu programa de saúde no Brasil: políticas internacionais, respostas locais. *Transit Circle – Revista Brasileira de Estudos Americanos*, 4, Nova série: 78-95, 2005.

⁷ BASTOS, N.C. Brito. *SESP/FSESP: 1942 – Evolução Histórica – 1991*. Recife, Comunicarte, 1993.

⁸ BASTOS, N. C. B. *Educação Sanitária: fundamentos, objetivos e métodos*. Rio de Janeiro: Fundação Serviço Especial de Saúde Pública, 1963.

⁹ Em 1940 foi criado nos EUA o Escritório para a Coordenação das Relações Comerciais e Culturais (OCIAA) entre as Repúblicas Americanas, e sua direção foi entregue a seu inspirador, o empresário Nelson Rockefeller. As ações desse Escritório (Office of the Coordinator of Inter-American Affairs) inicialmente se voltaram para três áreas: propaganda, relações culturais e educacionais, assuntos econômicos e financeiros, com ênfase inicial para este último ponto. Entre as corporações que fizeram parte do Office of the Coordinator of Inter-American Affairs (OCIAA), estava o Institute of Inter-American Affairs (IIAA), que foi organizado em 1942 e teve como objetivo promover “a melhoria das condições de saúde e bem-estar dos povos do Hemisfério, em colaboração com seus governos”. Essa corporação se encarregou da administração do SESP em nome dos EUA (CAMPOS, 2006, p. 49-50).

¹⁰ PEÇANHA, Ângela Maria de Menezes. *Fundação Serviços de Saúde Pública - FSESP: um estudo de desenvolvimento institucional*. Rio de Janeiro: FGV, 1976. Dissertação (Mestrado em Administração Pública) – Escola Brasileira de Administração Pública, Fundação Getúlio Vargas, 1976.

dinâmica organizacional da agência a partir de conceitos weberianos; a segunda¹¹, de 1992, defendida no departamento de Administração Pública da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, discutiu o controle das populações do interior do país através das políticas de saúde implementadas pelo SESP. De caráter acadêmico ainda citamos o artigo de Fonseca (1989)¹² que discute as propostas para educação sanitária desenvolvidas pelo SESP.

Mais atualmente, uma série de artigos publicados em Revistas¹³ especializadas e/ou apresentados em Congressos e Simpósios como os da Associação Nacional de História (ANPUH), da Sociedade Brasileira de História da Ciência (SBHC) e da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) demonstram que a atuação do Serviço Especial de Saúde Pública tem merecido uma atenção minuciosa, especialmente no que tange ao seu Programa de Formação de pessoal técnico e ao Programa de Educação Sanitária. Campos (2006, p.27) afirma que “esmiuçar a história do SESP é também importante para a reflexão sobre um passado recente, que nos legou heranças que ainda perduram no campo da saúde pública” e que

Conhecer a história do SESP torna-se bastante oportuno quando observamos a tendência contemporânea de se repensar o conceito de ‘saúde internacional’, conceito este que, refletindo o processo de globalização, vem sendo rapidamente substituído pelo de ‘saúde global’ (CAMPOS, 2006, p. 27).

Nesse esforço de pesquisa, a experiência ‘sespiana’ em Educação Sanitária e a contribuição das Ciências Sociais nos programas de saúde e saneamento, têm sido objeto de investigação no intuito de ampliação do conhecimento sobre essas temáticas. Destacamos especialmente um projeto de pesquisadores da COC/FIOCRUZ que, desde 2008, tem se debruçado sobre a questão¹⁴. O artigo – Tradutores, intérpretes ou promotores de mudança?

¹¹PINHEIRO, Themis Xavier 1992 *Saúde pública, burocracia e ideologia: um estudo sobre o SESP (1942-1974)*. Dissertação de mestrado, Natal, Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

¹²FONSECA, Cristina Maria Oliveira. As propostas do SESP para educação em saúde na década de 50: uma concepção de saúde e sociedade. Rio de Janeiro, *Cadernos da Casa de Oswaldo Cruz*, (01), p. 51-58, nov.1989.

¹³Em uma busca realizada no SciELO – Scientific Electronic Library Online – que congrega revistas de divulgação científica em diversas áreas do conhecimento, no mês de agosto 2013, encontramos 34 artigos que se referem ao SESP, disponibilizados em revistas de temática de Saúde Pública e Ciências Sociais. Os mesmos artigos aparecem no Portal da CAPES.

¹⁴Cf. o Diretório do Grupo de Pesquisa–Ciência, Saúde e Pensamento Social – “O grupo tem por objetivo realizar pesquisas sobre as representações da vida social apoiadas em discursos e teorias científicas, notadamente os que se referem à área de saúde. Reúne estudos que discutem as relações entre saúde e os processos de construção do Estado Nacional; entre saúde, discurso médico-higienista e história das ciências sociais; e entre ciência, território e representações da identidade nacional. (...) Outra base importante consiste nos resultados alcançados pelo projeto Memória das Políticas de Saúde Pública no Brasil Contemporâneo, que teve como objetivo a organização do fundo documental da Fundação Serviço Especial de Saúde Pública, realizado na Casa de Oswaldo Cruz, com apoio da FINEP e do DCIT/Ministério da Saúde. Com ênfase nos estudos

Cientistas sociais, educação sanitária rural e resistências culturais (1940-1960)– de Maio e Lima (2009)¹⁵, participantes do grupo de pesquisa, é instigante na medida em que permite compreender o sentido tomado pela atuação dos cientistas sociais envolvidos nos programas de educação sanitária do SESP. O que estaria por trás de sua atuação/intervenção? Qual motivação demandaria o emprego das metodologias e propostas destes cientistas? O que pretendiam alcançar? Foram essas as questões que a leitura do artigo suscitou para esta pesquisa.

Maio e Lima empreendem uma análise acerca da atuação de dois sociólogos que prestaram serviços ao SESP: José Arthur Rios, que foi Coordenador da Divisão de Educação Sanitária, e Luiz Fernando Raposo Fontenelle, que fora contratado, em meados da década de 1950,¹⁶ para avaliar as relações médico-pacientes de um centro de saúde em Aimorés/MG. Ambos se colocam como “tradutores” das culturas da população-alvo para os termos científicos inerentes ao programa que representavam (MAIO e LIMA, 2009, p. 550-556).

A posição de tradutores ou intérpretes ocupada pelos sociólogos, antropólogos e outros cientistas sociais é resumida por George Foster¹⁷, ao avaliar a presença dos antropólogos nos programas de cooperação: “O antropólogo (...) fornece os olhos e os ouvidos para o projeto. Sua percepção de evoluções pode tornar possíveis modificações em planos, enquanto é tempo de mudar, e experimentação com idéias novas ou alteradas” (FOSTER, 1964, p.202).

Além do artigo destacado acima, outros estudos problematizam a presença dos cientistas sociais em programas de saúde como o do SESP. De certa forma, eles se complementam e abrem novas frentes de discussão. Entre tais estudos mencionamos: a tese de José Leandro Rocha Cardoso – “Educando os educadores: ciências sociais e educação sanitária na experiência do SESP (1950-1960)”¹⁸, de 2009; a dissertação de Nemeu da Silva Oliveira – “Estudos de comunidade, ciências sociais e saúde: o ciclo de pesquisas no Vale do

sobre pensamento social no Brasil, preocupa-se também com perspectivas comparativas, sobretudo com outros países da América Latina, como pode ser exemplificado na realização do projeto Culturas da Higiene na América Latina” Disponível em: <http://dgp.cnpq.br/buscaoperacional/detalhegrupo.jsp?grupo=0039702NX8IPZS>. Acesso em julho de 2012.

¹⁵ Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/se/v24n2/08.pdf> . Acesso em 10 de março de 2013

¹⁶ Fontenelle fez parte da Seção de Pesquisas Sociais do SESP, órgão vinculado à Divisão de Educação Sanitária, dirigida por J. Arthur Rios.

¹⁷ Dr. George M. Foster, antropólogo, diretor do Instituto de Antropologia Social, Smithsonian Institution. Participou da equipe de avaliação que produziu o relatório *10 Years of Cooperative Health in Latin America – An Evaluation*.

¹⁸CARDOSO, José Leandro Rocha. Educando os educadores: ciências sociais e educação sanitária na experiência do SESP (1950-1960). Tese (Doutorado em História das Ciências e da Saúde) - Fundação Oswaldo Cruz. Casa de Oswaldo Cruz, 2009.

São Francisco na década de 1950)”¹⁹, de 2010; levantamento realizado pela própria autora da presente tese, Maria Terezinha Bretas Vilarino – “Entre lagoas e florestas: atuação do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) no saneamento do Médio Rio Doce (1942 e1960)”²⁰”, de 2008, em que são apresentados a monografia de Kalervo Oberg sobre Chonin de Cima²¹ e o livro de Fontenelle sobre Aimorés²².

Também chamam atenção para a temática e questões aproximadas a dissertação de mestrado de Regina Érika Domingos de Figueiredo – “Cuidando da Saúde do Vizinho: as atividades de antropólogos norte-americanos no Brasil”²³, de 2004; e sua tese de Doutorado em Antropologia Social – “Histórias de uma Antropologia da Boa Vizinhança: um estudo sobre o papel dos antropólogos nos programas interamericanos de assistência técnica e saúde no Brasil e no México (1942-1960)”²⁴, de 2009. O Programa de Educação Sanitária do SESP foi avaliado por Rogério Dias Renovato²⁵ em sua tese de doutorado em Educação, de 2009 – “Práticas Educativas em Saúde: trilhas, discursos e sujeitos”. Boa parte dessas teses foi parcialmente apresentada em artigos publicados em revistas de circulação nacional e internacional, hospedadas no Scielo.

Numa abordagem mais crítica, baseada no marco teórico do materialismo histórico, encontramos algumas discussões que avaliam a questão da saúde pública e os aportes das ciências sociais. Como referência, podemos indicar as discussões levantadas por Everardo Duarte Nunes²⁶, entre outros, que avaliam a temática concomitantemente relacionada com o

¹⁹ OLIVEIRA, Nemeu da Silva. Estudos de comunidade, ciências sociais e saúde: o ciclo de pesquisas no Vale do São Francisco na década de 1950. Dissertação (Mestrado em História das Ciências e da Saúde) – Fundação Oswaldo Cruz, Casa de Oswaldo Cruz, 2010.

²⁰ VILARINO, M. T. B. Entre lagoas e florestas: atuação do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) no saneamento do Médio Rio Doce (1942 e1960). Belo Horizonte, UFMG, 2008 (Dissertação de Mestrado).

²¹ OBERG, Kalervo. Chonin de Cima - A Rural Community in Minas Gerais, Brazil. Rio de Janeiro: USOM, 1956.

²² FONTENELLE, L. F. Raposo. Aimorés – Análise Antropológica de um Programa de Saúde. DASP: Serviço de Documentação, 1959.

²³ FIGUEIREDO, R. E. D. Cuidando da saúde do vizinho: as atividades de antropólogos norte-americanos no Brasil. Dissertação (Mestrado) - UNICAMP, Campinas, 2004.

²⁴ FIGUEIREDO, Regina E.D. Histórias de uma antropologia da 'boa vizinhança': um estudo sobre o papel dos antropólogos nos programas interamericanos de assistência técnica e saúde no Brasil e no México (1942-1960). Tese (Doutorado) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas. 2009

²⁵ RENOVATO, Rogério Dias. Práticas educativas em saúde: trilhas, discursos e sujeitos. Tese (Doutorado em Educação) - Universidade Estadual de Campinas. 2009.

²⁶ “Atualmente é Professor Colaborador- Departamento de Medicina Preventiva e Social/FCM/Unicamp; participa do Conselho Editorial das seguintes revistas: *Physis. Revista de Saúde Coletiva, Revista de Saúde Pública/Journal of Public*

avanço do capitalismo no Brasil, e as relações internacionais de interdependência, especialmente América Latina/EUA²⁷.

Independente da linha de pesquisa ou do posicionamento teórico, os textos mencionados trazem explícita ou implicitamente a proposta de mudança planejada, inerente ao programa de cooperação internacional, que envolve não só questões culturais, mas também os objetivos econômicos e políticos que interessavam aos ‘cooperados’. Não é nosso objetivo no momento o aprofundamento das questões apontadas em cada uma dos trabalhos indicados, mas distinguir sua relevante contribuição para a composição de um corpus documental que coloca em evidência a questão da saúde pública, do SESP, e da aplicação das Ciências Sociais nesse campo.

A partir deste renovado apanhado bibliográfico, e de questões que ficaram em aberto na dissertação de mestrado que precedeu esta tese – tais como o tema da mudança de hábitos e condutas e a expectativa de mudança cultural, evidentes nos programas ‘sespianos’, além da autoprocamação exitosa (tanto evidente na documentação como em depoimentos de antigos funcionários) – impulsionamo-nos e um novo esforço de pesquisa e análise deste tema. O trabalho atual, de certa forma, vira pelo avesso a pesquisa desenvolvida anteriormente. A dissertação sobre o Serviço Especial de Saúde Pública apresentou sua atuação no Vale do Rio Doce no contexto de ‘esforço de guerra’ e no pós-guerra. O levantamento das fontes e dados apontou para as diversas atividades desenvolvidas e seus méritos regionais, mas também para resistências às mudanças pretendidas. Assim, para a pesquisa de mestrado, nossa preocupação foi com o entendimento de como e porque o SESP chegara à região e de que maneira realizou seu programa médico-sanitário. Alguns aspectos que se apresentaram na dissertação, nos instigaram a uma investigação sobre os sentidos atribuídos às mudanças empreendidas pelo SESP entre seus divulgadores e o público-alvo. Dentre eles, destacamos, sobretudo, o elogio às ações do SESP como catalisadoras de mudanças e de modernização sanitária, tanto em termos materiais (fornecimento de água potável e construção de vias de esgotamento de dejetos, combate à malária, medicina curativa e preventiva) como em termos de mudanças de

Health; Ciência & Saúde Coletiva; RECIIS - Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde (CICT/Fiocruz) Tem experiência na área de Saúde Coletiva, com ênfase em Saúde Pública, atuando principalmente nos seguintes temas: saúde coletiva, ciências sociais em saúde/Brasil, ciências sociais e saúde/história, sociologia da saúde, saúde mental; processo saúde-doença. Presidente do Grupo de Estudos História das Ciências da Saúde/FCM/Unicamp. Pesquisador IA do CNPq, ex-coordenador do CA-SCN/Cnpq, autor de “Sobre a Sociologia da Saúde”, SP:Hucitec, 2a.ed. 2007 (Texto informado pelo autor no seu lattes).

²⁷NUNES, E. D. org. *Ciências Sociais e Saúde na América Latina: tendências e perspectivas*. Brasília. OPAS. 1985; NUNES, E. D. Ciências sociais em saúde no Brasil: notas para a sua história. *Educ. méd. Salud*, 21(2): 106-15, 1987; NUNES, E. D., org. *Juan César Garcia: pensamento social em saúde na América Latina*. São Paulo, Cortez, 1989; NUNES, E. D. As ciências sociais em saúde: reflexões sobre as origens e a construção de um campo de conhecimento. *Saúde e Sociedade*, 1992, p. 59-84.

hábitos higiênicos e conformação de novas ideias e atitudes quanto à saúde/doença por meio de programa de educação sanitária. Nesse sentido, no doutorado, redirecionamos nosso olhar para questões que ficaram em aberto: que concepções de saúde pública e higiene tangenciavam a ação do SESP? Como a intervenção sanitária foi recebida pelo público-alvo? Como se deu o encontro da medicina científica com os saberes de cura tradicionais? Quem seriam os divulgadores dessa nova concepção sanitária e para qual público? A atuação do SESP se ligaria a um projeto mais amplo? Qual?

Isto posto, partimos da hipótese de que o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) foi portador de uma proposta civilizadora, que pretendeu se efetivar a partir da implantação de novos hábitos e práticas cotidianas, que ensejaram constrangimentos, forças de aceitação e de resistência por parte dos envolvidos em seus Programas de Saúde Pública. Tomando como referência o conceito de Norbert Elias, que entende o processo civilizador como “mudança na conduta e nos sentimentos humanos”, estimamos que tal processo no Vale do Rio Doce/MG, tangenciado pelo SESP, não estaria isento de conflitos, tensões e acomodações (ELIAS, 1993, p 193-196) próprias de processos de mudança, tanto no âmbito individual como na esfera coletiva. A reflexão sobre os sentidos dos diversos discursos que permearam as ações do SESP no Vale do Rio Doce, tanto para os executores (dos quadros especializados aos funcionários auxiliares), como para os assistidos e/ou não atendidos, nos levaram a outra problematização, com base nas categorias conceituais “espaço de experiência e horizonte de expectativa” de Reinhart Koselleck (2006). A partir da associação entre passado e futuro, Reinhart Koselleck desenvolveu essas categorias conceituais para abordagem do tempo histórico. De acordo com suas formulações, o passado é compreendido como espaço de experiência e o futuro como horizonte de expectativa, que num determinado tempo presente entrariam (ou poderiam entrar) em relação de reciprocidade (KOSELLECK, 2006, p.15). Nesse sentido, acrescentamos à hipótese inicial, a ideia de que a proposta sanitária do SESP abarcaria um horizonte de expectativa direcionado para uma modernização civilizadora e um espaço de experiência entremeadado por distintos interesses, métodos e concepções médico-sanitárias que colocariam em confronto a tradição e a ciência, os ‘velhos’ hábitos das populações-alvo e os novos padrões científicos de higiene e terapêutica.

Para uma melhor compreensão da hipótese que levantamos, efetuaremos a seguir, um breve comentário sobre os resultados da atuação do Serviço Especial de Saúde Pública no Vale do Rio Doce, pontuando a justificativa do recorte escolhido para o desenvolvimento da tese.

Os resultados e métodos da atuação do SESP no Vale do Rio Doce: recortes a partir das experiências e horizontes civilizatórios

É de fato inegável que, para o Vale do Rio Doce, as ações do SESP entre as décadas de 1940 e 1960 propiciaram o ordenamento dos territórios urbanos, o saneamento rural, a erradicação da malária, a contenção de outras endemias e a divulgação e concretização de práticas médicas científicas. Dessa forma, foram criadas as condições territoriais para a região receber e expandir os grandes investimentos de capital – mineração, siderurgia, indústria madeireira – e, ao mesmo tempo, se confirmar como fronteira agrícola – expansão da pecuária de corte e produção agrícola), confirmando-se o papel do Serviço Especial de Saúde Pública na consolidação e no fortalecimento da presença do Estado (*state building*)²⁸ nessa região. Esses resultados se tornaram a ‘marca’ sespiana na história do Vale do Rio Doce.

Simultaneamente, também para a população atendida, tais ações provocaram alterações nas práticas de saúde, nos costumes e nos valores culturais e uma (re)organização do espaço urbano e rural (em menor dimensão). O discurso de ciência em que o SESP se apoiava procurava sistematizar uma pedagogia sanitária de intervenção na comunidade que se opunha às estratégias que a comunidade utilizava para lidar com as doenças. Portanto, a atuação deixava claro o objetivo de preparar as gerações mais novas segundo os padrões científicos e simultaneamente combater as práticas da medicina popular. De um lado, o SESP advogava uma mudança dos padrões de higiene, da forma de alimentação ou da busca de cura entre rezadeiras e curadores, da tradição do partejamento feito pelas ‘curiosas’. De outro lado, boa parte da população desconfiava das novidades sanitárias, envergonhava-se diante dos médicos, duvidava da eficácia dos tratamentos de saúde sugeridos, evidenciando-se também a existência de um subjacente discurso a esses fazeres e saberes.

As diferenças culturais inerentes à população rural e/ou urbana pobre foram tomadas como obstáculos, opostas à mentalidade moderna “voltada para o cosmopolitismo das metrópoles” (FONTENELLE, 1959, p.103). Nos discursos oficiais levantados estão presentes, implícita e explicitamente, as propostas para um determinado projeto de futuro para o Brasil, cujo remate passava pela modificação de hábitos e costumes tradicionais das populações pobres, rurais e urbanas. A publicação no semanário “Voz do Rio Doce”²⁹, de uma carta³⁰ de

²⁸ Sobre essa questão, ver CAMPOS, A. L. V. *Políticas Internacionais de Saúde na Era Vargas: o Serviço Especial de Saúde Pública, 1942-1960*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

²⁹ O citado semanário será uma das fontes para esse projeto.

um pretense paciente do Dr. Arnóbio Pitanga, em Governador Valadares, na coluna “Sociais” cujo título: “*Não é fácil a missão de médico do interior*” dá uma medida do que foi o encontro desses dois mundos – o da tradição e o da ciência – mediado pelo SESP, na região. A citação da nota e da carta é oportuna pelo alcance:

A nota:

“A título de curiosidade vamos transcrever a interessante carta que um matuto de Alfredo Chaves endereçou a um médico do Serviço Especial de Saúde Pública, Dr. Arnóbio Guimarães Pitanga, do Programa do Vale do Rio Doce. É também uma demonstração da popularidade e do prestígio que desfrutam os que trabalham no SESP. Vai respeitada em ‘totum’ a ortografia, bem como a redação da carta”.

A carta:

“Senhor Dr. Arnóbi.

Deus vos salve.

Vou com esta a sua presença - isto é, não vou, mando, dando os sinais duma moléstia que me atacou, cuja suponho que é ramo estupor. Digo porque estou com o corpo todo incalombado, sinto dor nas cruz e nos peito, dor nas cadeiras, no osso dos braços e dor no interior.

Quando me deito sahe dor nas cantareira, dor na cabeça, no carço dos oios e um furnigamento no corpo. Quando estou dormindo aparece um resfriamento nas mãos e os pés e um arrocho nos peito com um acocho no coração que fica todo sufocado. Tem um trimido nas costella mindin e de outro lado o sangue corre solto trez vez.

Mando esta para o Doutor me izaminar e me iscutar para ver se é mesmo ramo estupor o a sifre ou mal de nervozo.

Meu indereço é:

J.F.

Alfredo Chaves

Fazenda da Canela

Oh! Quitito, de saudosa memória! Eis um caso que só você poderia dar um geitinho com as suas mágicas “garrafadas” e as diabruras do “bode preto”.

Nesse sentido, tratar da modernidade civilizadora no Vale do Rio Doce será percorrer um caminho intricado entre dois conceitos complexos: civilização e modernidade; e entre dois mundos complexos: o urbano e o rural, que em vários momentos foram vistos de forma antagônica. Para uma discussão conceitual acerca dessa temática, nos apoiaremos em Norbert Elias (1993; 1994), especialmente em sua obra *O Processo Civilizador*³¹, e em Reinhart Koselleck na obra *Futuro Passado* (2006)³².

³⁰ *Voz do Rio Doce*, Ano I – 02 de junho de 1946 – n. 33, p. 4.

³¹ A obra mais conhecida de Norbert Elias, *O processo Civilizador* (em dois volumes), foi pela primeira vez publicada na Suíça em 1939, e teve pouca repercussão, possivelmente pelo momento inconveniente do lançamento, que somente teve uma edição definitiva em 1969 (Berna/Alemanha). Tardiamente reconhecida, na década de 1960 sua obra ganha maior visibilidade, e tem se tornado fonte de inspiração para muitos pesquisadores sociais.

³² A obra de referência, *Futuro Passado: contribuição à semântica dos tempos históricos* insere-se na perspectiva da história dos conceitos. Koselleck defende que “a história dos conceitos torna-se parte integrante da história social” (p. 103). Através

Em sua tese, Norbert Elias traça um panorama a respeito do comportamento do indivíduo civilizado na modernidade, evidenciando e relacionando as alterações nas estruturas sociais e as alterações comportamentais. Como processo a civilização³³ se estabelece num *continuum* que não pode ser compreendido de forma estática. A partir de uma compreensão processual³⁴, a civilização ocorre, para Elias, da formação não planejada de distintos arranjos sociais bem como da relação de interdependência que os indivíduos mantêm entre si. Para o autor, o processo civilizador se constitui no e a partir do tecido social e deriva dos múltiplos entrelaçamentos de relações entre as pessoas.

O termo ‘Configuração’ (*figuration*) é utilizado por Elias para explicar que o indivíduo e a sociedade são indistinguíveis, ligados um ao outro por dependências recíprocas. Em suas palavras: "o conceito de indivíduo refere-se a pessoas interdependentes, o conceito de sociedade a pessoas interdependentes no plural" (ELIAS apud BOSCHILIA, 2008, p. 28). Elias entende a interdependência como uma forma de se pensar o mundo social como uma rede de relações interpessoais, mesmo que alguns indivíduos estejam em posições privilegiadas de poder.

A configuração seria uma formação social, cujas dimensões podem ser muito variáveis (uma classe escolar, uma aldeia, uma cidade, uma nação), em que os indivíduos estão ligados uns aos outros por um modo específico de dependências recíprocas (ELIAS apud CHARTIER, 2001, p. 13).

É a partir dessa concepção que Elias discute em seus trabalhos o processo civilizador (europeu) e a questão do poder. Para o sociólogo, o processo civilizador se constitui numa mudança na conduta e nos sentimentos humanos através da implantação de regras comportamentais (ELIAS, 1993, p. 194-195) que podem se ligar a diferentes fatores: costumes, conhecimentos científicos, ideias religiosas, desenvolvimento técnico ou visões de mundo. Como explica Brandão (2000, p. 10-11)

da historicização de conceitos como história, revolução, democracia, Estado, progresso, o autor desenvolve e oferece-nos uma perspicaz metodologia para contextualizá-los espaço-temporalmente identificando as circunstâncias de seu aparecimento e utilização. KOSELLECK, Reinhart. *Futuro Passado: contribuição à semântica dos tempos históricos* - Rio de Janeiro: Contratempo: Editora PUC-RJ, 2006.

³³ Para chegar ao conceito de Civilização, Norbert Elias (1993; 1994) faz uma extensa discussão sobre o significado que “*Civilization e Kultur*” têm historicamente para franceses e ingleses, de um lado, e alemães, do outro. A análise desses conceitos mostra o papel que os eventos sociais e políticos dessas nações desempenharam nas diferentes concepções que elas têm do processo civilizador. O conceito de *Civilization* expressa, segundo Elias, “a consciência que o Ocidente tem de si mesmo. Ele resume tudo em que a sociedade ocidental dos últimos dois ou três séculos se julga superior às sociedades mais antigas ou a sociedades contemporâneas ‘mais primitivas’” (ELIAS, 1993, p.22).

³⁴ É importante ressaltar que esta noção processual e contínua não implica numa evolução, como muitos autores depreendem da obra elisiana.

A teoria dos processos de civilização proposta por Elias baseia-se na defesa de que, toda e qualquer transformação ocorrida na estrutura da personalidade do ser individual (psicogênese), produz uma série de transformações na estrutura social em que o indivíduo está inserido. Da mesma maneira, as diversas transformações que ocorrem constantemente nas estruturas das sociedades (sociogênese), especialmente nas relações sociais, produzem alterações nas estruturas de personalidades dos seres individuais que a compõem. (BRANDÃO, 2000, pp.10-11)³⁵

Para desenvolver sua teoria, o autor trabalhou com algumas categorias conceituais, que tomamos como referência em nossa tese: configuração, interdependência, poder, psicogênese e sociogênese e habitus. Os conceitos de psicogênese e sociogênese se relacionam, respectivamente, às transformações do comportamento humano e das estruturas de personalidade dos indivíduos e a uma teoria do desenvolvimento social (ELIAS, 1994, 135-136; 1993, p. 239). O termo habitus, normalmente associado à Bourdieu, é também utilizado por Elias referindo-se tanto ao habitus individual quanto ao social³⁶. O conceito de segunda natureza ou “saber social incorporado” (habitus) relaciona-se com as mudanças na estrutura da personalidade e é utilizado por Elias contraposto à noção de inalterabilidade, ou seja, o habitus muda com o tempo exatamente porque as experiências do grupo continuam mudando (ELIAS, 1994, p. 142; 168). A fixação do habitus pauta-se pelo controle e pelo refinamento das pulsões, sentimentos e comportamentos, como expediente de participação e/ou distinção social nas diferentes esferas da vida cotidiana. Nas palavras do autor:

As pressões que atuam sobre o indivíduo tendem a produzir uma transformação de toda a economia das paixões e afetos rumo a uma regularização mais contínua, estável e uniforme dos mesmos, em todas as áreas de conduta, em todos setores da sua vida. (ELIAS, 1993, p. 202)

É nessa perspectiva que o aporte teórico da discussão elisiana sobre o processo civilizador pode nos ser útil, pois entende que a civilização e a racionalização não constituem um processo em esferas isoladas de ideias ou pensamentos, mas apontam para “mudanças em toda a constituição humana, na qual as idéias e os hábitos de pensamento são apenas um setor” (ELIAS, 1994, p. 235-236).

³⁵ BRANDÃO, C. F. A teoria dos processos de civilização de Norbert Elias: o controle das emoções no contexto da psicogênese e da sociogênese. (Tese de Doutorado) Marília, SP: Universidade Estadual Paulista – UNESP, 2000.

³⁶ Conforme Landini (2007) “encontramos nas abordagens de ambos os autores uma espécie de jogo relacional entre os agentes sociais. A diferença é que Bourdieu parece preocupar-se, no interior e no decorrer dos jogos, com a disputa entre os participantes, enquanto Elias preocupa-se com o “resultado” do jogo, ou seja, com o que seja prevaiente a partir da dinâmica social” (LANDINI, 2007)

De fato, Elias considera que o processo civilizador envolve o entrelaçamento de diversas configurações sociais, sejam políticas, econômicas ou culturais, permeadas pelo jogo de forças que constitui as relações humanas. De acordo com Elias, todos os indivíduos que integram um grupo social possuem poder, em menor ou maior dose. E o poder consiste em ter o que o outro necessita e na capacidade de negociar o modo em que esses bens, símbolos ou capacidades serão compartilhados. Nesse sentido, quanto maior for a necessidade de um indivíduo ou grupo maior será o poder daquele que detém aquilo que é necessidade do primeiro. Nesse processo, alguns grupos tendem a acumular maiores cotas de poder, como os empresários, os religiosos, os sindicalistas, os políticos. Segundo o autor, o equilíbrio de poder, como as relações humanas em geral, é, pelo menos, bipolar e, normalmente, multipolar (Mennel, 1998, 115-116). Ao prefaciar o livro de Elias – *A sociedade da Corte* (2001), Roger Chartier explica que o processo civilizador consiste

na interiorização individual das proibições que, antes, eram impostas de fora, em uma transformação da economia psíquica que fortalece os mecanismos do autocontrole exercido sobre as pulsões e emoções e faz passar da coerção social (Gesellschaftliche Zwang) à autocerção (Selbstzwang). (CHARTIER, 2001, p. 20).

Será, portanto, a partir do conceito de civilização exposto acima que poderemos instrumentalizar nossa análise a respeito do contraponto entre o rural e o urbano no Vale do Rio Doce. Aliás, não só civilizar, mas, prioritariamente, modernizar o Brasil agrário era o grande desafio tanto na Primeira República quanto para os governos seguintes, até a década de 1960, nos momentos que antecederam a Ditadura Militar. Em cada época e governo os modelos eram alterados ou adaptados, mas permanecia o ideal de se espelhar nos países industrializados e desenvolvidos, aqueles considerados civilizados e modernos. Para estes, a solução de modernização impôs à sociedade alterações significativas na estrutura produtiva relativa ao meio rural.

A documentação e a historiografia sobre a ação sespiana tratam de um tempo marcadamente moderno que passou a ser vivenciado no Vale do Rio Doce, especialmente, em Governador Valadares. Era o que exaltava o artigo de Antônio Callado republicado no *Boletim do SESP*. Com o SESP chegaram “as visitadoras, os laboratórios, a água encanada, os médicos, uma certa garantia de bem-estar” (CALLADO, 1949, p. 9).

Contudo, o tempo da modernidade redefinia o espaço e remodelava um território marcado por distintas práticas cotidianas tradicionais. A política sespiana expressa no *corpus documental* oficial recorrentemente deixou de fora a cultura local ou a depreciava. Os projetos e ações visavam levantar, identificar e combater as ocorrências endêmicas e, mesmo quando o

SESP empenhava esforços em prol da educação sanitária por meio do estímulo à mudança de hábitos e condutas não se levavam em consideração as práticas cotidianas, a perspectiva de mundo da população, suas crenças e tradições. A documentação oficial nos fornece detalhes sobre o processo de implantação dos serviços de saúde e saneamento, mas os depoimentos de antigos moradores chamam a atenção para a dimensão cotidiana, em descompasso com a modernidade. É como se recordam o médico Dr. Ladislau Sales³⁷ sobre a chegada da equipe pioneira do SESP a Governador Valadares e a Sra. Elvira Ferreira Viana³⁸ sobre as impressões de seu pai, um conhecido raizeiro da zona rural que era procurado por “muita gente da cidade e de fora”.

O SESP chegou, chegaram aqueles homens com aqueles chapéus de cortiça, como se vê na África, não é isso? Um chapéu branco, de cortiça, calcinha branca, etc. Quando viram aquela poeira, passava uma bicicleta levantava poeira, carroça e febre malária, malária, malária, eles não estavam preparados pra isso. Então, eles pediram socorro “mande pra aqui um epidemiologista e mande uma pessoa especializada em doenças tropicais, de países tropicais, porque nós sabemos por alto, mas isso aí a quantidade é muito grande”. Era malária, leishmaniose, que come nariz, esquistossomose, horrível, e não havia tratamento muito eficaz. Então eles comunicaram lá a superintendência e a superintendência começou como se deve começar em país civilizado, mas aqui, Figueira do Rio Doce, era diferente, era preciso tratar do sujeito pra ele não morrer. (Dr. Ladislau Sales, 2001. Entrevista cedida pelo Núcleo de Estudos Históricos e Territoriais - NEHT/Univale).

“Olha! Eu estou dando a garrafada, faço a garrafada. Eu já não sou vivo, não estou mais aqui, sou muito antigo, do tempo dos cativeiros”. Papai falava que era. Então ele falou “Vai vim um tempo que médico não vai aceitar ninguém tratar com raizada, não pode. O médico vai proibir.” E agora eu estou pensando é isso mesmo, porque médico não gosta que a pessoa trate com problema de raizada, às vezes não gosta, mas é proibido. Acho que já foi até presa pessoas que tratam com isso. Ele falava “Vocês verão que não vai ter mais essas pessoas que tratam com garrafada e aqui na roça que tem parteira vai ser presa se ela usar esse trabalho, não pode, tem que ser o médico.” E é mesmo. Hoje em dia eu estou vendo assim. Papai falava conosco cada coisa, que minha irmã e eu, na vista dele, não ríamos, mas longe dele achávamos graça. “Papai está caducando mesmo. Nossa Senhora! Nunca vi isso!” Ele falava “Vocês verão, mas eu não verei, pois sou muito velho. Vocês irão ver pessoas voando no ar, até animal passando numa máquina no ar.” “Mas vai ter isso pai?” “Tem sim.” Coitado! Como que gente voa, não tem asa. Não temos. Não é mesmo? Nós achávamos tudo tão difícil. Achava que ele estava caducando, mas acho que ele tinha uma visão, que falava. Não sei. (Entrevista com a Sra. Elvira Ferreira Viana. Em 06 de junho de 2008. Acervo do Núcleo de Estudos Históricos e Territoriais - NEHT/Univale)

³⁷ O médico Ladislau Sales chegou à cidade em 1940 e foi prefeito entre 1957-1959. Entrevista com Ladislau Sales (2001), concedida ao Prof. Haruf Salmen Espindola. Cedida pelo Núcleo de Estudos Históricos e Territoriais - NEHT/Univale.

³⁸ Entrevista com a Sra. Elvira Ferreira Viana. Em 06 de junho de 2008. Acervo do Núcleo de Estudos Históricos e Territoriais - NEHT/Univale

Um levantamento preliminar dos objetivos do programa de educação sanitária instituído pelo SESP³⁹, e os indicativos evidenciados nos relatórios de atividades no sentido da necessidade de se ‘convencer’ a população atendida a ‘aceitar novas ideias e hábitos’ –pode ser resumido no trecho da palestra dada por Charles Wagley (1945) em um curso organizado pelo IIAA:

O problema da alimentação, bem como muitos outros problemas de saúde do povo, é principalmente um problema de educação do povo. (...) Educação não é uma simples tarefa de tornar acessível ao povo os conhecimentos científicos e culturais – em outras palavras – dizer-lhes, de maneira compreensível, como e porque devem plantar certas coisas e comer certos alimentos. Trata-se de um problema de educação no sentido completo. A educação sanitária, como qualquer outra forma de educação em qualquer campo, não deve apenas visar à interpretação dos fatos científicos para o povo, mas deve trabalhar para modificar seus hábitos e atitudes relativos à saúde. Com freqüência o indivíduo não usa os alimentos que estão ao seu dispor (...) porque seus hábitos e costumes tradicionais lhes ensinaram de maneira diferente. Estes costumes e hábitos que, no melhor são às vezes ‘meias verdades’, ou completamente falsos, constituem em certas ocasiões barreiras ao processo educativo. De qualquer forma, devem ser levados em conta, como disse o Professor Turner, do Instituto de Assuntos Interamericanos, num relatório escrito para o Serviço Especial de Saúde Pública depois de sua primeira visita ao Programa do Vale do Amazonas. “A educação deve começar onde o indivíduo está e conduzi-lo para onde deveria estar. (WAGLEY, Charles. A Educação sanitária no Brasil, *Boletim do SESP*, n. 25, agosto de 1945, p. 5).

As propostas sespianas para educação sanitária, portanto, perpassavam os programas de implementação dos serviços de saneamento (como tratamento da água e instalação de esgotamento sanitário e latrinas), bem como os programas de atendimento médico (curativos e/ou preventivos). A concepção sobre educação sanitária que sustentava toda a ação, por sua vez, guardava um ‘espaço de experiências’ e um ‘horizonte de expectativas’ que entrelaçava diferentes interesses e perspectivas. Neste sentido, as práticas cotidianas vivenciadas pela população, em algum momento seriam (ou deveriam ser) alteradas. Como as práticas tradicionais de cura, por exemplo, ou de higiene, que muitas vezes se tornaram, ou foram entendidas pelos técnicos do Serviço, como obstáculos para as mudanças propostas.

Para essa análise a escolha das categorias conceituais “espaço de experiência” e “horizonte de expectativa”, apresentadas por Reinhart Koselleck (2006) nos pareceram adequadas. Estas duas categorias conceituais não têm conteúdo histórico em si, mas são categorias que permitem problematizá-lo e contextualizá-lo. Segundo a tese do autor:

Experiência e expectativa são duas categorias adequadas para nos ocuparmos com o tempo histórico, pois elas entrelaçam passado e futuro. São adequadas também para

³⁹ Verificação realizada nos relatórios de atividades e alguns números do *Boletim do SESP*.

se tentar descobrir o tempo histórico, pois, enriquecidas em seu conteúdo, elas dirigem as ações concretas no movimento social e político (KOSELLECK, 2006, p. 308).

Koselleck concebe que “a classificação dos conceitos sociais e políticos pelas categorias “expectativa” e “experiência” oferece uma chave para mostrar o tempo histórico em mutação” (p. 322). O autor não trabalha com a ideia de um único tempo histórico, mas na perspectiva de vários tempos sobrepostos uns aos outros “pois o tempo histórico (...) está associado à ação social e política, a homens concretos que agem e sofrem as consequências das ações, a suas instituições e organizações” (p. 14). Para o autor buscar o cotidiano do tempo histórico implica vislumbrar épocas inteiras em singulares manifestações cotidianas (KOSELLECK, 2006, p. 13-14). Mais precisamente:

A experiência é o passado atual, aquele no qual acontecimentos foram incorporados e podem ser lembrados. Na experiência se fundem tanto a elaboração racional quanto as formas inconscientes de comportamento, que não estão mais, que não precisam estar mais presentes no conhecimento. Além disso, na experiência de cada um, transmitida por gerações e instituições, sempre está contida e é preservada uma experiência alheia. Neste sentido, também a história é desde sempre concebida como conhecimento de experiências alheias.

Algo semelhante se pode dizer da expectativa; também ela é ao mesmo tempo ligada à pessoa e ao interpessoal, também a expectativa se realiza no hoje, é futuro presente, voltado para o ainda-não, para o não experimentado, para o que apenas pode ser previsto. (KOSELLECK, 2006, p. 309-310).

Ao verificar a própria constituição e organização burocrática do SESP, os objetivos de atuação durante e no pós-guerra, e sua atuação propriamente dita, não é difícil perceber as tensões e elasticidades que lhes são concernentes. Se, de um lado, as propostas do SESP se apoiaram num determinado horizonte de expectativa (mudanças, interesses), de outro, as resistências ou a aceitação de novos hábitos pela população se apoiaram num determinado espaço de experiência (costumes, tradições). Por sua vez, como defende o autor, “não há expectativa sem experiência, não há experiência sem expectativa” (KOSELLECK, 2006, p. 307).

Neste sentido, tanto as propostas de vulgarização de novos hábitos como as resistências ou consentimentos às mudanças, trazem em si, as duas perspectivas. O esforço que se pretende realizar nesta tese dirige-se, portanto, à possibilidade de identificar os espaços de experiência e os horizontes de expectativa sugeridos na atuação dos diversos agentes envolvidos com a dinâmica saneadora do Serviço Especial de Saúde Pública no Vale do Rio Doce: a instituição, os técnicos em serviço, a população alvo.

Metodologia

Uma reflexão sobre a temática apresentada, vinculando os vários discursos sobre a ação do Serviço Especial de Saúde Pública com o saneamento da cidade de Governador Valadares e da região, envolve considerações acerca do discurso feito pelo próprio Serviço e pelos memorialistas locais, sobre as representações inferidas das lembranças de antigos moradores e sobre as transformações ocorridas que remarcaram e reordenaram territorialidades⁴⁰ estabelecidas e/ou (re)criadas. Estamos diante de um objeto que exigiu uma transversalidade de campos de conhecimento, no sentido de compreender os enunciados e o processo de saneamento de fato ocorrido. Portanto, foi preciso recorrer a aportes de ciências afins, como as Ciências Sociais e a Antropologia, cujo diálogo foi favorável para o que nos propusemos.

A proposta exigiu uma metodologia que integrasse diferentes tipos de fontes de pesquisa, dentre as quais destacamos: as fontes orais, as fontes documentais e o suporte bibliográfico. A coleta das fontes orais foi efetuada inicialmente para o projeto de pesquisa de Mestrado (2008) que precedeu esta tese e nos deu a possibilidade de trabalhar com um universo inicial de dez entrevistas semiestruturadas direcionadas num primeiro momento aos funcionários e colaboradores. Para a proposta atual, percebemos a necessidade de focar outro grupo de pessoas que teriam vivenciado o período de implantação e estabelecimento do SESP sem, contudo, ter feito parte de seu corpo de funcionários. Desse grupo⁴¹ fazem parte pessoas que foram ou não usuárias dos serviços prestados pelo SESP. Nesse caso, os critérios para escolha dos colaboradores foram a idade e o fato de morar em bairros próximos e/ou afastados do local onde o SESP se estabeleceu inicialmente, sem a introdução da temática específica desse serviço. O objetivo a ser alcançado no caso desse grupo de entrevistados foi perceber se o SESP apareceria espontaneamente na memória e no discurso sobre o cotidiano vivenciado nas décadas de 1940 e 1950.

A coleta e análise de narrativas e testemunhos foram importantes para compreensão tanto do processo de territorialização do Vale do Rio Doce quanto dos aspectos referentes ao saneamento básico que é associado ao rápido crescimento ocorrido nesta região. As narrativas e testemunhos de médicos, dentistas, enfermeiras, visitadoras e agentes sanitários, assim como

⁴⁰ Entendida como o vivido territorial (processos e produtos) pelos membros de uma comunidade.

⁴¹ Realizamos cerca de trinta entrevistas com antigos moradores de G. Valadares que estão transcritas e prontas para serem utilizadas como fontes. Várias delas foram feitas relacionadas a projetos sobre a história de Governador Valadares e do vale do Rio Doce, financiados pela Fapemig e CNPq, sob coordenação da prof. Dra. Patrícia Falco Genovez, dos quais participei como pesquisadora.

de antigos moradores que vivenciaram as mudanças apresentaram novas nuances sobre as percepções a respeito da saúde, das alterações nos costumes autóctones e dos conflitos gerados ao longo deste processo.

As narrativas obtidas descortinaram testemunhos do tempo vivido. Dessa forma, a memória narrada como testemunho apresentou indícios de uma rede de relações históricas que lhe conferiu sentido e a projetou em sua dimensão social⁴², permitindo a emergência de outras leituras das configurações sociais e dando voz a conflitos pertinentes ao processo de saneamento e desenvolvimento econômico pelo qual a região passou.

Paralelamente à coleta de fontes orais, a pesquisa buscou, na documentação municipal, dados que pudessem complementar e/ou contrariar as informações obtidas a partir dos informantes. Nesse sentido, os documentos produzidos pela prefeitura e sob a guarda do Centro de Documentação e Arquivo de Custódia (CEDAC)⁴³, sediado na Universidade Vale do Rio Doce (Univale), nos permitiram acompanhar momentos do processo de saneamento e urbanização intrinsecamente relacionados à ação do SESP na cidade de Governador Valadares⁴⁴. Além do corpus documental do CEDAC, também foram pesquisados documentos específicos do processo de saneamento produzidos pelo SESP, disponibilizados no arquivo da Casa de Oswaldo Cruz – COC/FIOCRUZ⁴⁵. Dentre os documentos do Fundo Fundação Serviços de Saúde Pública (FSESP) foram destacados aqueles relacionados à organização e execução de programas e cursos de educação sanitária para o público e os cursos de formação para agentes sanitários e visitadoras. A análise dos objetivos, dos conteúdos, das metodologias e da avaliação de resultados destes programas e cursos, teve como objetivo alcançar seu significado, as tensões entre os objetivos e as metodologias, a discussão do papel da pedagogia sanitária implícita nos programas efetivados. Foram

⁴² Cf. BOSI, 2003; ALBERTI, 2004; DELGADO, 2006; FERREIRA e AMADO, 1979 e 2002.

⁴³ Os documentos sob guarda do CEDAC são, em sua maioria, inéditos, já que não foram utilizadas em outros projetos e representam um material inexplorado. Esses documentos são do poder público municipal (Prefeitura e Câmara de Vereadores), e envolvem assuntos diversos, incluindo, questões relativas à infraestrutura urbana, código de postura, cultura, projetos de lei, projetos diversos, saúde, educação, correspondências, entre outros. Essa documentação ainda está em grande medida, necessitando de uma melhor exploração para fins de pesquisa.

⁴⁴ Centro de Documentação e Arquivo de Custódia – CEDAC. Fundo: Prefeitura Municipal de Governador Valadares (PMGV) 1/1. Série 1 – Infraestrutura urbana – INEU. Sub-séries 1 a 9.

⁴⁵ A documentação referente às atividades do SESP está sob a guarda da Casa de Oswaldo Cruz (COC) na FIOCRUZ (RJ), organizada no Fundo Fundação Serviços de Saúde Pública (FSESP). O período coberto pela documentação estende-se de 1942 a 1982, com concentração para as décadas de 1940, 1950 e 1960. A investigação proposta se concentrou na documentação das duas primeiras décadas de atuação do SESP, tendo em vista que em 1960 ocorreram mudanças significativas na organização e nos objetivos do órgão.

importantes ainda os levantamentos feitos em duas publicações do próprio SESP, acessadas também na COC/FIOCRUZ: o *Boletim do SESP* e a *Revista do SESP*. Estas duas publicações forneceram subsídios conceituais e notícias sobre o Programa de Educação Sanitária e sobre a parceria internacional que sustentava o SESP e também permitiram acompanhar a forma como o SESP divulgava suas pesquisas e atividades no campo médico-sanitário.

Dois jornais circulantes em Governador Valadares foram arrolados como fontes. A pesquisa no *Jornal Voz do Rio Doce* (1945-1948)⁴⁶ levantou as primeiras impressões sobre o SESP na cidade de Governador Valadares e região; o *Jornal Diário do Rio Doce*⁴⁷ nos apresentou outro ângulo da questão do saneamento e do cotidiano para o final da década de 1950 até 1970, marcando um período no qual consolidou-se a atuação do SESP e sua posterior desarticulação com a mudança jurídica e administrativa sofrida pelo órgão após 1960. Muito embora as fontes tenham suas limitações, como qualquer outra, as notícias referentes à demanda da população, mesmo nos momentos em que elas apareceram de forma distorcida e/ou manipulada, nos forneceram indícios para se pensar, em conjunto com as demais fontes, as prioridades da população assim como as mazelas do cotidiano dos grupos sociais que viviam mais afastados do centro da cidade. Os dois jornais foram inventariados, com levantamento de reportagens e fotografias relacionadas à saúde pública e saneamento na cidade de Governador Valadares.

O corpus documental constituído nesta pesquisa, que contém fontes de diferentes naturezas, permitiu que se entrissem os discursos sobre as práticas sociais determinantes no processo de saneamento do Vale do Rio Doce. Pela aproximação destas diferentes perspectivas, pretendeu-se considerar as relações entre os variados grupos envolvidos no processo e acessar suas estratégias individuais e coletivas, na expectativa da compreensão dos múltiplos sentidos que os diferentes discursos tomaram.

A discussão desses pontos elencados necessitou de um suporte bibliográfico de afinidade com a temática específica: a questão da saúde pública e do SESP, a agenda das

⁴⁶ O semanário *Voz do Rio Doce* começou a circular em quatorze de outubro de 1945, fundado pelo Padre Geraldo Guabiroba, como um jornal católico e anticomunista, como se percebe pelos editoriais e matérias publicadas. Entretanto, no n. 29, de 5 de maio de 1945, é noticiado que o Padre Geraldo deixara a cidade. Hermírio Gomes da Silva aparece no lugar do Padre Geraldo como diretor do semanário. Em 16 de junho de 1946 (n. 35) aparece como Diretor José Cabral Pires, e são acrescentadas as figuras do redator e do diretor-gerente, respectivamente ocupados por Justino Carlos da Conceição Jr., fundador da UDN na cidade de Governador Valadares, e por Hermírio Gomes da Silva, filiado ao mesmo partido. O editorial traz como manchete *Nova Fase* e afirma que "não mais seremos uma simples voz isolada e sim uma multidão". No n. 58, de 24 de novembro de 1946, houve outra mudança com a saída de José Cabral Pires e a entrada de Justino da Conceição na função de Diretor-Redator. O editorial não deixa mais dúvida da tendência política assumida pelo semanário *Grande Concentração Democrática*, referindo-se à manifestação da UDN

⁴⁷ A pesquisa no *Jornal Diário do Rio Doce* teve como propósito fazer um inventário de matérias referentes ao saneamento e urbanização entre os anos 1958, ano inicial da circulação do jornal, até 1970.

ciências sociais incorporadas à ação saneadora, a questão da memória e da metodologia da história oral, a discussão sobre os sentidos e veículos da divulgação científica. Foi também necessário perpassar por uma rede de conceitos tais como: modernidade, sociedade tradicional, uso ideológico da ciência, estudos de comunidade, mudança cultural, dentre outros, para a compreensão dos dois mundos colocados em contraponto.

O levantamento e discussão de fontes bibliográficas relacionadas às temáticas de fundo – saúde pública e atuação do SESP no Brasil, especialmente – foram realizados apenas em parte, em função da pesquisa para nosso mestrado. Incorporamos desta vez as discussões surgidas a partir de 2008, que realçaram novas perspectivas sobre a questão. Para uma discussão sobre cultura científica, divulgação científica e recepção, incorporamos autores e obras relacionados com a temática. De maneira especial, consideramos a contribuição das discussões de Norbert Elias e de Reinhart Koselleck que nos auxiliaram a encontrar respostas, a nosso ver ainda incompletas, sobre nossa questão.

Descrição dos capítulos

Não foi fácil definir os caminhos da escrita desta tese. Inicialmente buscamos trabalhar com uma proposição mais linear, definindo temáticas em separado. Ao refletir sobre o objeto nesta disposição, evidenciou-se que, abordado dessa forma, a compreensão de seu caráter multifacetado ficaria limitada. Mesmo porque o que se pretendeu foi muito mais investigar a dinâmica sociocultural, política e econômica em que o SESP se constituiu como agência de saúde pública, do que analisar o próprio SESP como objeto de pesquisa. Nessa investigação, a categoria de configuração de Norbert Elias constituiu um referencial teórico de grande valia. O SESP seria uma configuração, correlacionada a outras, interdependentes. As categorias espaço de experiência e horizonte de expectativa, de Koselleck, foram balizas para a compreensão das motivações e das estratégias que acompanharam as diversas configurações correlacionadas.

O próprio título de apresentação da tese mudou em relação à proposta apresentada à banca de seleção do doutorado. Inicialmente, o projeto teve o nome: “*Vozes sespianas no Médio Rio Doce – ressonâncias e dissonâncias*”. As leituras, as fontes, as questões levantadas nos levaram à percepção de que as ressonâncias e as dissonâncias eram parte de um contexto e de um cenário muito mais amplo. Neste sentido o novo título *Da lata d’água ao SESP: tensões e constrangimentos de um processo civilizador no Sertão do Rio Doce (1942-1960,*

corresponde ao sentido que pretendíamos dar ao processo de mudanças desencadeado pela atuação do SESP. O termo *sertão* foi tomado no sentido apresentado por Gilberto Hochman (1988), como uma categoria médico-social e política, mais que geográfica, englobando, desse modo, as áreas rurais e mesmo certas áreas urbanas desatendidas de assistência em saúde pública.

A elaboração do primeiro capítulo – *Do Congo à fronteira ecológica: O Sertão num movimento civilizatório* – atende a necessidade de delimitação dos marcos cronológicos e espaciais que ancoram a definição do objeto de pesquisa. Desse modo, a contextualização espaço-temporal se fez pela intersecção de breve discussão sobre o conceito de sertão; de memórias e impressões de recém-chegados ao Vale do Rio Doce, especialmente a Governador Valadares, na década de 1940; e das perspectivas enunciadas oficialmente para a região. A proposta deste capítulo abrigou-se na necessidade de vislumbrar-se a modernização ‘civilizadora’ que também se anunciava para a região, contextualizada a partir das categorias ‘espaços de experiências’ e ‘horizontes de expectativas’. A partir da perspectiva de sertão, tratamos a região circunscrita no Médio Rio Doce (de fato onde se deu a intervenção do SESP), cuja cidade polo tem sido desde o início do século XX, Governador Valadares. É esse espaço que tomamos como cenário para o processo de saneamento e atuação do SESP. Um cenário múltiplo, com enredos diversos, entrecortado por tempos espaciais que os depoimentos e entrevistas revelaram. Em função da necessidade metodológica de recorte espacial e temporal delimitamos a atuação do Serviço no território do Médio Rio Doce entre 1942 e 1960, ou seja, entre a sua criação como agência autônoma e a sua incorporação à estrutura do Ministério da Saúde, depois da extinção do convênio com os EUA.

No segundo capítulo – *O SESP e a divulgação científica para um mundo em mudança* – consideramos a atuação do SESP no que diz respeito a seu empenho em divulgação do conhecimento científico. Tomamos o SESP e as atividades desenvolvidas nas áreas de pesquisa, saneamento e educação sanitária, como ‘*avatares*’ da ciência e de modernização. A apresentação dos agentes e mecanismos de comunicação científica mobilizados pelo SESP foi mediada pela “*espiral da cultura científica*” concebida pelo pesquisador Carlos Vogt (2003). Dos veículos de divulgação científica utilizados pelo SESP, tratamos especialmente da *Revista do SESP*, que atingia um público específico de técnicos superiores; e os cursos para agentes sanitários e visitadoras que preparavam pessoal auxiliar para atuação em campo.

A par do discurso oficializado pelo SESP foi importante ponderar o discurso internalizado pelos funcionários que atuaram nos programas do SESP no Médio Rio Doce, especialmente Governador Valadares. No terceiro capítulo – *A ação dos agentes sanitários e*

visitadoras como divulgadores da cultura científica – uma discussão mais cuidadosa desses depoimentos mostrou como pessoas comuns se transformaram em agentes de mudança, propondo melhorias sanitárias que até bem pouco tempo eram novidades até para eles. Buscamos identificar os fundamentos e objetivos, exigências e estratégias nos programas dos cursos para agentes sanitários e para visitadoras, para a compreensão de como estes funcionários ‘apreenderam’ e divulgaram os novos hábitos de higiene e saúde, e se transformaram em arautos de um novo tempo. Deste modo, também identificamos as tensões, hierarquias e relações de poder que permearam a atuação destes atores.

Distintos espaços de experiência e horizontes de expectativa perpassaram a atuação do SESP. A sua criação e seu aparelhamento organizacional sugeriam a preexistência de um modelo e de um aparato sociotécnico que lhe oferecessem sustentação e legitimidade, pois a complexidade do empreendimento demandaria um longo tempo para acomodação de variados elementos de ordem material e organizacional. A urgência definida pelo esforço de guerra, contexto de estabelecimento do acordo de cooperação Brasil/EUA que configurava a organização do SESP, tanto justificava como ensejava a reordenação de programas de saúde já testados, ou pelo menos, conhecidos. A questão cultural, entretanto, que tangenciava tais experiências e perspectivas, foi deixada ao largo, secundariamente, nos primeiros dez anos de existência dos programas bilaterais de assistência entre Brasil e EUA, do qual o SESP fazia parte. A apresentação de dois relatórios de avaliação divulgados pelo Institute of Inter-American Affairs (IIAA) sinalizou para a urgência da incorporação dessa temática e para a contribuição que poderia ser dada pelas Ciências Sociais aos Programas de Assistência nesse campo. No quarto capítulo – *A cultura científica e a mudança de hábitos: antecedentes do SESP e avaliações*– comentamos algumas experiências de cooperação internacional que antecederam a criação do SESP e a embasaram e os relatórios divulgados ponderando sobre os variados desencontros culturais que ora limitaram a eficácia dos Programas ora serviram de estímulo à busca de novas alternativas. Nossa apreciação teve o objetivo de compreender que espaços de experiência e horizontes de expectativa marcaram o processo civilizatório então em curso no ‘sertão’ do Rio Doce e do qual o SESP foi participante.

Enfim, as questões que foram abertas em cada um dos capítulos projetados não têm respostas definitivas. À medida que fomos organizando e problematizando a documentação e fontes levantadas, revisando a bibliografia e elaborando a discussão sobre os temas que nos direcionaram, percebemos que ainda ficariam muitas lacunas a serem investigadas. A temática da divulgação da educação sanitária via escola, por exemplo, é instigadora e não a aprofundamos aqui. Da mesma maneira, questões como a sustentação epistemológica que

embasava os programas dos cursos para visitadoras e agente sanitários, a discussão numa perspectiva performática sobre a atuação desses mesmos funcionários auxiliares e o sentido das críticas que acompanharam a atuação do SESP mostraram-se relevantes ao longo desta pesquisa e não puderam ser aprofundadas. Consideramos, portanto, que o objeto, a dinâmica socioespacial (espaço de experiências) e temporal (horizonte de expectativas) em que a atuação do SESP se configurou ainda tem muito a ser desvelado.

CAPÍTULO 1

Do Congo à fronteira ecológica: O Sertão num movimento civilizatório

Este capítulo atende a necessidade de delimitação dos marcos cronológicos e espaciais que ancoram a definição do objeto de pesquisa. Desse modo, a contextualização espaço-temporal se fez pela intersecção de breve discussão sobre o conceito de sertão; de memórias e impressões de recém-chegados ao Vale do Rio Doce, especialmente a Governador Valadares, na década de 1940; e das perspectivas enunciadas oficialmente para a região. A proposta deste capítulo abrigou-se na necessidade de vislumbrar-se a modernização ‘civilizadora’ que também se anunciava para a região, contextualizada a partir das categorias ‘espaços de experiências’ e ‘horizontes de expectativas’. A partir da perspectiva de sertão, tratamos a região circunscrita no Médio Rio Doce (de fato onde se deu a intervenção do SESP), cuja cidade polo tem sido desde o início do século XX, Governador Valadares.

Os sertões dos discursos oficiais e oficializados: reflexão sobre as fontes historiográficas

A caracterização do ‘sertão’ do Rio Doce, que acompanhará a contextualização espaço-temporal desta investigação, pretende oferecer um panorama das intrincadas questões políticas, socioeconômicas e culturais em que se assentaram, de um lado, as transformações sociogênicas e psicogênicas que definiram o que aqui é compreendido como processo civilizador no Vale do Rio Doce e, de outro, as perspectivas e o movimento de incorporação da região ao projeto de desenvolvimento nacional entre o início e meados do século XX. Nosso propósito em interpretar de forma relacional o evento estudado e de compreender as transformações que intuímos em sua interface com o contexto em que transcorreram nos levou ao uso de diferentes fontes históricas (oficiais e oficializadas). Primeiramente, para situarmos a discussão sobre o significado de sertão, que nos interessaria, recorreremos aos aportes teóricos de Lima (1998; 1999); Arruda (2000), Amado (1995a; 1995b) e Hochman (1998). A discussão de Lima (1998) e de Arruda (2000) contribuíram para o dimensionamento teórico do termo ‘sertão’ e seus desdobramentos. Encontramos no texto de

Hochman (1998) a definição “médico-político” sobre a questão da incorporação dos ‘sertões’ do Brasil que, desde a Primeira República, se tornaria preocupação de sanitaristas e, especialmente em Arruda (2000), encontramos uma descrição do sertão vivido por diferentes indivíduos e instituições e da experiência de sua transformação em fronteira agrícola.

Em seguida, para situarmos o Vale do Rio Doce a partir daquelas perspectivas anteriormente levantadas, colocamos em diálogo memórias e relatos de antigos funcionários do SESP e de antigos moradores de Governador Valadares com as discussões acadêmicas já realizadas sobre a região (ESPINDOLA, 2005; BRITO et alli, 1997; SIMAN, 1988; BORGES, 1988; GUIMARÃES, 2009). Também nos valem das impressões de observadores e memorialistas locais (MIRANDA, 1949; FONSECA, s.d.; PAULA, 1993; TEIXEIRA, 1974; SOARES, 1983), de relatório da Companhia Vale do Rio Doce (1963) e estudo recomendado pela empresa a pesquisadores do IBGE na década de 1950 (STRAUCH, 1955; 1958), e de relato memorialístico de um engenheiro (ALMEIDA, 1959) que acompanhou a construção da Estrada de Ferro Vitória Minas – EFVM. Ainda utilizamos dois estudos encomendados pelo SESP na década de 1950 (Kalervo Oberg e Luiz Fernando Raposo Fontenelle) e um relato de viagem de John dos Passos (1964), que colocou em cena a atuação do SESP na região do Rio Doce.

Embora de diferentes naturezas, essas fontes, consideradas em sua posição em relação à época e ao processo relatado, mas também em sua relação subjetiva e/ou ideológica (BARROS, 2012), mais se completaram do que divergiram no tocante às impressões sobre as transformações históricas ocorridas na região do Rio Doce. As justaposições de informações oferecidas pelas diferentes fontes nos permitiram visualizar a complexa dinâmica que marcou a incorporação da região do Rio Doce ao corpo nacional e as relações socioculturais que acompanharam tal processo. As informações franqueadas por essas fontes permitiram-nos percepções distintas a respeito do mesmo processo histórico, e nesse sentido sua utilização em arranjo dialógico favoreceu-nos uma compreensão sobre o ‘sertão’ que distinguimos por aproximação de diferentes vieses.

O Sertão nos discursos historiográficos

Sertão tem muitos significados e interpretações, cada um dos quais refletem interesses especiais e baseados em um fator distintivo: econômico, geográfico, político, médico, cultural, literário e outros. Numa investigação de caráter interdisciplinar, entretanto, a definição deve considerar os múltiplos fatores que a compõem, pois, circunstancialmente, se esbarram. Não é nossa intenção passar em revista todas as definições de sertão já elaboradas; entretanto registramos o caráter polifônico do termo.

Conforme Janaína Amado (1995), além de categoria espacial, sertão também pode ser pensado como uma categoria do pensamento social brasileiro e como categoria cultural. Dentro do pensamento social brasileiro “constituiu, desde cedo, por meio do pensamento social, uma categoria de entendimento do Brasil, inicialmente na condição de colônia portuguesa e, após o século XIX, como nação” (AMADO, 1995a, p. 176). Deste modo esteve presente desde o século XVI “nos relatos dos curiosos, viajantes e cronistas”; nas primeiras tentativas de escrita de uma história acerca do Brasil no século XVII “como a realizada por frei Vicente Salvador”; na construção de narrativas historiográficas, do final do século XIX e início do século XX, “que tinham como tema básico a nação brasileira”; “na análise de sociólogos”, em meados do século XX. Como categoria cultural, está presente na literatura, na pintura, no teatro, na música, no cinema, em programas humorísticos e novelas (AMADO, 1995a, p. 176-177). Em resumo, nas palavras da autora, sertões “são regiões em processo de conquista e de integração à nação, onde foi comum duas ou mais culturas se encontrarem ou se enfrentarem” (AMADO, 1995b, p. 51).

Nísia Trindade Lima (1999), ao problematizar a imagem de sertão presente no pensamento social brasileiro da primeira república, depara, por um lado com a imagem do “território do vazio, o domínio do desconhecido, o espaço ainda não preenchido pela colonização [...] o mundo da desordem, domínio da barbárie, da selvageria, do diabo”; e por outro, com a concepção de que se conhecido, o sertão “pode ser ordenado através da ocupação e da colonização, deixando de ser sertão para constituir-se em região colonial (p. 57-58)”. Ao transformar-se em divisão geográfica pela colonização, o sertão se torna, também, sinônimo de fronteira. Para Nísia Lima essas “representações tornam-se paradigmáticas para se pensar a natureza das sociedades e o tema da identidade nacional” (Lima, 1998, p. 44). No enredo percorrido pela autora, ficam explícitas as dualidades constitutivas do pensamento social acerca de temáticas tais como natureza/barbárie, sertão/litoral, atraso/modernidade.

Numa perspectiva aproximada, Gilmar Arruda (2000) avalia que a temática dos sertões, de um lado, “estava inserida na formação do Estado-nação moderno, ou da introdução da modernidade no país” pautada pelo processo de incorporação “dos enormes espaços interiores do país”; mas, de outro, apontava para novos desdobramentos. Arruda incorpora à discussão a concepção dos ‘sertões’ como “suporte da memória coletiva”, que “implicava uma relação com a idéia de natureza tropical, selva ou floresta virgem” (ARRUDA, 2000, p. 37). Neste sentido, o autor identifica a transformação, verificada na virada do século XIX para o XX, e neste adentrando-se algumas décadas, do “imaginário social que representava o Brasil como sendo só natureza, - ou só sertões -, para cidades e sertões”⁴⁸. Entendendo os termos sertão e cidades como “atributos de lugares (...) que estão inscritos na cultura” (p. 20), Arruda explica que

A representação “cidades e sertões” envolve uma busca de explicação da realidade da sociedade brasileira, portanto, de suas identidades. Esta forma de explicar o país recorre a elementos que foram utilizados no século XIX, que continuam presentes no século XX, para definir a “essência” do que seria o Brasil. Destes, a natureza foi o recurso mais utilizado para caracterizar a identidade nacional. Ela continua presente como paradigma da nacionalidade até os dias atuais. A natureza, entendida como floresta tropical, pampas ou caatingas, foi muitas vezes vista como “sertões”. Falar de “sertões” significa, entre outras coisas, dialogar com os significados atribuídos à natureza na construção de identidades e memórias (ARRUDA, 2000, p. 18).

A perspectiva de Gilmar Arruda inspira-se no estudo de Raymond Williams⁴⁹ sobre o “processo de transformação entre campo e cidade, consequência da revolução industrial”, para a investigação, “no caso brasileiro, do processo de incorporação à produção capitalista de enormes áreas de terras consideradas tão recentemente “pouco exploradas” (p. 33). Neste sentido, traz um elemento inovador com a incorporação de ‘memória familiar’ como uma das fontes para o estudo das transformações pelas quais passou a cidade de Tupã (e a região), fundada em 1930, no oeste do estado de São Paulo. De acordo com Arruda (p. 39), era sua intenção “ouvir as histórias de vida”, mas também “verificar uma narrativa sobre as representações de sertão, como local geográfico e simbólico, como suporte material da memória” (p. 39).

Para nossa discussão a perspectiva de Gilmar Arruda fornece subsídios importantes, na medida em que o processo de incorporação socioeconômica (tardia) da região que lhe serve de objeto de estudo guarda semelhanças com o mesmo processo acontecido no Vale do

⁴⁸ Arruda (2000, p. 17) pondera que “este quadro só se torna nítido” sob uma temporalidade mais ampla do que a periodização política e/ou econômica, que não dariam conta dos ritmos próprios das representações sociais.

⁴⁹ WILLIAMS, Raymond. O campo e a cidade: na história e na literatura. São Paulo: Companhia das Letras, 1990.

Rio Doce, na mesma década e na década seguinte. Uma das descrições apresentadas sobre a região paulista poderia ser feita, diríamos, quase nos mesmos termos, sobre o Vale do Rio Doce.

Saltemos para os anos 40. (...). Em pouco mais de trinta anos os chamados “sertões” paulistas, do norte do Paraná e sul do Estado de Mato Grosso, haviam sido “conquistados” por uma nova ordem de ocupação. O marco da “civilização” havia mudado. Milhares de pessoas deslocaram-se para esta região, ocupando aqueles “sertões”. De “terrenos pouco explorados”, no início do século, tornaram-se mapeados, reconhecidos, nomeados e cartografados. Várias ferrovias e estradas passaram a cruzar aquele território antes considerado “selvagem”. Os seus antigos habitantes, índios e posseiros, foram eliminados ou expulsos. Um modo específico de vida, uma visão de mundo, uma memória e uma forma de visualizar aquele espaço estavam em via de extinção. Em lugar da pesca, caça e agricultura de subsistência, a lavoura do café e a pecuária. Certo tipo específico de ocupação e utilização da terra, a propriedade capitalista, passou a ocupar os espaços dos antigos moradores (ARRUDA, 2000, p. 16).

Em relação ao Sertão do Rio Doce, desde o século XIX mantinha-se a percepção de “lugar do estranho, habitado por quem não participava da lógica da colonização” (ESPINDOLA, 2005, p. 75). Além dessa construção simbólica, criou-se o mito da riqueza do rio Doce. No século XIX, o naturalista Saint-Hilaire, o geólogo alemão Wilhelm Ludwig von Eschwege e o engenheiro francês Jean Antoine Félix Dissande de Monlevade, deslumbraram-se com a floresta (BRITO; OLIVEIRA; JUNQUEIRA, 1997, p. 49-89). Ao lado da variedade da flora e da fauna, seus relatos destacam a disponibilidade de riquezas à espera de serem descobertas e exploradas. A opulência da floresta e de suas riquezas é contrastada, porém, com os empecilhos representados pelos índios botocudos, sempre lembrados como atemorizantes, e as terríveis febres e enfermidades que acometiam os viajantes e povoadores recém-chegados, em busca de riqueza ou incentivados pelo governo.

Enfim, são diversas as referências à região/sertão do Rio Doce, que denotam sua importância na história de Minas Gerais. No século XVIII, essa região foi mantida pelas autoridades como obstáculo natural estratégico para impedir o tráfico do ouro e diamantes da zona mineradora. No auge da exploração dessas riquezas, por medida da Coroa Portuguesa – que tirou proveito das barreiras naturais, da dificuldade de navegação e da imensa floresta insalubre e povoada por tribos indígenas – prevaleceram as proibições à passagem ou à colonização dos sertões. Com o declínio da mineração, a região passou a ser vista como terra potencial de riquezas que poderiam devolver a prosperidade a Minas Gerais; apesar de aparecer nos relatos e nos documentos como inferno de doenças e febres (ESPINDOLA, 2005).

Deste modo, a empreitada pela ocupação territorial do “sertão do Rio Doce” perdurou por todo o século XIX e avançou as primeiras décadas do século seguinte. Se para o século XIX, a região do Rio Doce era “terra de promessa”, de riqueza a descobrir e explorar, vencendo-se a floresta e abasileirando-se os habitantes indígenas, para o século XX a viabilidade da exploração econômica dos recursos naturais nela identificados carecia do saneamento, da abertura de vias de comunicação e acesso, da integração daquele território à nação brasileira. Assim, a efetiva ocupação da região do Médio Rio Doce se iniciou com a construção da Estrada de Ferro Vitória-Minas (EFVM) em 1903, projetada para ligar Vitória (ES) a Diamantina (MG)⁵⁰. O objetivo da ferrovia era escoar a produção agrícola que viria da região e promover a colonização e integração do território. Segundo Espindola (1998, p. 152), do início do século XX até os anos trinta, a base da economia da região do Rio Doce compunha-se do café e da madeira, exportada em forma de toras. Estes produtos, e o transporte de passageiros que crescia ano a ano, sustentaram a receita da Estrada de Ferro Vitória a Minas, até os anos quarenta, quando teve início a exportação de minério de ferro⁵¹. Espindola e Wendling (2008, p. 184) registram que a EFVM era uma “estrada de penetração” floresta adentro.

Ainda segundo Espindola (1998, p. 152-154), a partir dos anos trinta a região passou por um incremento no processo de ocupação e a população e a atividade econômica cresceram rapidamente: “as cidades se multiplicam e novos forasteiros chegam de toda parte. Além do extrativismo [madeira, mica⁵², pedras, etc.], ocorreu a penetração da pecuária, até então sem importância na região”, mas que veio a se tornar rapidamente um fator definidor do perfil regional.

Esta nova conjuntura regional remete à consideração de Nísia Lima (1999), pois o sertão virou ‘fronteira’ com a incorporação dos “imensos espaços interiores” ao projeto nacional de unidade e progresso em andamento. Entretanto, se o termo ‘sertão’ é múltiplo, carregado de intenções e simbolismos diversos, o termo ‘fronteira’ não é menos

⁵⁰ ROSA, Léa Brígida R. de A. Companhia Estrada de Ferro de Vitória a Minas: 1890-1940. São Paulo, USP, 1976. (Tese de Mestrado); ALMEIDA, Ceciliano Abel de. O desbravamento das selvas do Rio Doce. 2ed. Rio de Janeiro, J. Olímpio, 1978; ARARIPE, D. de Alencar. História da Estrada de Ferro Vitória-Minas: 1904-1954. Rio de Janeiro, s/ed., 1954.

⁵¹ A construção da EFVM avançou lentamente de 1903 a 1942; no período entre as duas guerras mundiais praticamente não avançou. Em 1942, com a criação da Companhia Vale do Rio Doce, a estrada foi reformada para o transporte de minério de ferro em grande escala. Seguindo, na maior parte de seu percurso, o vale do Rio Doce, via natural de acesso para o oceano, o comprimento da estrada é de 570 km. (Relatório da Companhia Vale do Rio Doce. *Perspectivas do desenvolvimento industrial da região do Rio Doce*. Rio de Janeiro, RJ: Serete, 1963. 3 v.,).

⁵² Minério bastante utilizado na indústria elétrica e eletrônica dos países desenvolvidos, a mica ou malacacheta é a designação comum dos minerais do grupo dos silicatos de alumínio e de metais alcalinos aos quais frequentemente se associam magnésio e ferro.

multifacetado⁵³. Deste modo, as dicotomias litoral/sertão, civilizado/incivilizado, atraso/progresso, não desapareceriam concomitantemente a uma nova perspectiva de integração. A fronteira ainda guardaria as marcas do sertão; do distante, do diferente e do desconhecido, do não-reconhecido; nos conflitos de interesses, nas disputas de poder, e nas tensões socioculturais que marcariam, todavia, as transformações de um lugar em outro, e o começo de outro tempo.

Retomando a perspectiva de Gilmar Arruda (2000) sobre as transformações que ocorreram “nos chamados “sertões” paulistas, do norte do Paraná e sul do Estado de Mato Grosso”, na década de 1930, consideramos que são similares às que ocorreram também no Vale do Rio Doce. Vários elementos em comum às duas regiões podem ser distinguidos: a expulsão (ou extermínio) das antigas populações indígenas, a violência contra os posseiros de terras, a substituição da agricultura de subsistência, a chegada da ferrovia, os novos investimentos do capital. A lógica de inserção regional aos esforços nacionais de fortalecimento do Estado e sua modernização também são comuns aos dois ‘sertões’. Neste sentido, estes indicadores de mudanças perpassam e podem ser identificados nos discursos oficiais sobre a ocupação destes “enormes espaços interiores do país”; também podem ser aproximados com as ‘memórias coletivas’ e narrativas de quem acompanhou o processo, e de alguma forma, teve seu cotidiano afetado por ele. Ao aproximar “cidades e sertões”, Arruda questiona a existência de limites espaço- temporais definitivos para a determinação de onde começa e onde acaba o sertão, e sugere uma movimentação circunstancial destes limites. Nesse caso, o sertão se aproximaria das cidades, insinuando-se nelas, e as cidades incorporariam o sertão, tratando de modernizá-lo.

O sertão encontrado pelo SESP: os múltiplos cenários

Em artigo de 1998⁵⁴, Gilberto Hochman assinalava os esforços do movimento sanitarista brasileiro, entre as décadas de 1910/1920, para colocar em pauta o que seria, na concepção sanitarista, o principal problema nacional: a saúde pública. Para o pesquisador, a

⁵³ Sobre a questão e o conceito de ‘fronteira’ ver: VIDAL E SOUZA, Candice. A Pátria geográfica: sertão e litoral no pensamento social brasileiro. Goiânia: UFG, 1995; VIDAL E SOUSA. Fronteira no pensamento social brasileiro: o sertão nacionalizado. Sociedade e cultura, Goiânia, jan./ jun., 1(1), 1998; OLIVEIRA, Lúcia Lippi. A conquista do espaço: sertão e fronteira no pensamento brasileiro. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, Vol. V (suplemento), pp. 195-215, Julho 1998.

⁵⁴ HOCHMAN, Gilberto. Logo ali, no final da avenida: Os sertões redefinidos pelo movimento sanitarista da Primeira República. *Hist. cienc. Saúde-Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 5, supl. Julho de1998.

partir da elaboração e propagação da ideia de que as endemias rurais estariam mais perto dos centros urbanos do que se imaginava, “logo ali, no final da avenida”, o movimento redefiniria as fronteiras entre o mundo urbano e o mundo rural, aproximando-os nas suas carências. Neste sentido, na perspectiva da campanha pelo saneamento, “os sertões, e as áreas rurais, eram mais uma categoria médica, social e política que geográfica” (HOCHMAN, 1998). Em relação ao período de 1910 a 1920, o autor aponta que:

(...) o Brasil era interpretado e divulgado como um país doente, isto é, caracterizava-se pela onipresença de doenças endêmicas, devido à ausência do poder público em grande parte do território nacional para impedir a ação das doenças que pegam. O movimento sanitaria saturou a sociedade brasileira com uma interpretação sobre o Brasil a partir de dois eixos complementares que o definiriam: "o hospital" e "os sertões". O hospital indicava a (onipresença das endemias rurais e os sertões significavam o abandono e a ausência da autoridade pública. A população doente e esquecida desse imenso hospital chamado Brasil seria a grande vítima do status quo político e constitucional, quando havia conhecimento médico disponível para a prevenção e, às vezes, cura (HOCHMAN, 1998, p. 13).

O duplo embaraço, abandono e ausência de condições médico-sanitárias, identificado pelo movimento sanitaria, entretanto, estaria longe de ser resolvido nas duas décadas seguintes, devido à conjuntura instável do período varguista, que procurou responder à instabilidade política com medidas de alcance social no intuito de fortalecimento do governo diante dos conflitos. Na área do Ministério da Educação e da Saúde Pública (MESP), com a posse de Gustavo Capanema⁵⁵ como ministro, em 1934, seriam implementadas medidas que diziam respeito à saúde pública, voltadas, prioritariamente para a população não-atendida pela medicina previdenciária⁵⁶: pobres, desempregados, trabalhadores informais.

Duas reformas refletiriam a política varguista de centralização e verticalização das ações estatais. A primeira delas foi em 1937 quando o nome do Ministério da Educação e da Saúde Pública foi mudado para Ministério da Educação e Saúde (MES) conformando uma estrutura administrativa adequada aos princípios da política social do Estado Novo. Foram criadas as Delegacias Federais de Saúde (DFS, oito no país), com o objetivo de incrementar e gerenciar a “colaboração da União com os serviços locais de saúde pública e assistência social”, e a organização das Conferências Nacionais de Saúde (CFS), cujo propósito era facilitar à União a coordenação de planos nacionais de saúde a ser estabelecidos com a concessão de auxílios e subvenções federais e a orientação aos serviços estaduais e locais

⁵⁵Gustavo Capanema foi Ministro da Educação e Saúde por onze anos, de 1934 a 1945.

⁵⁶ Na área do Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio (MTIC) medidas de caráter corporativo, incluindo atendimento médico individual, passavam pela negociação entre governo, trabalhadores e burguesia industrial (FONSECA, 2007, p. 41-42).

(HOCHMAN, 2001, p. 137). Uma segunda reforma, em 1941, criou os Serviços Nacionais de Saúde (SNS)⁵⁷ para combater as grandes endemias e as doenças específicas, como “mais uma estratégia do governo federal para intensificar sua intervenção sobre as ações de saúde em todo o país” (FONSECA, 2007, p. 233).

Deste modo, através da interiorização da agenda de saneamento e saúde pública sob seu controle, do combate a doenças infectocontagiosas que atingiam a coletividade, especialmente as comunidades rurais, da instalação de serviços e conferências nacionais, o Estado consolidava um forte ‘apelo ideológico’ de construção nacional. Foram traços marcantes na época a crença no progresso, o ardor patriótico e a defesa do modelo nacionalista de modernização⁵⁸.

De acordo com Marcolino Candau e Ernani Braga (1948), apesar das medidas implementadas, a situação da saúde pública era ainda marcada pela precariedade. Em trabalho apresentado ao VII Congresso Brasileiro de Higiene, reunido em São Paulo no início de dezembro de 1948, evidenciaram que “a grande massa constituída pelos habitantes da zona rural”, cerca de 72,8% da população (pelo senso de 1940) via-se desprovida de “qualquer tipo de assistência médico-sanitária, a não ser, aqui e ali e assim mesmo muito mal, aquela que é prestada pelos serviços oficiais de saúde e pelas instituições de caridade”. A insuficiência de número de médicos e de leitos em hospitais (quando havia algum) forçava os “chamados Centros de Saúde e Postos de Higiene⁵⁹ a prestarem assistência médica à população” (CANDAU, M.G, e BRAGA, E. 1948; p. 572-581).

⁵⁷ Foram doze os serviços criados: Serviço Nacional da Peste, Serviço Nacional da Tuberculose, Serviço Nacional de Febre Amarela, Serviço Nacional de Câncer, Serviço Nacional de Lepra, Serviço Nacional de Malária, Serviço Nacional de Doenças Mentais, Serviço Nacional de Educação Sanitária, Serviço Nacional de Fiscalização da Medicina, Serviço Nacional da Saúde dos Portos, Serviço Federal de Bioestatística e Serviço Federal de Águas e Esgotos. Cf. Fonseca (2007).

⁵⁸ Ressalte-se que a discussão sobre saúde pública no Brasil guardava proximidade com aquelas que ocorriam nos fóruns internacionais. Em meados da década de 1930, as principais diretrizes que norteavam os serviços de saúde no Brasil ajustavam-se às orientações da III Conferência Pan-Americana de Diretores Nacionais de Saúde, realizada no México, em 1936: a unificação das ações em todo o território nacional, a coordenação central das atividades e a adoção de tempo integral de trabalho para os profissionais envolvidos com serviços de saúde pública. Essas afinidades certamente contribuíram para a consolidação das mudanças estabelecidas pouco a pouco pelo Ministério Capanema (FONSECA, 2007). Nas décadas de 1930 e 1940, o debate sobre a formação em saúde pública e sobre as políticas públicas de saúde aproximava-se das proposições que eram tratadas em fóruns internacionais, como os congressos e as conferências organizadas pela Oficina Sanitária Pan-Americana (a atual Organização Pan-Americana de Saúde ou OPAS) e foi influenciado especialmente pelas propostas aplicadas nos Estados Unidos da América (LIMA; FONSECA; SANTOS, 2004).

⁵⁹ O que diferencia um Centro de um Posto é a quantidade de médicos e outros profissionais da saúde neles existentes e a condição de atendimento. Cf. PENIDO, PANTOJA E SIMÕES (1953, p. 176): “Centro de saúde é a unidade polivalente que, servindo a uma área determinada, aí realiza pelo menos as seguintes atividades: controle de doenças transmissíveis agudas, da tuberculose, da lepra, das doenças venéreas, a proteção médico-sanitária da gestante e da criança, o saneamento e polícia sanitária das habitações e logradouros, a higiene do trabalho e da alimentação e os exames periódicos de saúde”. (...) Se a unidade sanitária executa as mesmas atividades em escala mais reduzida (...) chama-se, então, Posto de Higiene de 1ª classe (P.H.1), (...) Posto de Higiene de 2ª classe (P.H.2)”.

Também em 1948, a indisponibilidade de assistência médica no interior do Brasil foi registrada, em artigo do jornal “O Dia”, de Curitiba⁶⁰, republicado no Boletim do SESP (Outubro de 1948, n. 63, p. 4). O Boletim reproduziu o artigo “*Médicos para o interior do Brasil*” como réplica a alguém, embora não identificado, que escrevera que “havia pletora de médicos no Brasil”. A nota introdutória refutou a afirmação como inteiramente desprovida de verdade, e reafirmou a falta de médicos, principalmente no interior. Ainda ilustrou seu contradito a partir de experiência própria: “antes do SESP chegar ao Amazonas podiam ser contadas as comunidades onde existiam facultativos, por exemplo”.

O aludido artigo, curto, porém incisivo, afirma:

Um dos mais antigos problemas que o Brasil terá de resolver é o que diz respeito à carência de médicos nas cidades do interior. As Faculdades de Medicina despejam, anualmente, centenas e centenas de esculápios, nas grandes metrópoles, onde eles permanecem, ora em empregos públicos, ora com pequenas clínicas, nem sempre suficientes para custear-lhes a vida. E pelo interior, ou mesmo na orla do Atlântico, pululam os curandeiros, os “pais de santo” e outros. As populações interioranas lutam contra as enfermeiras praticando os processos rudimentares da chamada medicina caseira. O obituário apresenta um índice impressionante de casos inexplicados. As famosas “meisinhas”, os remédios ministrados pelas clássicas “comadres” têm culpa no cartório, com referência a esses desenlaces. No entanto, que pode fazer essa pobre gente, senão ingerir as tais drogas caseiras? É certo que muitos dos citados remédios matam, por serem, muitas vezes, aplicados indevidamente. Todavia enquanto não for resolvido o problema em causa, não se poderá eliminar a praga do curandeirismo, seja o de boa-fé, praticado pelas “comadres”, ou o criminoso, praticado por espertalhões, que com isso conseguem viver ociosamente, à custa da ignorância e da falta de recursos científicos da pobre gente do “interland”. Não queremos dizer que só ali existe essa praga: na Capital, de quando em vez a polícia faz uma autêntica limpeza, prendendo tais espertalhões. É necessário conseguir-se um meio de dotar as cidades do interior de médicos em serviço permanente. São poucos os profissionais que fixam residência na Interlândia. A grande maioria prefere viver nas capitais dos Estados. Eis um problema sério que teremos que solucionar. (Jornal “O DIA”, apud Boletim do SESP, Outubro de 1948, n. 63, p. 4).⁶¹

A repercussão dos apelos do movimento sanitaria das décadas 1910/1920 e das proposições apresentadas por Pena e Neiva (1916) neste artigo “d’O DIA” é bastante evidente. Passadas duas décadas e meia, ainda permanecia a mesma situação de desassistência em várias regiões do interior brasileiro. A expressão de Hochman (1998), de que o sertão estaria “logo ali, no final da avenida”, também poderia ser subtendida, pois “O DIA”, ao tratar da falta de assistência médica, deixa claro que o problema se alastra “pelo interior, ou mesmo na orla do Atlântico”.

⁶⁰ O Boletim do SESP indica o Jornal “O DIA” como sendo de São Paulo.

⁶¹ O Boletim não indica a data em que o artigo foi publicado, nem sua autoria.

As reconfigurações

As percepções provenientes do século XIX, de certa forma, reconfiguram-se nas narrativas de dois antigos moradores de Governador Valadares⁶² que, embora tenham chegado à cidade na década de 1940, imprimem em suas falas o espanto e a expectativa da promessa, que lidas à luz das categorias de Reinhart Koselleck (2006) revelam ‘espaços de experiências’ e ‘horizontes de expectativas’.

O primeiro depoente, Ladislau Sales⁶³, era médico, formado em 1939 pela Escola Nacional de Medicina (atual Faculdade de Medicina da UFRJ). Natural de Manhuaçu, viajou pela Europa, e esteve no Líbano, terra de seus familiares. Este depoente conta, com graça, que, ao chegar à cidade de Governador Valadares, teve a impressão de estar desembarcando no Congo: “É a impressão que você terá hoje, ou teria hoje, se você desembarcar no Congo”⁶⁴. Recordou-se que foram necessários três dias de viagem, saindo de Manhuaçu (na Zona da Mata mineira) passando por Cachoeiro do Itapemirim, depois Vitória para, após um dia de viagem de trem, finalmente chegar a Governador Valadares. Um percurso que hoje é feito em menos de quatro horas, naquela ocasião exigiu travessias de canoa e um dia de viagem numa Maria-Fumaça que cruzava as matas pelo caminho. Os tempos eram de guerra e o trem de passageiros parava muitas vezes para dar preferência aos de carga. Na bagagem, o então jovem médico levava, conforme ele próprio revelou, “máscara de anestesia, medicamentos, livros, etc., uma tourada verdadeira”.

A impressão do sertão, do ermo do mundo, com todas as suas dificuldades e, até algum exotismo, se revela na história do primeiro grande desafio do jovem doutor: uma apendicite, diagnosticada em um dos alunos internos no colégio onde seu irmão era diretor. A noite chuvosa, a falta de equipamentos adequados, o risco de uma cirurgia naquelas circunstâncias e o treinamento obtido em um pronto-socorro do Rio de Janeiro, onde havia se

⁶² Entrevistas disponíveis no Núcleo de Estudos Históricos e Territoriais, da Universidade Vale do Rio Doce – NEHT/UNIVALE.

⁶³ Entrevista com Ladislau Sales (2001), concedida ao Prof. Haruf Salmen Espindola. Acervo Núcleo de Estudos Históricos e Territoriais - NEHT/Univale.

⁶⁴ A comparação do Dr. Sales, ao que parece, relaciona-se com as condições de pobreza e carências existentes na República do Congo, e muito comentadas na época da realização da entrevista (2001). Conforme Mukenge Shay (2007, p. 22), “A pobreza prevalece na República Democrática do Congo, como demonstra a elevada incidência de doenças graves como AIDS, malária, gastroenterite, tuberculose, lepra, doença do sono e esquistossomose. A mortalidade infantil é alta, embora ligeiramente inferior à da África como um todo. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) (op. cit. Pág.141), mais da metade da população dos centros urbanos só tinha uma refeição por dia em 1999. Em: Da globalização perversa às transformações urbanas: Um ensaio sobre os circuitos produtivos na cidade de Kinshasa (República Democrática do Congo). 2007. Dissertação (Mestrado em Planejamento Urbano e Regional) – Universidade Federal do Rio de Janeiro.

formado, dá uma ligeira dimensão do que, de fato, era estar no sertão. Sem nenhum médico experiente que pudesse auxiliar no procedimento, o depoente fez o que podia e esperou que Alá fizesse o resto.

Então, havia de um primo nosso uma fábrica de bebida que tinha uns tachos grandes, pra fazer o xarope, esse doce da soda limonada, do guaraná, etc. Ali ele preparava aquelas misturas. Então trouxeram aquilo pra dentro do ginásio, do pátio do ginásio, e fervemos longamente uns lençóis, umas toalhas e uns ferros que eu tinha levado do Rio. E eu tinha levado uma máscara que se chamava naquele tempo, uma máscara de anestesia. Anestesiámos o rapaz e o Vicente Pífano já era doador, já tinha descoberto, já falei isto; eu tinha uma seringa de doação – uma seringa curiosa: a doação de sangue, a transfusão de sangue se fazia através de uma seringa, cuja embolo tinha um reguinho lateral, você virava pra cá, fazia assim, a seringa enchia do doador, você rodava o embolo pra cá, empurrava e ia pro receptor, você tornava a virar... (...) E Alá ajudou que o menino escapou.

Nesse tempo os micróbios ainda não sabiam dissolver os antibióticos ou os quimioterápicos. Então, o menino, escapou, a palavra é escapar, escapou de mim... Aquilo foi uma zoeira na cidade: chegou um doido aqui que operou com o auxílio de um tacho e fez isso. O fato é que o menino tá vivo. Naquele tempo os micróbios não conheciam sulfa nem havia sulfa em Valadares. E nós mandamos buscar na ACESITA, em Coronel Fabriciano, onde havia um hospital, conheciam sulfa, e como o micróbio não conhecia, morreu (Ladislau Sales; Entrevista com Ladislau Sales (2001), concedida ao Prof. Haruf Salmen Espindola. Acervo Núcleo de Estudos Históricos e Territoriais - NEHT/Univale)

Nessa resumida recordação do depoente, percebemos o quanto tempo e espaço se tornam fluidos, imbricados. Nas ações do jovem médico, o Rio de Janeiro se faz presente no sertão do Rio Doce. A cidade e o sertão vão se embaralhando, como sugere Arruda (2000). Na distante cidade de Governador Valadares, o tempo da modernidade, do antibiótico e da medicina científica se cruza com o da tradição, misturando o moderno e o atrasado, o tacho e a anestesia, promovendo uma aproximação curiosa dos espaços, o Rio de Janeiro e Governador Valadares; uma sala simples se torna centro cirúrgico e as experiências ocorridas lá no Rio de Janeiro, se transferem para Governador Valadares. O ‘Congo’ do jovem doutor era ermo, estranho, não ‘colonizado’, desconhecido, selvagem, mas também era terra de promessa onde esperava consolidar sua carreira.

Essa história, que foi o início de uma carreira de muitas dificuldades e de grandes vitórias vivenciadas pelo depoente, nos fornece elementos para repensar o sertão remoto, discutido inicialmente. Na historiografia e, muitas vezes, até mesmo na literatura, o sertão parece estático e incógnito. Entretanto, a história contada pelo depoente nos mostra um sertão de tempos e espaços entrecruzados, que se remodelam a cada instante, fundindo espacialidades e temporalidades, atraso e modernidade.

Nesta esteira de mudanças, as necessidades bélicas da II Guerra Mundial exigiam do governo brasileiro um esforço de incorporação do sertão, especialmente para extração da mica

(ESPINDOLA, 1998, p.157) e para acesso ao minério de ferro. Num cenário parecido ao do primeiro depoente, outro entrevistado, Hermírio Gomes da Silva, dentista, também formado no Rio de Janeiro, chegou ao Rio Doce. Para ele, a cidade de Governador Valadares não se assemelhava ao ‘Congo’, pois apesar das carências locais, guardava oportunidades muito favoráveis de desenvolvimento econômico.

Isso aqui era uma reserva ecológica, vamos dizer assim, foi a mais recente fronteira de 50 anos pra cá, que foi aberta em Minas Gerais, porque aqui o médio Rio Doce (...). Aí eu tenho uma outra figura que é o anofelino, o mosquito transmissor da malária, ele guardou isso aqui pra nova geração, pra geração de vocês. Porque eu, eu usufruir?.. Eu tive que desbravar. Vocês já estão colhendo os resultados. O anofelino manteve aqui o Médio Rio Doce resguardado como um patrimônio natural formidável. Quer dizer, as reservas principais, as reservas mineralógicas que deixaram aqui, foram a grande fonte de colonização, com a descoberta da mica como matéria-prima essencial ao esforço da guerra. (Entrevista realizada em 04/12/1997- Acervo do Núcleo de Estudos Históricos e Territoriais, da UNIVALE).⁶⁵

Na visão deste depoente, o sertão encontrava-se imerso na temporalidade da natureza, na floresta que seria desbravada e extinta em apenas algumas poucas décadas. A temporalidade ecológica não só ameaçava, mas subtraía muitas vidas. Era um espaço a ser desbravado, a fronteira entre a natureza e a civilização. A chegada do Dr. Hermírio Gomes, também em busca de um lugar para realizar-se profissionalmente, aconteceu um ano depois do estabelecimento do Serviço Especial de Saúde Pública na cidade. Dois anos depois, o dentista foi contratado para o quadro de funcionários do SESP. Sua visão sobre a agência indica que atribuía a ela parte do progresso da cidade e região:

Depois vem a guerra, aí a guerra engoliu a Belgo, engoliu todo mundo. Aí depois que a guerra explodiu, né, aí estimulou todas as atividades, daí dizer: a guerra foi um papel pra nós. Primeiro trouxe o SESP pra cá, saneamento básico, que permitiu se usar água há 30 anos até, tava todo mundo se banhando com água aí. Isso existe há 40 anos atrás de melhor qualidade que hoje. Trouxe o combate ao anofelino, acabou com a leishmaniose, com o calazar, com o diabo.

O depoente se coloca num patamar diferenciado em relação aos do lugar e à sua condição de dentista formado (“E na terra de cego, quem tem olho é rei”). Realça sua formatura na “Faculdade de Odontologia da Universidade do Brasil, na primeira Faculdade de Odontologia do Brasil, essa marca de pioneirismo”. Para ele, o fato de ter vindo de um centro mais avançado, “de uma cidade que era tida como a “Atenas de Minas”, o berço da cultura de Minas, que era Leopoldina”, de certa forma o destacava. Também realça que veio

⁶⁵Entrevista com o Dr. Hermírio Gomes da Silva, em 04 de dezembro de 1997; Acervo NEHT/UNIVALE. Hermírio Gomes da Silva foi funcionário do SESP e prefeito de Governador Valadares por dois mandatos: 1967-1970; 1973-1976.

indiretamente, do Rio de Janeiro. “De lá (Leopoldina) eu fui para o Rio de Janeiro, sai do berço da cultura do Brasil que era o Rio de Janeiro, capital da República, e vim prá cá”. Ao destacar Leopoldina, Hermírio Gomes, de forma subliminar, a contrasta com Governador Valadares, apesar de seu entusiasmo por uma cidade que ainda era ‘sertão’. Leopoldina, localizada na Zona da Mata de Minas, cuja história remonta ao início do século XIX, tornou-se durante as primeiras décadas do século XX, “um efervescente centro cultural e berço de muitas escolas particulares, que recebiam filhos da elite mineira e de outros estados da federação”, vindo daí o apelido de “Atenas da Zona da Mata” (NOGUEIRA & SILVA, 2010, p.235)⁶⁶. Ao contrário, Governador Valadares, que somente foi emancipada em 1938, não possuía nem os equipamentos urbanos básicos que havia em Leopoldina (luz elétrica, telefone, rede de esgotos).

Novamente a conquista do sertão mistura tempos e espaços que se sobrepõem nas experiências dos novos imigrantes que chegam à cidade. O Sertão distante, fora do compasso da modernidade, foi, enfim, avistado pelos de fora e alçado à condição de fronteira agrícola e de oportunidades sociais e profissionais. O progresso chegava de forma desconcertante, mas os tempos eram distintos, para quem chegava e para quem ali já vivia.

Na década de 1930 essa região se abriu como fronteira agrícola subsidiária ao processo de industrialização e urbanização do Brasil que demandava por produção de alimentos a preços baixos e matéria prima: minérios e madeira. Para essa condição de fronteira, concorreram três fatores. Em primeiro lugar, a política siderúrgica do governo de Minas Gerais⁶⁷: mais de trinta altos-fornos construídos até meados da década de 1950, utilizando carvão vegetal, com destaque para a Companhia Belgo-Mineira – 1936 e Acesita – 1948 (RACHE, s/d: p. 187-188); em segundo lugar a decisão do Governo Federal de incrementar a exploração do minério de ferro de Itabira para exportação e, finalmente, a abertura da rodovia Rio-Bahia (1943/1944).

Conforme relatório da Companhia Vale do Rio Doce de 1963, o aparecimento ou incremento de novas atividades econômicas na região foi potencializado pela exploração de

⁶⁶ NOGUEIRA, Natania Aparecida da Silva; SILVA, Lucilene Nunes. Os desafios para a construção de uma história local - o caso de Leopoldina, Zona da Mata de Minas Gerais. *Polyphonia*, v. 21, n. 1, 2010.

⁶⁷ A siderurgia a carvão vegetal é uma atividade muito importante para a economia mineira e brasileira, gerando um faturamento anual da ordem de US\$ 4 bilhões. A história do carvão vegetal no Brasil teve início em meados do Século XIX, no leste de Minas Gerais, quando as primeiras sementes da Revolução Industrial influenciaram o surgimento da indústria siderúrgica naquela região. Nela encontravam-se dois ingredientes fundamentais para o desenvolvimento da tecnologia de produção de ferro-gusa a carvão vegetal: a presença da Mata Atlântica e de grandes jazidas de minério de ferro. Cf. GUERRA, Cláudio. Mata Atlântica e Carvão vegetal. Disponível em <http://www.crest.org/discussion/bioenergia-espanol/200001/msg00018.html>. Acesso em 30 de abril de 2007.

minerais não metálicos (mica e pedras coradas) na zona de Governador Valadares; pela indústria madeireira, desenvolvida a partir das derrubadas para a produção de carvão vegetal; pelo aparecimento e incremento da pecuária de corte nas zonas desflorestadas; e pelo reflorestamento das zonas mais antigas que se puderam beneficiar de melhores vias de comunicação com os mercados do Rio e São Paulo (COMPANHIA VALE DO RIO DOCE, 1963, p. 59).

As novas atividades econômicas fomentaram o desenvolvimento urbano-regional, com destaque para Governador Valadares, João Monlevade e Itabira em Minas Gerais e Colatina no Espírito Santo. Nas décadas de 1930 e 1940, ao longo do Médio Rio Doce, não foram incomuns os fenômenos de crescimento acelerado da população, o aparecimento repentino de núcleos urbanos, a ocupação de terras devolutas e a instabilidade social características das zonas de fronteira agrícola. Eliza Borges (2004, p. 307) afirma que, a partir da década de 1930, mas, sobretudo na década de 1940 “o casamento entre latifúndio e indústria (siderurgia) garantiria aos proprietários rurais uma sobeja vantagem no conflito com os posseiros da região”. A economia de subsistência praticada pelos posseiros locais foi substituída, especialmente a partir dos anos 1940, pela pecuária bovina de corte. Além disso, a região passou a “sediara a instalação de empresas de capital nacional e estrangeiro – como as siderúrgicas Belgo-Mineira, Acesita, Companhia Vale do Rio Doce e outras destinadas à extração e à exploração da mica e do berilo” (BORGES, 2004, p. 307)⁶⁸.

O aumento populacional das cidades mencionadas e de outras em parte foi substanciado pela expulsão de milhares de agricultores e posseiros para que suas terras dessem lugar à criação de gado bovino. Por conseguinte, o êxodo rural se intensificou com a busca de trabalho nas cidades, em atividades como serrarias, oficinas artesanais diversas, indústria, comércio, beneficiamento de mica e pedras coradas, exploração mineral nos arredores, entre outros.

A região, e em especial, Governador Valadares, entre as décadas de 1940/1950, recebeu um contingente substancial de aventureiros em busca de oportunidade de fazer riqueza, e trabalhadores de muitas especialidades, ou sem especialidade nenhuma, que vieram de regiões vizinhas, do Espírito Santo e do nordeste do país, da zona rural, em busca de trabalho e melhores condições de vida. De acordo com SIMAN (2008), chegavam tropeiros, comerciantes e fazendeiros; vindos, na maioria, de Virginópolis, Sabinópolis, Santa Maria do

⁶⁸ Para maiores informações sobre os conflitos de disputa pelas terras no vale do Rio Doce, nas décadas de 1930 a 1950, ver: BORGES, M. E. L. *Utopias e contra-utopia: movimentos sociais rurais em Minas Gerais (1950-1964)*. Belo Horizonte, UFMG, 1988. (Dissertação de Mestrado).

Suaçuí, Guanhões e Coroaci, deslocando-se “da bacia para o vale e para a estrada de ferro que acompanha o rio” e junto com a “turma de avançamento, maquinistas, foguistas e guarda-freios vão acompanhando os trilhos do progresso” (SIMAN, 2008, p. 248).

Na perspectiva do Sr. Pedro Silveira Nunes, alfaiate⁶⁹, 82 anos, que veio em 1944, de Santa Maria do Suaçuí para Governador Valadares, “muitas pessoas do universo se encontravam aqui; chegava um, é americano, chegava outro, é polonês, chegava outro, era russo, chegava outro, é italiano, chegava outro, é turco”. De opinião semelhante, também ‘forasteiro’, o Dr. Ladislau Sales, se admirava:

A cidade era inacreditavelmente uma Arca de Noé! Inacreditavelmente! Havia gente de todos os estados, havia gente de todos os países, atraídos pela madeira, que começavam as matas ali no final da Avenida Minas Gerais, e atraídos pela mica. Atraídos pelas pedras, que não eram de Valadares, eram produzidas no município de Teófilo Otoni, mas eram comercializadas em Valadares. Que era uma cidade onde o dinheiro, com a ajuda americana, corria às bicas. (Ladislau Sales (2001); Acervo do Núcleo de Estudos Históricos e Territoriais - NEHT/Univale).

Até aqui delineamos um território que trilhava um caminho de acelerado crescimento em sua dimensão econômica e política, sem que existissem, contudo, políticas sociais que acompanhassem tal processo. No aspecto econômico, fervilhavam as oportunidades para os interessados nas riquezas do Médio Rio Doce e o tempo da tecnologia e da modernidade passava rápido. No aspecto político, iniciava-se a composição de grupos de poder e disputas acirradas. Num outro compasso temporal, estava o território social e cultural desta população que se aglomerava às margens da ferrovia e da rodovia, que logo se estabeleceria. Sem assistência social e sanitária de espécie alguma, os territórios do cotidiano e das mentalidades (ou seja, o campo de expressão do simbólico) encontravam-se presos às rezas, benzedadeiras, raizeiros e crendices, levando a população a desconfiar do pouco recurso sanitário e médico que lhes era ofertado.

Encontramos em dois estudos – realizados sob encomenda do SESP na década de 1950 – uma abordagem que dimensiona essa peculiar territorialidade sociocultural que foi posta em xeque com o processo de incorporação da região como nova fronteira agrícola. O primeiro⁷⁰, desenvolvido pelo sociólogo Luis Fernando Raposo Fontenelle⁷¹, resultou de

⁶⁹ Entrevista com o Sr. Pedro Silveira Nunes. Em 08/12/2009. Acervo do Núcleo de Estudos Históricos e Territoriais – NEHT/Univale.

⁷⁰ FONTENELLE, L. F. Raposo. Aimorés – Análise Antropológica de um Programa de Saúde. DASP: Serviço de Documentação, 1959.

“pesquisa antropológica empreendida em setembro de 1955 e janeiro de 1956, na sede do município de Aimorés, estado de Minas Gerais”, com a finalidade de verificar o emprego da medicina popular pela população local, as concepções acerca da saúde e da doença e a relação entre a Unidade Sanitária⁷² mantida pelo SESP e a população. O segundo, realizado por Kalervo Oberg⁷³ (1956) sobre o distrito de Chonin de Cima⁷⁴, pertencente ao município de Governador Valadares, apresentou uma radiografia do distrito e avaliou um programa de desenvolvimento de comunidade realizado pelo SESP naquela localidade.

Fontenelle e o ambiente cultural em Aimorés

Em *Aimorés – análise antropológica de um programa de saúde*, além de traçar o perfil ecológico, econômico e social da cidade, Fontenelle se detém em estudar a questão da saúde, das doenças e seu tratamento. A sucinta apresentação ecológica da cidade trata de sua localização na zona de fronteira entre os estados de Minas Gerais e Espírito Santo e suas características geográficas em geral. O autor apresenta um breve histórico da ocupação e da utilização das terras, que seguem o padrão comum do Vale do Rio Doce: exploração da madeira, agricultura itinerante, esgotamento dos solos, introdução e incremento da pecuária; tanto a atividade agrícola como a pecuária com caráter exploratório, determinando modalidades diversas de relações entre proprietários e trabalhadores, como trabalho assalariado (comum na pecuária) e meação (comum na

⁷¹O sociólogo, vinculado ao SESP entre as décadas de 1950 e 1960, foi diretor do Instituto de Antropologia da Universidade Federal do Ceará (1965), prestou serviços no Museu Nacional (1968), integrou-se ao quadro docente da Universidade do Ceará (1970), onde se aposentou em 1991; de 1980 a 1987 esteve formalmente à disposição do MEC, lotado na Secretaria de Assuntos Culturais do Rio de Janeiro.

⁷² A Unidade de Saúde fora aberta, logo que o SESP iniciou os trabalhos na região; no ano de 1944, com a reforma do Hospital São José. Cf. FSESP, Cx. 24, doc. 55 (Operação do Centro de Saúde de Aimorés, MG. Projeto; RD-LCE-4).

⁷³Kalervo Oberg ensinou na Escola Livre de Sociologia e Ciências Políticas de São Paulo, fazendo parte do grupo de trabalho de Donald Pierson. Em 1946, juntou-se a este grupo como professor visitante, enviado pelo Smithsonian Institution, oferecendo aulas, “na Divisão de Estudos Pós-Graduados sobre “Sistemas Econômicos de Povos Não letrados” e Seminário sobre “Problemas de Trabalho de Campo em Antropologia Social” (Cf. PIERSON, Donald. Algumas atividades no Brasil em prol da Antropologia e outras ciências. In: CORRÊA, Mariza. (Org.). *História da antropologia no Brasil (1930-1960). Testemunhos: Donald Pierson e Emilio Willems*, Campinas/São Paulo: Ed. Unicamp/Vértice, 1987. O antropólogo participou do grupo organizado por George Foster para o primeiro estudo sobre os programas cooperativos em saúde pública entre EUA e países da América Latina. Naquela ocasião, já se encontrava no Brasil e ao ser convocado por Foster, avaliou o centro de saúde do SESP na cidade de Colatina, no estado do Espírito Santo. Seus apontamentos fazem parte da monografia: FOSTER, G. M. *et al. A Cross - Cultural Anthropological Analysis of a Technical Aid Program* (mimeographed; Washington, D. C.: Smithsonian Institution, 1951. Kalervo Oberg é mais conhecido pelo seu conceito de ‘choque cultural’. Essa expressão, incorporada aos estudos antropológicos, foi cunhada por Oberg por ocasião de palestra que preferiu, na cidade do Rio de Janeiro em três dias de agosto de 1954, para técnicos americanos e seus familiares recém-chegados ao Brasil. Oberg orientava os estrangeiros quanto a possíveis dificuldades de adaptação e/ou convivência com novos e desconhecidos hábitos culturais.

⁷⁴OBERG, Kalervo. *Chonin de Cima - A Rural Community in Minas Gerais, Brazil*. Rio de Janeiro: USOM, 1956.

agricultura). A sede do município, que era parada obrigatória dos trens da EFVM, cresceu e expandiu-se. Um sem-número de comerciantes e especuladores somou-se aos fazendeiros e criadores já residentes. Abriram-se oportunidades para diversos ramos de atividades urbanas menos ou mais especializadas. Definiu-se a posição social dos habitantes em função da economia e dos recursos financeiros individuais, e era possível reconhecer nos extremos a classe dominante (representada pelos fazendeiros, proprietários de imóveis, negociantes, funcionários públicos graduados) e a classe pobre (trabalhadores braçais, empregados sem qualificação, biscateiros). Entre as duas, situam-se funcionários públicos de menor *status*, pequenos comerciantes e trabalhadores especializados, constituindo um arremedo de classe média, se aproximando ora de um extremo ora de outro (FONTENELLE, 1959, p. 13-17).

Em relação aos saberes e práticas médico-sanitárias de Aimorés (MG) Fontenelle constata diferentes entendimentos, condutas e procedimentos entre os segmentos daquela sociedade (FONTENELLE, 1959, p. 17). Segundo o autor, as atitudes e os hábitos sanitários das camadas econômica e socialmente superiores eram semelhantes aos modelos dos grandes centros urbanos. Concorria para essa situação o acesso às informações divulgadas pelos meios de comunicação ao alcance de seus recursos financeiros (rádio, imprensa, cinema) e a instrução dos jovens, que abria seus horizontes para o mundo “que se estende para além de Aimorés”, distanciando-os aos poucos do patrimônio cultural tradicional transmitido pelas gerações mais velhas.

Entretanto, apesar da divulgação de um conjunto de conhecimentos modernos, que facilitavam a criação de uma mentalidade inclinada à acolhida de ideias renovadoras ou de mudança, observava-se, entre os mais velhos desse segmento social, a permanência de vestígios do uso da medicina popular para a cura de certos males ou o seu uso complementar às prescrições médicas. Nesses casos, os chás eram reconhecidos como remédios para doenças que se imaginavam sem gravidade (resfriado, gripe, infecção de garganta, tosse, dor de barriga, verminose), e os ingredientes de sua preparação estavam ao alcance do usuário na horta ou na vizinhança. Também permaneciam certos tabus alimentares e de comportamento como a classificação de certos alimentos⁷⁵ e o cuidado com a ingestão de ‘misturas’⁷⁶. Outros traços de distinção desse grupo social referem-se à

⁷⁵A classificação dos alimentos como quentes e frios, fortes e reimosos, definiriam a qualidade e a propriedade dos alimentos e da comida e os seus efeitos sobre o corpo. Conforme Minayo (1998, p. 367) essa classificação relaciona-se à representação popular sobre “causação natural da doença”.

⁷⁶Algumas misturas eram consideradas fatais, por exemplo, manga com leite, ovo com laranja, leite com abacaxi.

busca por médicos em caso de doenças na família – especialmente médicos particulares, a fim de evitar as filas de espera entre os pobres e indigentes na unidade sanitária local – e às melhores condições das residências e da higiene. Enfim, caracteriza a atitude desse segmento social frente à saúde e à doença, o abandono dos preceitos de teor mágico e a lenta, mas progressiva, renúncia aos valores medicinais dos chás e a certos tabus alimentares, mediados por um processo de contato cultural em que novos elementos e conceitos vão sendo incorporados, num movimento de deliberada aceitação do moderno e do progresso que vem dos grandes centros urbanos (FONTENELLE, 1959).

De outro modo, a caracterização das atitudes e dos hábitos sanitários da população pobre diverge da anterior em muitos e importantes quesitos. A começar pela condição higiênica e sanitária das moradias, que se situavam nos limites da cidade, na vizinhança do rio ou nas encostas dos morros, alguns já ocupados. O tipo de material utilizado e a construção das casas desse grupo relacionavam-se com a sua parca condição financeira e indicavam mais pobreza do que simplicidade: eram comuns as casas de barro socado entre a armação de bambu, embora existissem muitas construções de alvenaria de reduzido tamanho, variando entre um ou dois quartos e cozinha, às vezes uma sala e pequeno quintal onde estava a fossa sanitária. O excesso de trabalho para a manutenção da subsistência era comum, e as possibilidades de acesso à informação, fontes de notícias e divulgação de conhecimentos eram raras: limitavam-se à transmissão verbal de acordo com as concepções e as interpretações locais, o que diminuía as chances de um movimento de mudança cultural e aceitação de novas ideias, à semelhança do que acontecia entre a gente ‘rica’. Ao que parece, predominava um processo de adoção de conhecimentos dispersos, pois a população apresentava-se heterogênea e com grande mobilidade, apesar de amoldar-se a um fundo cultural comum. Mesmo a escolarização das crianças era limitada, uma vez que a maioria delas não dispunha do tempo e da condição econômica necessária para alcançar um grau de educação mais elevado do que as primeiras séries do ginásio.⁷⁷ No caso da concepção sobre a saúde e a doença, destacavam-se os conhecimentos e os usos da medicina popular que, independente de variações e particularidades regionais, guardava um núcleo permanente e conhecido por todos, especialmente quanto à sua constituição por elementos sobrenaturais e naturais (FONTENELLE, 1995, p. 22-25).

À proporção que se desce na escala social, torna-se mais intenso o emprego da Medicina popular. Nas chamadas classes pobres, a consulta ao médico é menos

⁷⁷Corresponde atualmente às séries intermediárias (5ª e 6ª) do Ensino Fundamental.

frequente, pequena mesmo em relação ao número de habitantes. Usam-se, em grande escala, os ‘chás’, as ‘simpatias’, a consulta aos ‘tratadores’, e existe considerável massa de formas essencialmente mágicas, ignoradas, ou pelo menos definidas como ‘superstição’ pela ‘gente rica’ (FONTENELLE, 1959, p. 22).

O estudo feito por Fontenelle sobre a medicina popular em Aimorés mostra a existência de um conjunto de ideias e conceitos sobre saúde e doença, que gravitam em torno de princípios constitutivos comuns: o sangue é tido como elemento vital que se relaciona a diversas enfermidades; a doença é encarada por suas manifestações evidentes; a expectativa de “cura em breve tempo” é acentuada; faz-se vinculação das doenças a hábitos alimentares e atitudes comportamentais; aceita-se a feitiçaria como fator de persistência de feridas ou enfermidades; a crença na motivação sobrenatural para certos males é respeitada; a crença nas benzeções e nas fórmulas mágicas para cura de doenças “que não são prá médico”⁷⁸. A centralidade desses princípios não impedia modos distintos de intervenção ou busca pela cura, embora com a mesma finalidade: existia uma variedade de chás receitados para os mesmos achaques, e benzeções diferentes, conforme o ‘rezador’ ou curandeiro, para o mesmo incômodo, seja “mau olhado”, “izipra”⁷⁹ ou outros (FONTENELLE, 1959).

Na perspectiva de Fontenelle, o sentido da vida e os valores e as crenças das pessoas da classe mais pobre aproximam-se daqueles presentes no mundo rural, e prevalece o sistema antigo de crenças, trabalho e sociabilidades. Nesse sentido, o estudo realizado por Kalervo Oberg (1956) é revelador desta aproximação. O trabalho faz uma radiografia da comunidade, privilegiando aspectos ecológicos, a origem e a formação da comunidade, características agrárias e das relações de trabalho existentes; detém-se na descrição do cotidiano dos habitantes e apresenta o projeto de organização de comunidade desenvolvido pelo SESP.

Kalervo Oberg e a descrição da Comunidade de Chonin de Cima⁸⁰

⁷⁸ Essa expressão resume a concepção de que existem doenças motivadas por causas naturais e doenças de cunho sobrenatural, ou seja, aquelas que os médicos não podem curar.

⁷⁹ Referência a erisipela, doença de pele caracterizada por vermelhidão e coceira, acompanhada, às vezes, de prurido.

⁸⁰ O estudo de Kalervo Oberg foi publicado em inglês, e não há versão traduzida para o português. A obra não foi encontrada em bibliotecas brasileiras, mas foi obtida na Biblioteca do Senado dos EUA, via COMUT pela Biblioteca da Universidade Vale do Rio Doce (UNIVALE). A tradução livre é de minha responsabilidade.

Chonin de Cima é descrito por Oberg como uma comunidade rural com limites definidos, com uma organização social própria, com história e tradição cultural particular.⁸¹ Em 1895, este povoado ainda não existia. Cerca de meio século depois, já havia concluído um ciclo de crescimento e experimentava uma etapa de estagnação.⁸² A comunidade compunha-se de duas partes: (a) a área das fazendas⁸³ e (b) a vila,⁸⁴ que servia de centro religioso, educacional, comercial e recreativo. Em 1952, a população era de 1.995 habitantes, 635 na vila e 1360 na área circundante. A posição social desses moradores é dada em função da natureza de seus rendimentos, relacionada com a propriedade ou não da terra. Desse modo, tanto na vila quanto na área das fazendas, a condição da moradia e especialmente da alimentação, além do acesso à educação escolar e a equipamentos facilitadores do trabalho e de produção acompanham a condição econômica. No geral, a população é marcada pela existência de um grupo “rico”, que é minoria, e branco e por um grupo “pobre”, composto em sua maior parte por mulatos. Neste último grupo, o número de analfabetos é muito superior ao do primeiro (OBERG, 1956).

O estudo de Oberg descreve o cotidiano da vida rural; a dieta básica e a maneira de se cozinhar os alimentos; os utensílios domésticos, os equipamentos de trabalho e seu uso; o fabrico da farinha, do queijo, da rapadura, da cachaça; o tipo e o material de construção das moradias e seu mobiliário; as festas religiosas, as diversas sociabilidades; as atividades domésticas desempenhadas pelas mulheres, a educação das crianças; e especialmente o ciclo da vida dos indivíduos pertencentes àquela comunidade, desde os preparativos para o nascimento da criança, os cuidados familiares em geral, o cerimonial do casamento e do

⁸¹ O sentido de comunidade trabalhado por Oberg está de acordo com a concepção apresentada por José Arthur Rios (1987, p. 53-73), que ressalta que seu estudo deve levar em consideração certos elementos, tais como: “1) um grupo humano vivendo em 2) área geográfica contígua, 3) caracterizado por uma trama de relações e contatos íntimos, 4) possuindo a mesma tradição e os mesmos interesses, mais 5) a consciência da participação em ideias e valores comuns” (p. 59). O estudo sobre Chonin foi citado por Rios como um dos que foram realizados pelos discípulos de Donald Pierson (Op. cit, p. 64).

⁸² A região passou pelo mesmo processo de exploração das terras, comum no vale do rio Doce, apresentado por Fontenelle no caso de Aimorés.

⁸³ Na área das fazendas, contavam-se os proprietários de terras (entre grandes e pequenos; 27, 88%); os parentes dos proprietários (9,90%); os meeiros (45,80%), que cultivavam em terços ou metades; trabalhadores de fazenda (16, 33%) como vaqueiros e plantadores de café. Cf. levantamento do autor (Op. cit. p. 6). Chama a atenção de Oberg o fato de patrões/fazendeiros se tornarem compadres de seus agregados pelo batismo dos filhos destes últimos ou pelo apadrinhamento de casamentos, o que aproxima e cria vínculos e gratidão dos apadrinhados em relação a seus padrinhos. Também se refere à desconfiança em relação aos estranhos, até que esses se tornem (re)conhecidos (p. 9).

⁸⁴ Na vila, 50,40% dos moradores eram assalariados, 14,40% pequenos comerciantes, 12% eram artesãos, 8,8% proprietários de terra que ali viviam, 8,00% eram dependentes destes anteriores 2,40% caixeiros, 2,40 % outros profissionais 1,60 %, prostitutas 2,40 %. Cf. levantamento do autor (Op. cit., p. 6).

funeral, marcados pelos ritos do catolicismo, orientação religiosa predominante na comunidade.

Conforme sua observação, as condições de higiene e saúde eram inadequadas e deficitárias. O levantamento dietético revela que o padrão alimentício era condicionado pela situação econômica: a dieta dos mais abastados era mais rica em valores calóricos do que a dos 'pobres'; o trabalhador da roça comia um pouco melhor que o trabalhador da vila, porém a deficiência alimentar era um dos motivos de dentes estragados, fraqueza muscular, falta de energia e apatia, especialmente entre a população da vila (OBERG, 1956).

A descrição das moradias destaca sua rusticidade tanto na vila quanto na área rural, exceto as casas dos fazendeiros, que apresentavam melhores condições. O chão de barro batido e as paredes de adobe eram os traços comuns das construções. Nas casas da vila, não havia fornecimento de água tratada (76,2% das casas da vila utilizavam cacimbas, 10,6% poço com bomba, 12,04% buscavam água no ribeirão, 0,8% utilizavam a água de minas)⁸⁵; não existiam privadas em 90% das casas, e os moradores usavam os matos das imediações para suas necessidades de excreção; somente uma casa apresentava um bom quintal, e 96% não tinham horta nem jardim.

Na zona rural, a situação não se diferenciava: 94% das 236 casas não possuíam privadas; para o banho, oito casas tinham chuveiro, moradores de 162 casas usavam bacias, moradores de 57 casas usavam cochos,⁸⁶ moradores de 32 casas usavam o rio; moradores de 52 casas banhavam-se em poços, e seis casas tinham tanques cuja água jorrava de uma bica. Para água de beber, moradores de 227 casas, ou 96 %, usavam a água natural, moradores de oito casas usavam filtro, e os ocupantes de uma casa ferviam a sua água de consumo.

A descrição de Oberg (1956) sobre aspectos da higiene pessoal e sanitária da população da comunidade de Chonin apresenta indicativos de precariedade socioeconômica e/ou de caráter cultural. Destacam-se em sua apreciação, entre outros, detalhes comuns aos habitantes da vila e da área das fazendas: o hábito de andar descalço (o uso de calçados relacionava-se a ocasiões especiais, principalmente religiosas); o banho de bacia; o uso limitado de sabonete, produto caro para as possibilidades locais; a raridade das escovas de dentes e o uso de talos moles de certas plantas para escovação; a utilização

⁸⁵Levantamento feito pelo SESP entre 29 de março e 11 de abril de 1951. Cf. OBERG (1956 p. 37-38).

⁸⁶Espécie de vasilha ou caixa, em geral feita com um tronco de madeira escavada, para a água ou a comida do gado, para se lavar mandioca, etc.

de um pente comum por homens e crianças (as mulheres geralmente tinham o seu); o costume de lavar as roupas⁸⁷ no rio ou poços e o uso do ferro a brasa⁸⁸ para passá-las. A falta de privadas nas casas é enfatizada. Antes da chegada do SESP, algumas poucas moradias as possuíam na área externa, mas a maioria da população na vila e na área de fazendas usava os matos próximos para depósito das necessidades fisiológicas. As fezes eram deixadas descobertas, e logo eram dispersas por galinhas, porcos e cães. A maior parte das pessoas usava sabugos de milho ou sua casca ou folhas de arbustos como função higiênica. O jornal velho era outro recurso valioso. Os meninos urinavam em qualquer lugar, os homens escolhiam um lugar discreto. As mulheres e as meninas, para essa finalidade, costumavam retirar-se para um lugar distante das vistas de qualquer passante. Os ‘penicos’ (urinóis) eram usados à noite e esvaziados pela manhã, diretamente em córregos, valas ou sarjetas próximas das moradias.

O conceito moderno da saúde como um estado de bem-estar social e individual não existia entre a população. Medidas curativas eram tomadas somente quando a doença e o infortúnio se manifestavam. Acreditava-se que existiam causas físicas e espirituais, boas e más, que traziam a saúde ou a doença. Buscava-se o recurso da magia, da oração e remédios ‘do mato’, recorrendo-se aos peritos nesses campos: os benzedeiros e os curandeiros. Não era incomum acreditar-se em bruxarias e muitos moradores usavam amuletos protetores contra perigos sobrenaturais. Nessa perspectiva, o autor identificou algumas doenças que somente seriam curadas por fórmulas mágicas, segundo o costume local: quebranto, cobreiro, hemorroidas, espinhela caída, fogo selvagem, vento virado, tirar o sol da cabeça, íngua, berugo⁸⁹ (OBERG, 1956). O autor observa que algumas dessas doenças não ocorriam na lista de nenhum médico moderno, portanto reforça-se a concepção popular da existência de “doenças que não são pra médico”.

Embora se buscasse a cura sobrenatural através de magia e orações, eram de uso comum os chás de ervas e outros remédios, além de recursos de fabricação caseira, como

⁸⁷ O autor comenta que as pessoas eram pessoalmente limpas assim como suas roupas, porém acrescenta a descrição da pobreza do vestuário: roupas remendadas até que não se podia mais usá-las. Diz que as roupas são usadas tantas vezes e remendadas que as calças de trabalho dos homens pobres têm tantos buracos que não se deixa nada à imaginação. Conforme o autor, “Among the very poor some of the clothing seems to have lost its original material and ends up being a series of patches. However, some of the people did not patch the clothing as it wore out but literally wore them to strips of rags, undershirts were seen that appeared to be only arm and neck bindings, work pants had so many holes nothing was left to the imagination” (OBERG, 1956, p. 87).

⁸⁸ Como o carvão vegetal era caro, usava-se o carvão da fomalha.

⁸⁹ Essas doenças aparecem citadas em vários estudos sobre a questão da medicina popular, como em MAYNARD, Alceu Araújo. *Medicina rústica*. São Paulo: Nacional, 1961.

cataplasmas⁹⁰ Consultas aos poucos médicos existentes na sede do município, Governador Valadares, eram raras: geralmente possível para os fazendeiros e/ou seus familiares, ou em casos muito graves que a “medicina” caseira não resolvia, os moradores menos abastados eram encaminhados à cidade. Merecem atenção as observações sobre o fato de que as famílias somente recorriam aos médicos em situações difíceis (OBERG, 1956). Além disso, a distância era grande e as estradas ruins, o que dificultava a vinda mais amiúde ao médico da cidade.

Assim como em outras localidades do interior do Brasil, o recurso ao trabalho das parteiras⁹¹ era comum na comunidade de Chonin de Cima. Os procedimentos realizados pelas parteiras locais envolviam banhos de água fervida com folhas de mentrasto, massagem no abdômen da mulher com uma mistura de óleo e alho (o óleo de pinhão era o preferido). Algumas parturientes também bebiam chá de folha de laranja ou chá de canela. Para induzir a “entrega” e aliviar a dor, as parteiras usavam orações e ‘simpatias’. A parturiente era incentivada a socar o milho no pilão para fazer força ou podia assoprar uma garrafa vazia. A parteira às vezes atava as calças do marido em volta da cintura da mulher ou punha o chapéu dele na cabeça da mulher para acelerar o parto. Após o nascimento, o cordão umbilical era cortado com tesoura (depois de seco era enterrado no quintal) e o bebê era banhado em água com álcool. Para ‘curar’ o umbigo, as parteiras usavam pó de fumo e enrolavam o bebê com uma cinta cujo uso poderia se estender por vários meses. O “mal de sete dias” era temido; a mãe e a criança ficavam esse tempo ao abrigo da casa, pois se acreditava que a luz forte seria prejudicial à cura do umbigo. A mãe ficava em ‘resguardo’ alimentar e evitava certas atividades por cerca de quarenta dias se tivesse um menino, e um tempo menor (quinze a trinta dias) se nascesse uma menina. Apesar dos cuidados dedicados aos recém-nascidos, muitos morriam durante o primeiro mês de vida. Nos meses seguintes ao nascimento, o bebê ficava aos cuidados das mães até que uma criança maior pudesse tomar conta dele (tarefa especialmente para meninas). A alimentação nem sempre era adequada; a amamentação e o hábito da chupeta se prolongavam desde o nascimento até por volta dos seis anos (a chupeta muitas vezes caía

⁹⁰ O conhecimento das propriedades curativas das ervas, na avaliação de Oberg, provinha dos costumes aprendidos historicamente da cultura do colonizador europeu, do índio e das práticas africanas. Um levantamento do pesquisador lista cento e cinquenta plantas medicinais, sua indicação terapêutica e a forma de utilização entre a população de Chonin de Cima. Em 1988, a Fundação SESP realizou um levantamento da flora medicinal utilizada em áreas de sua atuação (CARVALHO, J. H. A. *Utilização de plantas medicinais pela população das áreas de unidades elementares da Fundação SESP*. São Paulo, SP: Fundação Serviços de Saúde Pública, 1988.) e, no caso da Região Sudeste, a maioria das plantas citadas estão presentes no levantamento de Oberg, que também registrou um importante levantamento local da flora (árvores, cipós e outras plantas) e da fauna (mamíferos e roedores, cobras, pássaros).

⁹¹ MAYNARD, Alceu Araújo. *Medicina rústica*. São Paulo: Nacional, 1961.

no chão e era lambida pelos cachorros da casa); enfim, na primeira infância não se ensinavam às crianças hábitos de higiene adequados (OBERG, 1956).

A partir da caracterização levantada, o autor considera que o isolamento (embora não fosse completo), a pobreza e a ignorância restringiam o desenvolvimento local e a ampliação dos horizontes individuais, porque limitavam a introdução de equipamentos modernos e novos conceitos sobre o uso da terra ou sobre a Medicina (OBERG, 1956). Simultaneamente, a não existência de medidas governamentais que quebrassem essas barreiras adiava a modernização, e o homem rural permanecia desconfiado das mudanças e desinteressado delas⁹² (OBERG, 1956). A posição do autor sobre a comunidade de Chonin de Cima revela seu pensamento⁹³ sobre o interior do Brasil, em geral: “Chonin de Cima representa, em miniatura, a sociedade e a cultura populares brasileiras — uma sociedade ainda não inteiramente integrada na vida nacional, centrada nas cidades; uma cultura ligada ao estágio pré-industrial da história brasileira”⁹⁴ (OBERG, 1956, p. 9).

As considerações do artigo em “O Dia”⁹⁵ poderiam se aplicar perfeitamente a estas duas comunidades estudadas por Oberg e Fontenelle. As carências variadas e o *modus vivendi* da população de Aimorés e de Chonin de Cima reverberam os aspectos mencionados pelo jornal, especialmente a predominância de métodos tradicionais de cura e a quase total ausência de médicos. Tomando-se essas localidades como referência sociodemográfica no Médio Rio Doce, nas décadas de 1940 e 1950, é possível delinear o cenário ‘cultural’ encontrado pelo SESP e com o qual os integrantes da agência teriam que lidar.

⁹²Em outro texto (The Marginal Peasant in Rural Brazil), Oberg afirma que o trabalhador rural no Brasil, à margem da economia, embora fosse depositário de um rico folclore era depositário de ignorância, pobreza e doença. Cf. o original: “He is the economic zero of Brazil, for he sells little and he buys little. Although the repository of a rich folk music and folklore, he is also the repositior of ignorance, poverty, and disease” (OBERG, 1965, p. 1418).

⁹³Embora não conste da bibliografia citada por Oberg, as características levantadas por ele coincidem com as que foram atribuídas ao mundo rural brasileiro por SMITH, T. Lynn no livro: *Brasil, povo e instituições*. A primeira edição da obra, em inglês, é de 1946 (Louisiana State Universty Press); a primeira edição em português, tradução por José Arthur Rios, é de 1967 (tradução e publicação patrocinada cooperativamente pela Agência Norte-Americana para o Desenvolvimento Internacional (USAID) e por Bloch Editores S.A.).

⁹⁴Cf. o original: “Chonin de Cima in miniature represents Brazilian folk society and culture - a society not yet fully integrated into the national life centered in the cities, a tradition belonging to a pre-industrial stage of Brazilian history” (OBERG, 1956, p. 16).

⁹⁵Artigo do jornal “O Dia” republicado no Boletim do SESP (Outubro de 1948, n. 63, p. 4)

Outras impressões oficializadas e a percepção de moradores em Governador Valadares

A reprodução do artigo do jornal “O Dia” pelo Boletim do SESP indica que a agência comungava com a preocupação levantada, tanto que sua republicação respondia a uma opinião contrária à do artigo que denunciava a falta de médicos para o interior do Brasil. O SESP também lidava com a situação cultural descrita em suas áreas de atuação. No Boletim n.4, de janeiro de 1944, o artigo “*Assistência aos mineiros de mica*”, assinado pelo Dr. H. Payne, chefe do Projeto de assistência médica aos mineiros envolvidos com a extração do quartzo, descreve as condições médicas-sanitárias encontradas na área de exploração, zona rural da cidade de Governador Valadares e circunvizinhança.

De acordo com Payne (1944, p.1), a população vivia dispersa por numerosos vilarejos, cujo acesso era precário em função de caminhos estreitos e ladeirentos; algumas famílias viviam em casas isoladas fora dos vilarejos. Em geral, os habitantes dependiam da lavoura (cultivo de milho, arroz, mandioca, abóbora) e do trabalho periódico nas minas. Casas de madeira ou de adobe eram prerrogativas dos poucos fazendeiros e a “gente mais pobre” morava em casas com chão de terra batida, em geral de uma só peça. A dieta, para todos, era básica: arroz e feijão, e carne de porco quando possível. As frutas eram selvagens, com exceção de uma e outra bananeira plantada. Laranjas e tangerinas cresciam sem cultivo e eram pouco consumidas, por superstição que os levava a crer que faziam mal.

Andar pelos pastos ou caminhos significava expor-se a variados riscos: cobras venenosas (inclusive uma para cuja mordida não havia soro), lagartas venenosas, carrapatos e bicho de pé. Entretanto, maior perigo estava nos mosquitos, “porque na região há muita malária e também febre amarela silvestre” (PAYNE, 1944, p. 1). “Depois disso o maior perigo está na água: a febre tifóide é muito comum, e é mesmo esperada como uma epidemia anual”. Afora o perigo da “schistosomíasis, que pode invalidar uma pessoa definitivamente” (PAYNE, 1944, p. 1).

Segundo o Dr. H. Payne não havia, na área ‘miqueira’, nenhuma assistência médica. Se epidemias de varíola, febre tifoide ou malária se tornavam mais graves, as pessoas mudavam para outro lugar, embora isso não resolvesse o problema; ao contrário, o agravava. A doença mais frequente era a opilação, mas gripe e doenças venéreas também eram comuns,

seguindo-se a malária e as doenças por insuficiência alimentar que resultavam em beribéri, escorbuto e ophthalmites⁹⁶.

A descrição de um dia de trabalho no posto instalado provisoriamente revela, de um lado, as enormes carências da população e, de outro, o desafio do atendimento nas condições existentes. O médico normalmente tinha a ajuda de dois guardas-medicadores, que neste dia teriam ido a uma aldeia a dez quilômetros, a pedido da população, para fazer a vacinação. Durante todo o dia o médico atendeu dezenas de pacientes. A maioria eram miqueiros⁹⁷ ou seus familiares, mas também havia outras pessoas que procuravam ajuda médica. Todos tiveram que andar bastante, a pé ou a cavalo, para chegar ao posto. No dia descrito, as ocorrências atendidas foram variadas: ferimentos, malária (a que teve o maior número de ocorrências, quinze em 42 pacientes), gripe, doenças venéreas (número alto de casos, entre os miqueiros e as mulheres de “vida fácil” que por ali circulavam⁹⁸), úlcera tropical, beribéri, disenteria, leishmaniose, shistosomiasis, boubá, “ofensa de cobra”. Também atendeu um emissário de um dono de mina que solicitou atebrina⁹⁹ para doze miqueiros acometidos de malária. Enfim, a dimensão da precariedade pode ser percebida pelo exagero do médico que afirmava que ali existiam “quase todas as moléstias que afetam a raça humana” (PAYNE, 1944, p. 2).

As ponderações do Dr. Payne encontram respaldo no relato deixado pelo engenheiro Ceciliano Abel de Almeida¹⁰⁰, referente à construção da Estrada de Ferro Vitória-Minas

⁹⁶ Os inquéritos foram realizados pelos médicos Henrique Penido e Eugene Payne, responsáveis pelo Programa da Mica. Cf. CAMPOS (2006, p.182).

⁹⁷ Miqueiro era como se identificavam os trabalhadores da exploração e limpeza da mica na região do vale do Rio Doce

⁹⁸ O médico conta que estas mulheres foram tratadas com eficiência; que uma tinha apenas treze anos; que todas tinham sífilis, blenorragia e cancro. A vinda das mulheres ao posto fora conseguida através dos miqueiros. Segundo o médico, como as doenças venéreas incapacitavam os mineiros para o trabalho eles foram convencidos da necessidade de submeter essas mulheres a um tratamento para que não mais os contagiassem. “Não foi difícil fazer com que viessem ao posto”.

⁹⁹ “A atebrina é uma droga química que substitui o quinino na prevenção dos sintomas da malária. A droga já era produzida, desde a década de 1920, pela Bayer alemã. Quando, em 1942, os japoneses invadiram as colônias holandesas produtoras de quinino na atual Indonésia, os Aliados tiveram o fornecimento de quinino interrompido. Os norte-americanos, então, aperfeiçoaram e produziram maciçamente atebrina”. Cf. CAMPOS, André Luiz Vieira de. *Fighting nazis and mosquitoes: US military men in Northeastern Brazil (1941-1945)*. *Hist. cienc. saúde-Manguinhos*. 1999, v. 5, n. 3 p. 603-620.

¹⁰⁰ Ceciliano Abel de Almeida foi engenheiro da estrada de ferro Vitória a Minas, tendo trabalhado nos primórdios de sua construção. Primeiro prefeito de Vitória, ES. Responsável por importantes obras de infraestrutura no estado. Foi professor de ensino secundário no Ginásio Espírito Santo e primeiro reitor da Universidade do Espírito Santo, quando de sua fundação como instituição estadual em 1954.

(EFVM) nas primeiras décadas do século XX¹⁰¹. Os relatos de Payne também encontram ancoragem em cronistas locais¹⁰² e no estudo elaborado pelo geógrafo Ney Strauch¹⁰³.

De acordo com o relato de Ceciliano A. de Almeida eram muitas as “pelejas” para execução da obra sob sua responsabilidade, destacando, entre as dificuldades enfrentadas, a insalubridade do ambiente e a presença da malária que atingia os trabalhadores e os retirava do trabalho ‘atormentados pelo padecimento’ (ALMEIDA, 1959, p. 237). O serviço médico da ferrovia atendia aos trabalhadores acometidos pelas febres e outras enfermidades e à população que a ele recorria quando da sua passagem itinerante pelas localidades em que se levantavam os acampamentos. Os povoados, carentes de ‘tudo’, eram poucos e espalhados desordenadamente na imensidão da mata e beira-rio (ALMEIDA, 1959, p. 73; 97).

Sobre a presença de serviços médicos e farmacêuticos na região, nas três primeiras décadas do século XX, as informações do engenheiro são reafirmadas por outros autores de expressão local. A partir deles, é possível traçar um perfil sanitário adverso: a ocorrência de enfermidades variadas que atingia a população dos povoados e cidades mais prósperas: “verminose de toda espécie, tuberculose, febre tifóide, sarampo, leishmaniose; (...) o saneamento era o maior problema” (PAULA, 1993, p. 558). Da saúde, em geral, tratavam os farmacêuticos práticos que se fixavam na região promissora, em vista da ferrovia; dentistas, também práticos, e médicos formados chegavam aos poucos e a escassez de profissionais da saúde era grande¹⁰⁴; comumente se recorria aos recursos e conhecimentos da cultura popular.

No início da década de 1930, a presença de médicos na cidade de Colatina, beneficiada pela cafeicultura e pela ferrovia, se destacava quando comparada à vila de Figueira¹⁰⁵, no centro do Médio Rio Doce, pois contava com nove médicos contra um único

¹⁰¹ O engenheiro descreve os esforços feitos para a construção da ferrovia que cruza parte do médio Rio Doce, entre as cidades de Vitória (ES) e Nova Era (à época São José da Lagoa, lugar de entroncamento de ferrovia de ligação para Itabira/MG)

¹⁰² As referências podem ser encontradas em: SOARES, Ruth. Memórias de uma cidade. Governador Valadares: S/A Tribuna Fiel, 1983; PAULA, Antônio Tavares de. História de Aimorés. Belo Horizonte: Usina de Livros, 1993; FONTENELE, L. F. Raposo. Aymorés: análise antropológica de um Programa de Saúde. Rio de Janeiro, DASP: Serviço de documentação, 1959; TEIXEIRA, Fausto. Colatina, Ontem e Hoje – Obra premiada em concurso de monografias, promovido pela Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Colatina – Edição da Prefeitura Municipal de Colatina, 1974; FONSECA, Raymundo J. Figueira do Rio Doce: notas nativas. Governador Valadares: s.n., s.d. Fundação João Pinheiro; MIRANDA, Salm de. Rio Doce – impressões de uma época. Biblioteca do Exército. Rio de Janeiro, 1949.

¹⁰³ STRAUCH, Ney. *A Bacia do Rio Doce – Estudo Geográfico*. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, Conselho Nacional de Geografia, 1955.

¹⁰⁴ Isto está presente em diversas páginas dos autores SOARES, 1983, p.7, 13 e 35; PAULA, 1993, p. 540, 728, 837, 898 e 963; FONSECA, s.d., p. 65, 244, 247 e 301.

¹⁰⁵ O povoado foi emancipado em 1938, recebendo o nome de Governador Valadares.

consultório existente nesta última. Entretanto, nenhuma das duas localidades possuía hospital (ROQUE, 1933, Apud TEIXEIRA, 1974, p. 68). Em Aimorés, foi inaugurado o primeiro hospital no ano de 1936 (PAULA, 1993, p. 430). A implantação dessa medicina de cunho acadêmico científico não suprimiu as práticas de cura populares que, segundo Fontenelle (1959, p. 25-53), permaneceram dominantes.

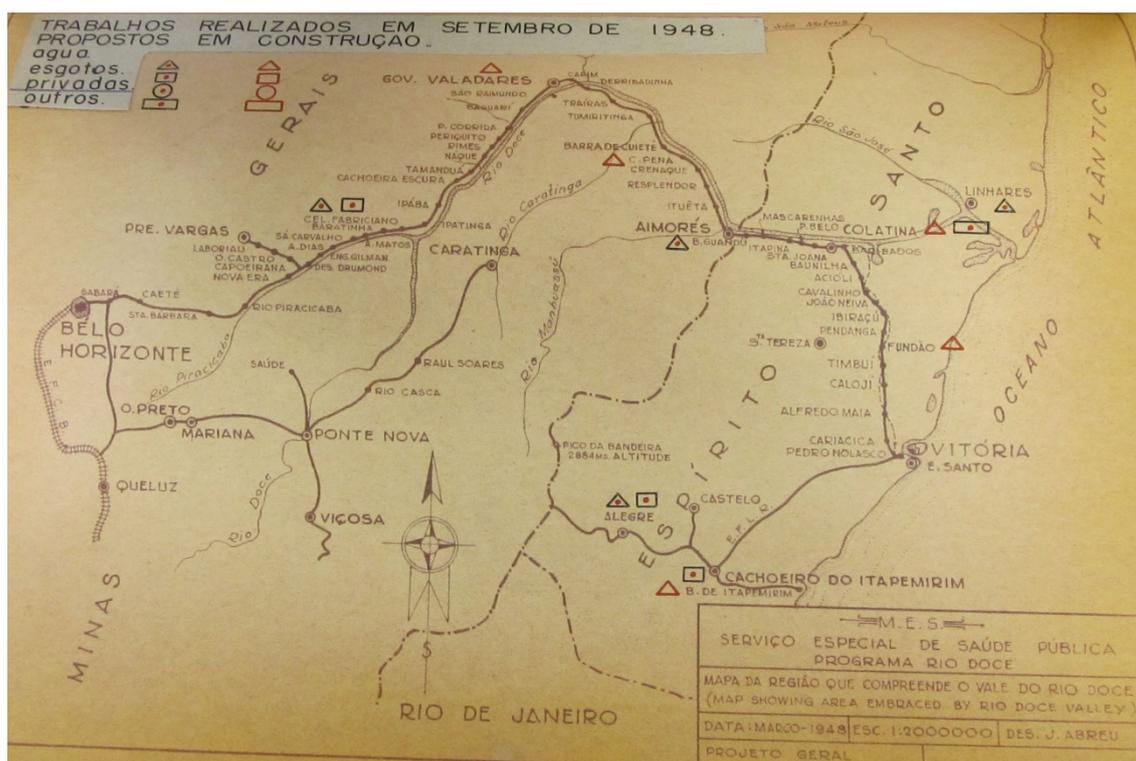


Figura 1– Mapa do SESP – 1948- Para visualização da localização das cidades de Governador Valadares (antiga Figueira), Aimorés e Colatina. Fonte: FSESP.

O estudo realizado por Ney Strauch¹⁰⁶ havia sido encomendado pela Companhia Vale do Rio Doce, em 1951, para melhor conhecimento sobre a área produtora de minerais¹⁰⁷. A questão sanitária não foi diretamente mencionada no estudo, porém os dados socioeconômicos levantados implicitamente a tangenciaram.

Strauch afirma, em seu trabalho, que o habitante da Bacia do Rio Doce é “um homem rural possuindo características próprias do meio em que vive”, fato comprovado por dados estatísticos que indicam, em meados da década de 1950, 76,3% da população vivendo em

¹⁰⁶Ney Strauch – Geógrafo do IBGE na década de 1950.

¹⁰⁷ O estudo apresenta especialmente uma análise sobre as condições econômicas da Bacia do Rio Doce. Conforme o geógrafo na ‘Apresentação preliminar’ de seu trabalho, “o objetivo visado foi o de proporcionar um reconhecimento geográfico amplo, de caráter informativo, e que refletisse o estado atual dos conhecimentos sobre aquela extensa área do país.” Cf. STRAUCH, 1955, p. IX.

áreas rurais. O pesquisador avaliou que aproximadamente dois terços desses habitantes se dedicavam à atividade agrícola. Todavia, apenas uma insignificante minoria tinha posse legal da terra, predominando lavradores posseiros, meeiros e assalariados. Segundo a análise do geógrafo, do ponto de vista cultural e social, “trata-se, na grande maioria, de uma população analfabeta, excluindo-se naturalmente as elites rurais e os habitantes das classes mais favorecidas nas grandes cidades” (STRAUCH, 1955, p. 70).

O relatório de Strauch faz um levantamento das condições da alimentação da população, especialmente dos habitantes da zona rural relacionando os problemas existentes a fatores de ordem econômica e cultural. Strauch (1955, p. 70), como o Dr. H. Payne, enfatiza na dieta básica— composta por feijão, arroz e milho — a ausência de vários elementos necessários ao “perfeito funcionamento do organismo”, tais como a carne e ‘elementos protetores’ (leite, ovos, legumes, e verduras).

Se as condições sanitárias e de saúde na zona rural no Médio Doce eram difíceis, nos vilarejos e cidades a situação também não era das melhores. Os cronistas locais e antigos moradores relatam a existência de uma gama de problemas relacionados às condições de atendimento à saúde e à urbanização desordenada: em geral, os povoados, vilas e cidades não possuíam tratamento de água e esgotos satisfatórios ou eram incipientes; as ruas não eram calçadas e a poeira ou a lama na época das chuvas eram transtornos para os moradores e para o comércio. Além disso, a falta de estradas radiais dificultava a comunicação e isolava as zonas periféricas; a gente pobre ressentia-se pela falta de condições de acesso a medicamentos e assistência somente contando com a caridade de particulares ou de obras religiosas, pois os serviços médicos e farmacêuticos eram poucos, particulares e caros; a incidência de endemias era constante (SOARES, 1983, p. 91, 93, 130; PAULA, 1993, p.898-984). Até mesmo as condições dos cemitérios eram precárias. Um fato curioso e ao mesmo tempo deprimente é relatado por um morador da cidade de Governador Valadares em relação aos indigentes falecidos:

Só tinha o cemitério Santo Antônio. Eles eram enterrados como no tempo da guerra. O caixão era conduzido por uma carrocinha, que já era própria para isso. O caixão era pregado na carroça, não saía dali. Os carregadores eram Alípio e o Agostinho perna de pau. Tinha dia que eles iam duas, três vezes no cemitério. Quando chegava lá, iam encostando e jogavam o corpo lá dentro e voltavam com o caixão pra trás. (Esmeraldo, pedreiro, 68 anos; citado por SIMAN, 1988, p. 97).

Este fato é confirmado pelo depoimento do Dr. Ladislau Sales, que conta que uma das suas primeiras medidas como prefeito foi acabar com este serviço lúgubre — “o vai e volta”

¹⁰⁸, que também é lembrado por muitos antigos moradores, como o Sr. José Gonçalves Reis¹⁰⁹: “O caixão tinha a carrocinha né, a carrocinha ‘leva e traz’, que ela levava o defunto, jogava na cova e voltava pra buscar outro; era um caixão permanente”. O mesmo depoente lembra que havia muita mortalidade infantil¹¹⁰, tanta que existiam armazéns que já tinham caixõezinhos para pronta entrega:

Pegava a madeira e fazia o caixãozinho pra menino de cinco anos, seis anos; de acordo com a idade o camarada fazia os caixões... Porque morria, até que arranja madeira pra fazer o caixão demorava... Por que as crianças morriam mais, morriam mais, e pra fazer um caixão de criança bem feitinho é mais difícil que o grande. Por isso os armazéns mantinha o caixãozinho pronto, fazia assim uma meia dúzia mandava fazer e punha ali pra vender. (Entrevista com o Sr. José Gonçalves Reis, 12/04/2014, acervo pessoal).

O enterro de “anjinhos” comovia os moradores. Sandra Gomes¹¹¹, filha de antigo funcionário do SESP, conta que sua família morava perto do Morro do Carapina, bairro de população pobre e que não havia “um dia que não tinha dois ou três enterros de criança”: “Eu ia atrás, dois, três cortejos. No Cemitério Santo Antônio, que era uma viagem, era muito longe do Carapina, os caixõezinhos dos anjinhos eram prontos, com um paninho revestido, branquinho”.

Filha de lavadeira moradora do Morro do Carapina, Ana Aparecida Souza de Jesus¹¹² lembra, que ainda no início dos anos 1960, a mãe costumava enfeitar muitos caixõezinhos: “muitos anjinhos que ela enfeitava nos caixões pra poder enterrar; que era raro o dia que eu chagava da escola que não tinha um caixão lá em cima da mesa esperando a minha mãe chegar pra enfeitá-lo”.

Embora possam parecer lúgubres, essas referências dizem respeito a um cotidiano marcado por diferentes experiências diante da realidade vivida, em cujo dinamismo a vida individual e coletiva e os significados dela provenientes estão dimensionados. A afirmação de Pierre Nora, “a memória se enraíza no concreto, no espaço, no gesto, na imagem, no objeto”

¹⁰⁸ Entrevista com Ladislau Sales (2001). Op. cit.

¹⁰⁹ Entrevista com o Sr. José Gonçalves Reis. 80 anos, Em 2014. Acervo pessoal.

¹¹⁰ O “Livro de Registros de Sepultamentos” do Cemitério Santo Antônio, de Governador Valadares, para os meses de outubro a dezembro de 1960, registra o nome de 958 crianças sepultadas, enquanto o número de adultos é de 106, para o mesmo período. Até o mês de maio de 1964, o número de crianças sepultadas manteve-se maior que o de adultos. Documento do Arquivo Público Municipal de Governador Valadares.

¹¹¹ Entrevista com Sandra Gomes, 68 anos. 2014. Acervo pessoal.

¹¹² Entrevista com Ana Aparecida Souza de Jesus, 52 anos. 2014. Acervo pessoal.

(NORA, 1993, p. 9)¹¹³evoca a importância destes “lugares de memória” que funcionam como pontos de referência materiais, funcionais e simbólicos¹¹⁴da ligação existente entre as representações do passado vivido relacionados a estes ‘lugares’ e os sentidos identitários individuais e coletivos atribuídos a elas no presente. Lembrando Bosi, (2003, p. 26) a referência a esses lugares de memória são importantes porque representam “uma aventura afetiva do morador”, e são de fato a forma como cada um ressignifica a experiência vivida.

Neste sentido, uma lembrança entre antigos moradores das cidades e vilarejos beira-linha, no Médio Rio Doce, chama a atenção pela carência recorrente e pelas medidas que seriam implementadas futuramente. Em Governador Valadares (mas também em Aimorés e Colatina, para lembrar os maiores municípios), é fato conhecido a prática de se comprar água de carroceiros que a buscavam diretamente no rio Doce e a vendiam em cartolas¹¹⁵. As famílias de melhor condição econômica pagavam carroceiros para ‘puxar a água’ até suas casas. Os mais pobres a buscavam eles próprios, no rio Doce ou em pequenas lagoas e córregos mais próximos às suas moradias. O negócio das carroças d’água era reconhecido. Um antigo morador de Governador Valadares, Antônio Peixoto¹¹⁶, relata:

Meu pai foi carroceiro aqui. Naquela época, o primeiro serviço dele aqui foi carroceiro. Carroceiro de água, que ia ao Rio Doce pegar aquela água suja. Tinha umas três carroças, né? Uma frota de carroça. Aí trazia água e jogava nas caixas das casas, né? E naquela época, quando chovia, por exemplo, o rio era sujo demais, a água ficava barrenta; aí ele acabava de jogar água e tinha de pôr a pedra hume, né? Prá decantar...

(Antonio Peixoto, 78 anos, Entrevista em abril 2014).

Fica evidente que a ausência de fornecimento de água tratada era uma dificuldade relevante para os moradores. Em Colatina, Aimorés e Governador Valadares existiam serviços de tratamento público, embora incipientes, que atendiam parte das áreas centrais destas cidades (SOARES, 1983; PAULA, 1993). Além desse equipamento os prédios públicos, hotéis e casas de famílias mais abastadas costumavam ter suas próprias cisternas. Mas como não havia, em geral, serviço de tratamento de água satisfatório que atendesse toda

¹¹³ NORA, Pierre. NORA, Pierre, Entre Memória e História – A problemática dos lugares. Trad. De Yara Aun Khoury. Revista *Projeto História*. v. 10. São Paulo, dez. 1993, p. 25

¹¹⁴ Pierre Nora (1993, p. 21) concebe os ‘lugares de memória’ nos três sentidos da palavra lugar, “que coexistem sempre”: material (como ancoragem espacial da memória, e onde ela pode ser acessada pelos sentidos); funcional (porque tem a função de suporte e transmissão das lembranças); e simbólico (porque expressa um acontecimento, uma experiência).

¹¹⁵ Era este nome que os moradores davam aos tonéis de ferro em que se carregava ou estocava a água comprada.

¹¹⁶ Entrevista realizada em abril de 2014. Acervo pessoal.

a população, era preciso um grande esforço para suprir a água necessária para cozinhar, lavar roupas e para higiene. O engenheiro Clifton Bovée¹¹⁷ (1947) descreve a situação encontrada quando o SESP iniciou suas atividades na região, no início de 1943:

Ao longo do vale, a água para uso doméstico era habitualmente obtida do próprio rio e seus afluentes e também de poços pouco profundos, em caráter privado ou semipúblico. Algumas das cidades maiores possuíam abastecimentos municipais, que, na melhor hipótese, consistiam somente no bombeamento de água bruta do Rio Doce a redes distribuidoras, limitadas estas ao centro da localidade, sem prévio tratamento. (BOVÉE, 1947, p. 470-471).

De um modo geral, as fontes utilizadas forneciam água barrenta e poluída, fossem águas de superfície ou de poços escavados, frequentemente desprotegidos contra escoamento e contaminação, em vista dos tradicionalmente anti-higiênicos meios de disposição de detritos. Desta forma, doenças transmitidas por via hídrica (disenteria amebiana e bacilar, e febre tifóide com elevada incidência) eram causas de mortalidade na região; a esquistossomose propagava-se devido ao costume de lavagem de roupa e banhos nos rios e córregos infestados pelo caramujo transmissor (BOVÉE, 1947, p. 471)¹¹⁸.

Parece que não havia maiores preocupações por parte dos moradores em dar tratamento à água para uso doméstico, como filtragem ou fervura. Ao que tudo indica, também não havia conhecimento de que muitas doenças estavam ali, à espreita.

A água vinha na carroça, dentro de uma cartola e um saco de estopa que tampava a boca para não chegar meia cartola. O dono da carroça chegava em casa de tarde, tirava aqueles tambores, pegava aqueles sacos e jogava dentro da cartola. No outro dia pegava aquela cartola e vendia para outro. Tinham pessoas que pegavam a cartola, virava ela, o cachorro entrava e deitava lá dentro em cima daquele saco de estopa. De manhã o carroceiro pegava aquilo tudo e botava lá dentro, o cachorro levantava e ia. (...) Em casa tínhamos uma cartola, colocávamos aquela água lá com o balde, despejávamos ali e ia assentando no fundo. Depois pegávamos aquela água e colocávamos no filtro, mas não fervíamos para beber. No bar, ali na avenida, pedia-se um copo d'água, eles vinham com aquela água turva que não era filtrada. (Entrevista com o Sr. Pedro Silveira Nunes)¹¹⁹

O problema do fornecimento de água em condições de uso aponta para outra dificuldade nestas áreas destacadas e que será chave para uma série de intervenções do SESP

¹¹⁷CliftonBovée foi engenheiro do SESP, responsável por atividades relacionadas a projetos de abastecimento e tratamento de água em cidades do Médio Rio Doce.

¹¹⁸Váriosrelatórios de atividades do FSESP que descrevem projetos de saneamentoemlocalidades do Vale do RioDoce, entre 1943 e 1960, também fazem estas considerações. Ver: SérieEngenhariaSanitária/ SaneamentoBásico, caixas 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 39, 40; e SubsérieSaneamento Ambiental, caixas 45, 47, 48.

¹¹⁹Entrevistado já citado.

na região¹²⁰. As práticas de higiene pessoal, como banho e satisfação das necessidades fisiológicas eram problemáticas, considerando os padrões de higiene e saúde já reconhecidos. Algumas poucas residências e prédios públicos possuíam certas comodidades como caixas d'água e chuveiros adaptados e fossas com vasos sanitários também adaptados. Teresinha Hilel lembra a casa de seus pais:

O chuveiro era uma lata de goiabada furada, então tinha uma corda pra cá e uma corda pra cá. Sr. Mariano trazia a água na carroça e enchia os dois barris, depois o Sr. Mariano e um outro subiam em cima do telhado ia pegando essa água e jogando dentro dessa caixa que era só pro papai tomar banho no sábado. Ai puxava aquela corda e a água descia, não tinha onde parar não, ou você tomava ou não tomava. (Entrevista com a senhora Teresinha Solha Hilel. 80 anos. Em março de 2014; Acervo pessoal)

O Sr. José Gonçalves Reis explica que nas casas mais abonadas “tinha um vaso sanitário que dava descarga, (...) tinha sifão pra tirar a catinga, saia entrava aqui, tinha um vazador que jogava num buraquinho no cano que ia até na manilha que ia até na areia”. No entanto, na maior parte das casas, mesmo no centro das cidades, e principalmente nos bairros mais pobres e distantes, tais equipamentos mais ‘sofisticados’ eram inexistentes. O banho de bacia era o corriqueiro. É ainda Teresinha Hilel que conta: “Era uma bacia grande. (...) Então era uma luta pra não ter que mudar água, todos tinham que tomar na mesma (...) pra não ter que buscar, porque na verdade o banho era no quarto”.

Para as necessidades fisiológicas o comum era a utilização das fossas secas e, na falta delas, as necessidades eram feitas pelo mato, nos quintais e arredores. O Sr. José Gonçalves Reis relata: “Como a cidade não tinha rede esgoto, né, a cidade tinha um cheiro, né. Um cheiro diferente porque o esgoto a céu aberto ele tem um cheiro, e o esgoto preso na latrina é um pouco diferente, a gente nota. É diferente o cheiro”. Fora o ar malcheiroso o uso das fossas gerava insegurança entre os usuários. O relato de Ana Aparecida Souza de Jesus¹²¹ é revelador: “Era muito difícil; eu morria de medo de ir, tinha pavor de ter que ir no banheiro, por que era um terror imaginar, toda vez que eu tava chegando, eu imaginava que ia cair lá dentro”.

É instigador o fato de que, em geral, quando as questões de saúde e higiene são referidas nos depoimentos e entrevistas, ou mesmo registradas pelos cronistas locais, podem-

¹²⁰Sanches, W. R., & Wagner, E. G. (1954). Experience with excreta-disposal programmes in rural áreas of Brazil. *Bulletin of the World Health Organization*, 10(2), 229–249. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2542076/> Acesso em agosto 2014.

¹²¹ Entrevista citada.

se perceber nuances de estranhamento, e mesmo de caçoada, ainda que o entretempo espaço-temporal entre o dito e o vivido não fosse tão largo. É de se supor que ao distinguir o passado, nem tão remoto, a partir duma modernidade marcada pela incorporação de novos equipamentos sanitários e novos hábitos, aqueles costumes anteriormente tidos como naturais, agora se tornem vexatórios. É o que sugere o depoimento do Sr. Sady da Silva: “Ninguém incomodava, porque, principalmente quem foi criado na roça, não incomodava com isso [...] Fomos criados no mato, acostumado com tudo, era comum aquilo. Hoje ficamos achando que aquilo era muito difícil”¹²².

Também encontramos na crônica literária regional informações curiosas sobre as precárias condições médicas-sanitárias vivenciadas pela população das cidades do interior e áreas rurais. Às vezes fazendo graça, outras dramatizando as dificuldades e constrangimentos que desafiavam médicos e farmacêuticos nestas paragens isoladas, os autores destas ‘histórias inventadas’ descrevem experiências cotidianas que não se distanciam da realidade vivida. A propósito, Waldemar Versiani dos Anjos (1972, p. 162), conta no seu “Jornal de Serra Verde”¹²³ uma humorística história sobre a dificuldade e constrangimento de uso das fossas por moradores dos arredores de uma cidadezinha mineira perdida no Vale do Rio Doce, perto de Peçanha. O médico, ao noticiar o fechamento de Posto de Higiene na localidade, ouve um espontâneo e aliviado comentário de morador dos arredores – que então poderia “entupir a latrina” que havia acabado de furar no quintal de casa conforme a orientação do fiscal, sem risco de multa aplicada, pois o pessoal de sua casa ia “ficar muito satisfeito, ninguém estava achando jeito naquilo”.

As impressões consideradas até aqui contribuem para o desvelamento do ‘sertão’ que seria confiado ao Serviço Especial de Saúde Pública para ação saneadora. Ainda no intuito de dar visibilidade à gente deste sertão, às suas histórias e expectativas, bem como às impressões e perspectivas de quem chega, para temporada passageira ou para ali fixar-se, serão oportunas algumas outras considerações.

¹²² Entrevista com o Sr. Sady da Silva. Em 32/05/2008. Cedida pelo Núcleo de Estudos Históricos e Territoriais, da Universidade Vale do Rio Doce – NEHT/UNIVALE.

¹²³ *Jornal de Serra Verde* é um romance sobre o “mundo da pequena comunidade mineira, tão típica das cidadezinhas do nosso interior”. A história passa-se por volta da década de 1930 e conta as vicissitudes de um médico recém formado, vindo da capital, para clinicar no interior. De acordo com informação do texto (p. 94) “Serra Verde” era “Têrmo de Peçanha”, município do qual Governador Valadares foi distrito. A primeira edição do romance é de 1960.

O relato de um médico¹²⁴ recém-formado, que veio de Salvador para o trabalho do SESP no Vale do Rio Doce, indica completo desconhecimento sobre a situação regional e mineira. Embora não tivesse noção do que seria o Vale do Rio Doce e carregasse a impressão de Minas Gerais como lugar de coisas ‘absurdas’, acabou ali construindo sua vida profissional e constituiu família.

Nasci em Salvador. Vim quando me formei, em Salvador. No dia 4 de janeiro de 1954, vim para o Vale do Rio Doce, fiquei aqui alguns dias, fundei o posto do SESP em Resplendor, o segundo em Conselheiro Pena e fui para Aimorés. De Aimorés vim para cá. Aimorés, foi o lugar que demorei mais, 10 meses, e aqui estou desde outubro de 1955. (...) Eu tenho um irmão, médico também; eu ia ser militar, porque estava fazendo um concurso para militar; ele disse: “- Não tem ninguém militar na família, por que você não vai mexer com o SESP?” E eu entrei no SESP. Por isso vim trabalhar no Rio Doce, nem sabia o que era Vale do Rio Doce, nunca tinha ouvido falar. Nós fazíamos coisas impossíveis na Bahia, em Salvador. Quando eu ia fazer... Ah! Isto só acontece em Minas Gerais. Era isto que conhecia de Minas Gerais, as coisas mais absurdas. Ah, isso aconteceu, há mula de sete cabeças, coisas assim diferentes. Ah! Isso só pode ser de Minas Gerais.

Neste caso, mais uma vez a cidade se encontra com o sertão. A cidade é o lugar da ciência, da formação médica, da convivência social. O sertão é lugar ‘do absurdo’, da mula sem cabeça. Subtende-se, na expressão do médico, a expectativa de acontecimentos surpreendentes, ou pelo menos desconcertantes. É interessante considerar que, quando o médico chegou à região, em 1954, muito trabalho sanitário já havia sido realizado. Mesmo assim, o Vale do Rio Doce causava certa apreensão. É possível que o jovem médico já antecipasse desafios futuros num lugar por se fazer. Também estava em jogo a sua própria carreira que, ao final, foi longa e exitosa, já que permaneceu trabalhando em Governador Valadares até o fim de sua vida, aos 85 anos. O exercício da medicina exigiria paciência, pois era ainda ‘novidade’ para muitos moradores que recorriam aos curadores populares, práticos e benzedores; o que mostra existência de um arcabouço de saber – popular – que levava as pessoas a entenderem a enfermidade a partir de uma perspectiva diferente e particular, se comparada com a abordagem acadêmico-científica da medicina. Neste sentido, o médico teria que lutar não só contra as práticas populares, mas também contra concepções bastante arraigadas sobre o que era e quais eram as doenças. Assim, até mesmo a linguagem científica dos médicos recém-chegados era uma barreira a ser superada, tanto pelos próprios médicos

¹²⁴Entrevista com o Dr. Almiro Barreto, que trabalhou em Aimorés e em Conselheiro Pena, e foi Diretor da Unidade de Saúde em Governador Valadares no final da década de 1950. (Em 30 de maio de 2008; Acervo do Núcleo de Estudos Históricos e Territoriais – NEHT/Univale).

quanto pelos pacientes. Uma antiga moradora¹²⁵ de Governador Valadares lembra-se, não sem troça, de um fato ocorrido em sua casa. Uma empregada sentindo-se mal foi a um médico conhecido da família. Ao retornar disse que o médico falou numa doença estranha: “chifre do rei da Itália”. O pai da depoente, a pedido da esposa, foi saber do médico o que era a tal doença; era sífilis hereditária. A mesma depoente conta:

Naquela época as doenças não eram como hoje, você ouvia falar muito em “volvo” e “nó nas tripas”. Não sei se era a mesma coisa, ou duas coisas. Ah! Mas hoje há diagnóstico, não é? As pesquisas são outras e tudo. Então, naquela época não tinha isso. Não, não tinha não. E o ‘mal dos sete dias’ era exatamente, como é que chama esse negócio de umbigo? O tétano. O ‘mal dos sete dias’ era exatamente isso. E então, o mais era falar difruxo, era defluxo. Tem difruxo, tanto que tá espirrando feito não sei o que. E naquela época você não falava também estafa, stress... Você falava pessoa sistemática. Varizes, se via pouquíssima, por tanto andar. Subia morro, descia com a bacia na cabeça, equilibrando aquilo, feixe de lenha, não é? (Entrevista com a senhora Teresinha Solha Hilel. 80 anos. Março de 2014)

Como se pode perceber, tantos seriam os desafios como as mudanças que viriam nos anos seguintes à chegada do médico que veio para o trabalho no SESP e se estabeleceu definitivamente na região. No mesmo movimento, vieram outros médicos, dentistas, enfermeiras, engenheiros e topógrafos. Para alguns destes ‘estrangeiros’, o Vale do Rio Doce foi lugar de passagem, de atuação pontual. Alguns não deixaram qualquer lembrança. Outros marcaram época por alguma singularidade, como o sanitarista que veio fazer inquérito sobre a malária, nos primeiros tempos do SESP na região, sendo lembrado por seus próprios pares, com admiração: “Tinha um médico, nosso chefe, que morava, ele, sua esposa e dois filhos num vagão da Vale do Rio Doce, Dr. Durval Bustorff Pinto¹²⁶.” Para um agente sanitário¹²⁷, que também conheceu o Dr. Bustorff, o fato de o médico morar num vagão cedido e adaptado pela Vale devia-se ao fato de não haver, na época, “uma casa mais confortável à disposição” para recebê-lo. Independentemente das impressões deixadas, fato é que as cidades do Médio Rio Doce que receberam inicialmente os programas do SESP padeciam pela falta de equipamentos urbanos básicos, pela falta de condições gerais de conforto.

A impressão que se pode auferir dos relatos é que a cidade (e a região) estava por se fazer. A tessitura urbana que se pronunciava tanto causava repulsa quanto encorajamento. De

¹²⁵ Entrevista com a senhora Teresinha Solha Hilel. 80 anos. (Em março de 2014; Acervo pessoal).

¹²⁶ Entrevista com o Dr. Almiro Barreto. Op. Cit.

¹²⁷ Entrevista Sr. Petronilho Alcântara Costa, 82 anos (funcionário aposentado do SESP); 10 de junho de 2008, Acervo Pessoal.

acordo com Maria da Glória Carvalho¹²⁸, admitida como visitadora sanitária do SESP em 1947, e aí fazendo carreira, a primeira impressão que teve sobre a cidade foi de pânico e decepção:

Quando eu vim de Muriaé pra aqui, aqui não tinha, a luz elétrica era de motor, lá já tinha luz elétrica desde quando eu nasci, e telefone tinha desde quando eu nasci, aqui nunca tinha, não tinha telefone, aqui não tinha nada, nada, nada, nada, água tratada em casa, não tinha nada. Eu chorava dia e noite, a luz era de lampião, eu chorava feito uma louca, meu Deus do céu como é que eu venho morar num lugar desses que não tem nada, entendeu, custei acostumar.

O mesmo ocorreu com Dona Iracema Costa¹²⁹. Sua família morava em Baixo Guandu, no Espírito Santo. O pai, carpinteiro e animado com as notícias de crescimento, quis vir para Figueira que naquele ano, 1938, se emancipara. Baixo Guandu era ainda menor que Figueira, e o pai convenceu a família contando maravilhas sobre a cidade. Entretanto, a chegada foi desastrosa:

Eu tive uma decepção muito grande quando eu mudei pra aqui tá, porque eu esperava... Meu pai falou que Figueira do Rio Doce... Maria (veio falar com minha mãe) não é assim mais não, Figueira do Rio Doce tem prédio; Figueira do Rio Doce tem campo de aviação; Figueira do Rio Doce é isso, é aquilo; então eu acho que a minha cabeça, é que eu toda vida eu fui um pouquinho pra frente, né; aí minha cabeça parece que deu, que viu a cidade de um modo diferente. Quando eu desci naquela estação, que era ali onde é hoje o Correio... Eu desci naquela estação e meu pai foi dirigindo a gente onde a gente ia morar; eu fui andando naquele caminzinho, só olhava para estrada de ferro, do outro lado umas casas, tinha uns armazém, aonde é hoje o Ministério e tudo era armazém Gerais que chamava, café e essas coisas que vinha de outros lugares eles colocava lá; aí eu fui passando; gente, eu fiquei numa tristeza; como é que uma criança tem essas bobagens, né. Eu fiquei naquela tristeza e olhava para meu pai e fui embora acompanhando ele, ele na frente, a minha mãe e a menina atrás, pra poder ir para o lugar onde nós íamos morar. Aí eu fiquei muito decepcionada com a cidade, porque eu achava que ia achar uma cidade linda, que tinha muito prédio e tudo, né. Eu custei acostumar, eu sentava na porta da casa assim e ficava olhando e que coisa, cadê os prédios que meu pai falou, cadê?

Dona Iracema, como Glória, também permaneceu na cidade. Estudou no Grupo Escolar, foi miqueira, casou e cuidou dos dez filhos. Se amineirou.

Outro morador, vindo de Guanhões com a família, em 1942, teve impressão mais otimista. O depoente avalia a cidade a partir de duas perspectivas de tempo: o de sua chegada (cidade pronta) e sob como ele a concebe a partir do presente (cidade por fazer).

¹²⁸Entrevistacom Maria da GlóriaCarvalho, 77 anos; 29 de maio de 2008; acervopessoal.

¹²⁹Entrevista com Dona Iracema Costa. 82 anos. Acervo pessoal.

É porque Valadares quando tornou cidade, ela proporcionou um horizonte melhor e acabou meu pai veio pra margem da estrada de ferro. Meu pai era um pequeno comerciante. Comprava, vendia; ambulante, sempre batalhou no comércio. A profissão comerciante. (...) Olha, era uma cidade de tudo por fazer, né; mas até na minha visão num era; eu achava que era uma cidade pronta, porque eu vim de um lugar pequeno e cheguei aqui e pra mim era uma cidade pronta; depois eu fui observando que ela não era tão pronta, né, tudo precisava fazer. Sem calçar, não tinha calçamento, não tinha fornecimento de água, não tinha luz, então era uma cidade por fazer. (Entrevista com o Sr. José Gonçalves Reis, 18 de novembro de 2009)¹³⁰.

Enfim, como resume o Sr. Pedro Silveira Nunes¹³¹, que foi atendente de bar em Santa Maria do Suaçuí e aprendeu a profissão de alfaiate, quando veio para Governador Valadares: “A cidade cresce, nós dentro da cidade vamos crescendo e não percebemos”. Esta impressão do morador, a partir de sua mudança de status social, bem pode ser interpretada à luz de Norbert Elias, cuja teoria do processo civilizador sugere que é impensável a separação entre as transformações gerais sofridas pelas sociedades (sociogênese) e as alterações ocorridas nas estruturas da personalidade dos indivíduos (psicogênese) que a formam. Ou seja, as “estruturas da personalidade e da sociedade se desenvolvem em uma interação indissolúvel”, sendo que as mudanças “nas estruturas da personalidade são um aspecto específico do desenvolvimento das estruturas sociais” (ELIAS, 1994: p. 221). Foi deste modo, enfim, que o tecido urbano regional e local, e o seu organismo social, marcados por diferentes racionalidades, aqui ressaltando o aspecto da saúde pública, foram se configurando, pela ação destes outsiders que, aos poucos, foram-se tornando estabelecidos (ELIAS& SCOTSON, 2000).

O sertão do Rio Doce “em movimento”

O subtítulo acima foi inspirado pelo título original do livro “*Brazil on the move*” (1963), do escritor e jornalista norte-americano John dos Passos. A primeira tradução deste livro para o português foi feita por Pinheiro de Lemos em 1964 e publicada pela Editora Record, com o título “*O Brasil desperta*” (é a referência que usaremos). Em 2013, uma nova tradução, por Magda Lopes, conservou o título original: “*O Brasil em movimento*”.¹³² O livro,

¹³⁰ Entrevista cedida pelo Núcleo de Estudos Históricos e Territoriais – NEHT/Univale.

¹³¹ Entrevistado já citado.

¹³² John dos Passos veio ao Brasil três vezes: a primeira, em 1948, a serviço da revista *Life*, para produzir uma série de reportagens sobre o país; depois em 1958 para escrever, a convite do Itamaraty, uma matéria para a *Reader's Digest* e, em 1962, ao que parece para finalizar anotações para o livro que publicaria no ano seguinte. Cf. FERREIRA (2008, p. 112).

como um relato de viagem, delineia um panorama sobre o Brasil, mostrado entre espanto e condescendência. Passos descreve lugares pelos quais passou e registra as impressões que teve. Traça o perfil de personalidades políticas que conheceu acentuando, conforme seu entendimento, o papel social ou político de cada um¹³³. Evidentemente, seu olhar sobre o Brasil é a partir dos valores da cultura norte-americana. Neste sentido, reproduz o discurso da política da boa-vizinhança, mas parece manter um entusiasmo pelo Brasil e pela probabilidade de crescimento futuro.

Em 1948, quando esteve pela primeira vez no Brasil, John dos Passos visitou o Vale do Rio Doce e registrou a visita em seu livro (1964). Veio acompanhando uma equipe do SESP, composta por médicos (inclusive o Dr. Henrique Penido, chefe do Programa Rio Doce, na época) e engenheiros que visitariam as obras que estavam sendo realizadas na região. A equipe viajara de trem – pela EFVM – de Vitória a Governador Valadares e, dali, Passos iria de avião para Itabira, a região das minas de ferro. No segundo capítulo de seu livro, são dedicadas vinte páginas para descrever os lugares pelos quais passavam, e os tipos humanos encontrados. Os subtítulos desta seção do livro são emblemáticos: SESP: uma aliança que deu certo (p. 21); A vitória da velha privada (p. 31); Ilhas de Saúde Pública (p.35)¹³⁴. O conteúdo desses textos merece apresentação e algum comentário, pois explícita e implicitamente sugerem impressões e expectativas oficiais e exógenas sobre o Médio Rio Doce e as condições médico-sanitárias de sua população.

O primeiro subtítulo, *SESP: uma aliança que deu certo*, é a deixa para o autor apresentar a agência e a atuação no Vale do Rio Doce. Explica que ficou sabendo que um “serviço especial de saúde pública (...) havia transformado o vale numa estação de cura”. E tratou de “ir ver de perto” (PASSOS, 1964, p. 22). A partir de informações obtidas no escritório no Rio de Janeiro, com os diretores Dr. Marcolino Candau (chefe brasileiro) e Dr. Eugene Campbell (que representava o Instituto de Assuntos Interamericanos), Passos enfatiza a solicitude da política de boa vizinhança de Franklin Roosevelt, que em 1942, decidira “ajudar a América Latina a organizar um programa sanitário”. Também dá à Fundação

¹³³ De acordo com Paulo Markun, na apresentação da edição de 2013 (p. 14) “John dos Passos acabou reduzindo a estereótipos de segunda mão figuras hoje igualmente históricas e tão fantásticas quanto Juscelino, Bernardo Sayão, Niemeyer, Israel Pinheiro ou Lacerda. Francisco Julião, o homem das Ligas camponesas, virou “um proprietário de terras de Pernambuco que durante uma época teve pretensões literárias”. Leonel Brizola reduziu-se a um cruel governante capaz de barrar a venda de arroz e feijão dos produtores gaúchos para a Guanabara só para complicar a vida de Lacerda. E Jango, apenas ‘um proprietário de terras jovem, atraente e muito rico, com a reputação de ser um amigo íntimo de Perón’.” Ainda de acordo com Paulo Markun (p. 12), na época de suas visitas ao Brasil, Passos “era nome de peso entre a direita norte-americana e integrava a equipe da *National Review* de William F. Buckley Jr, a Bíblia do conservadorismo norte-americano, altar-mor do senador Joseph Mc Carthy.

¹³⁴ Respectivamente os títulos na edição/tradução de 2013: SESP: uma aliança que funcionou; O triunfo da antiga latrina; Ilhas de saúde pública.

Rockefeller o mérito do preparo da nova geração dos médicos brasileiros dedicados à saúde pública (p. 24).

Ao descrever o primeiro trajeto da viagem (de Vitória/ES a Colatina/ES), o visitante justifica a intervenção do SESP pontuando os problemas enfrentados: os trabalhadores da estrada de ferro precisavam de cuidados médicos e as localidades necessitavam de saneamento. A malária foi o primeiro problema, mas em 1948, com o DDT, a situação já estava perto de ser controlada. Atribui ao Dr. Henrique Penido o comentário: “Procuramos criar uma *ilha de saúde pública* em cada lugar onde trabalhamos. Primeiro, fazemos privadas para o povo. Como vê, temos de partir de zero neste país. Depois, fornecemos água pura” (p. 25). John dos Passos e o grupo de técnicos com o qual viajava pernoitaram em Colatina e novamente o autor dá voz ao Dr. Penido.

O Dr. Penido me disse que o hotel era um exemplo de saúde pública em ação. Eu devia tê-lo visto um ano antes. Ao menos, a cozinha já era limpa, bem como os quartos, a sala de refeições e o bar. Iria estranhar o banheiro, mas ele já estava tratando disso. Pouco a pouco, pouco a pouco. Conservar um banheiro limpo era o resultado de anos de educação. No Vale do Rio Doce, até a cinco anos uma privada era uma novidade fenomenal.

A visita ao Centro de Saúde mantido pelo SESP foi descrita com entusiasmo. O prédio se destacava pela arquitetura diferenciada, cuja planta era de autoria de um engenheiro norte-americano, Peter Pfister. Fora construído em duas alas, de escritórios e salas de consulta, separadas por um pátio “onde as pessoas podiam esperar abrigadas do sol e em lugar ventilado”. Nos fundos, havia uma horta experimental e o SESP estimulava o gosto pelas verduras. “Quem dava provas de que podia plantar uma horta recebia sementes de graça”. Os médicos procuraram organizar “clubes de saúde” nas escolas “para que pudessem despertar o interesse dos pais pela higiene e por uma alimentação equilibrada”. O centro mantinha um arquivo de fichas simples e funcionais para se ter um registro do trabalho realizado. “Havia fichas para cada doente. Havia fichas de todos os açougues, padarias, bares, restaurantes, hotéis e pensões, que mostravam as condições de higiene dos mesmos, as recomendações feitas e os melhoramentos porventura realizados” (p. 29-30). John dos Passos observou uma fila de mulheres, de aspecto humilde “que esperavam a vez de receber leite recém-fervido ou fórmulas já preparadas para seus filhos. Algumas estavam calçadas, mas muitas outras, não. E os seus vestidos leves não estavam lá muito limpos” (p. 30). Ao Dr. Penido, mais uma vez, é atribuído um comentário:

Há cinco anos, (...) todos bebiam as águas poluídas e faziam os despejos no mato... Hoje em dia, já podemos isolar os leprosos. Curamos a boubá com cerca de 90 cruzeiros de penicilina e curamos o amarelão... O DDT põe a malária em debandada. Podemos vacinar contra a difteria e a varíola, mas para ter boas condições universais de saúde pública neste país é preciso apresentar modelos que os outros copiem... Ilhas de saúde (pag. 30).

A afirmação acima – “é preciso apresentar modelos que os outros copiem... ilhas de saúde” – aponta para o futuro. O objetivo imediato era resolver o problema sanitário local, interromper o avanço de doenças transmissíveis que esgotavam os trabalhadores e suas famílias, cumprindo as metas de saneamento e assistência à saúde estabelecidas pelo SESP. Entretanto, o estabelecimento de centros de saúde no interior do Brasil e a ‘conquista’ de áreas saneadas – ilhas de saúde – constituíam uma demonstração da necessidade e da oportunidade de se fazer avançar o modelo de saúde pública que o SESP preconizava, apesar dele atender áreas demarcadas a partir de interesses econômicos bem definidos. Mesmo que nos primeiros anos de sua atuação o Serviço tivesse atuado “de fora para dentro” das comunidades, muitas vezes, indo em direção contrária aos costumes e valores do público-alvo, e tivesse que se reorganizar e adaptar-se às realidades locais, as experiências e práticas médico-sanitárias definiram estratégias sanitárias que, ao “fomentar a construção de uma rede de unidades de saúde”, contribuía para a ampliação do “poder infra-estrutural do Estado” sobre o território nacional, com o poder público atuando em um outro ‘sertão’ do Brasil “(CAMPOS, 2001, p. 173). No caso, este sertão era o do Rio Doce.

O subtítulo “*A vitória da velha privada*” é um mote de certa forma jocoso para apresentar as condições que prevaleciam nas comunidades, o grau de insalubridade com o qual os técnicos teriam que lidar e as medidas preventivas de higiene introduzidas, especialmente, a construção de fossas sanitárias¹³⁵. O grupo saíra de Colatina e chegara a Aimorés, já no estado de Minas Gerais. Passos explica que nesta área o problema principal era a esquistossomose.

O principal inimigo do homem naquela parte do vale era um vermezinho esperto chamado esquistossomo, que passa parte de seu ciclo vital num caramujo de água. Saem do caramujo milhares de seres vermiculares microscópicos que alegremente procuram os pés de um homem que esteja atravessando a água ou as mãos de uma

¹³⁵ São muitos os documentos do FSESP que descrevem os projetos para a construção das latrinas. Por exemplo: Série Engenharia Sanitária/Subsérie Saneamento Ambiental: Doc. 23 – Cx. 45 - Construção de fossas e privadas no acampamento de trabalhadores em “Linhas Abaixo” (área do Programa do Rio Doce). Projeto: RD-LAB-9 – 1943/1946; Doc. 24 – Cx. 45 - Construção de sentinas em várias localidades do Estado do Espírito Santo. Projeto: RD-RSA-9 – 1944/1945; Doc. 36 – Cx. 47 - Construção de privadas sanitárias - Aimorés, Estado de Minas Gerais. Projeto: RD-AIM-9ª – 1947; Doc. 40 – Cx. 48 - Construção de sentinas - Governador Valadares, Minas Gerais. Projeto: RD-GVA-9ª – 1947/1948; Doc. 41 – Cx. 48 - Construção de sentinas - Área “Linha Acima” - Estrada de Ferro Vitória - Minas Gerais. Projeto: RD-LAC-9 – 1943/1945.

lavadeira e, passado pelos poros chega à corrente sanguínea onde põem os seus ovos e produzem uma doença extremamente desagradável conhecida como esquistossomiase. As medidas preventivas se cifram nas privadas. A maneira pela qual o esquistossomo volta aos rios e lagoas para infectar os caramujos é por intermédio das fezes humanas (p. 31)

É sabido que, naquela época, não havia ainda medicamentos que acabassem com essa doença, somente alguns experimentos para envenenar os caramujos. Segundo Passos, o Dr. Penido faz um queixa: “Estamos fazendo experiências com esse processo, mas, enquanto isso, – disse o Dr. Penido, com o seu sorriso irônico, – a solução parece estar nas privadas. Estudei Medicina doze anos no Brasil e nos Estados Unidos e agora minha vida é construir privadas” (p.31). Embora o comentário irônico de Henrique Penido expusesse o grau de precariedade à qual a população estava exposta e o descompasso entre a formação médica e realidade social daquele tempo; denotava seu legítimo entusiasmo sobre as mudanças que ocorriam no Vale do Rio Doce sob sua batuta. Tanto que Passos se coloca como um desses combatentes pela saúde, mesmo que por instantes:

(...) Bem podia compreender o legítimo entusiasmo que se escondia nas maneiras trocistas do Dr. Penido quando, correndo os olhos para baixo do alto do morro em Aimorés, com ar de conquistador, falava-me das ilhas de saúde pública. Tive a impressão de que o que estava em jogo, era mais do que simples medida de higiene; era o desabrochar de uma nova civilização. O Vale do Rio Doce não era - por enquanto, pelo menos – uma estação de cura, mas eu já principiava a sentir o impulso do combate por participar, embora por poucos dias, daquela batalha da saúde pública. As doenças se haviam tornado para aqueles médicos tão pessoais como se fossem gente. Andando com eles, nas relações bem-humoradas de uma por viagem por aquela fronteira rude, eu começara a sentir como eles a hostilidade que estava de tocaia nas poças de água estagnada da floresta e no lixo atirado nos fundos da cabana por uma dona de casa negligente e a exultar, juntamente com eles, diante de cada vaporização de DDT num canto úmido ou de cada injeção de quinino ou pílula de atebrina que contribuía para fazer o inimigo recuar para bem longe das montanhas azuis que cercavam o vale (p. 34).

Enfim, a terceira parte da viagem ao Vale do Rio Doce, de Aimorés para Governador Valadares, recebe o subtítulo de *Ilhas de Saúde Pública* que reverbera a discussão anterior. O grupo passa pelas cidades de Conselheiro Pena e Tumiritinga. Há muito movimento de trabalhadores na linha de ferro. As descrições das localidades evidenciam a rusticidade e a falta de equipamentos sanitários, mas não deixa de comentar a existência de gado zebu nos pastos, de serrarias barulhentas, de madeira já retirada das matas. Passos anota o comentário de um morador de Tumiritinga, que poderia resumir o anseio de outras localidades: “Que o povo da recém-fundada cidade de Tumiritinga fazia questão de que o SESP o ajudasse a higienizar o lugar” (p. 37). Governador Valadares é também descrita como uma “rude cidade nova” onde viviam oito mil pessoas entre serrarias e olarias. John dos Passos somente

pernoitaria na cidade e seguiria para Itabira, enquanto o grupo do SESP permaneceria em Governador Valadares.

Dois outros subtítulos, “*A liderança perdida*” e “*O britador que nunca enguiça*”^{136,137}, revelam detalhes sobre o fim da viagem de Passos pelo Vale do Rio Doce. No primeiro, o autor relata uma conversa entre os viajantes. Os técnicos brasileiros manifestavam aos técnicos norte-americanos um desconcerto quanto ao atual desinteresse que “o povo americano tinha passado a demonstrar” pelos problemas do Brasil “depois de toda a propaganda da Política de Boa Vizinhança e da cooperação do tempo de guerra” (p. 38). Certamente se referiam às notícias de que o acordo Brasil - Estados Unidos que mantinha o SESP seria encerrado, o que, no entanto, não aconteceria imediatamente¹³⁸.

Duas impressões, apresentadas no subtítulo “*O britador que nunca enguiça*” podem servir de baliza para a compreensão do significado da atuação sanitária do SESP e para a realidade a ser transformada. A primeira é o questionamento feito por um “homem de negócios brasileiro” a John dos Passos, na passagem por Governador Valadares:

Disse-me ele que não sabia se eu, como estrangeiro, compreendia toda a significação do que estava vendo no Vale do Rio Doce. “Estamos subindo uma série de degraus. Primeiro, o vale era tão insalubre que era difícil até manter a estrada de ferro. O serviço de malária e a saúde pública higienizaram o vale e foi possível, então, melhorar a estrada de ferro. Os americanos ajudam o Brasil a subir mais um degrau. Temos no Estado de Minas Gerais as mais ricas jazidas de minério de ferro do mundo, mas só o extraímos com picaretas e enxadas. Com o empréstimo americano, compram-se as máquinas para explorar jazidas. Outro degrau...” (p. 39-40).¹³⁹

O comentário do brasileiro não deixa dúvidas sobre o pano de fundo que resguardava a atuação do SESP. A fronteira que se ia abrindo punha o sertão do Rio Doce em contato com o mundo, pois os interesses econômicos (e políticos) iam além do estado de Minas ou do

¹³⁶ Na edição de 2013: O líder perdido e O britador que nunca para de funcionar, respectivamente.

¹³⁷ “O britador que nunca enguiça” é o trabalhador braçal, que só tem a marreta como ferramenta para quebra de pedras.

¹³⁸ O Acordo Básico que mantinha o SESP foi renegociado e mantido até 1960 (BASTOS, 1993). Também ver em CAMPOS, 2006, p. 207-298.

¹³⁹ É possível que um dos fatores da conhecida migração de mineiros e capixabas do vale do Rio Doce para os EUA, tenha sido a presença de norte-americanos na região, ainda na década de 1940. Cf. SOARES (2002, p. 110): “A absoluta liderança exercida pelos Estados Unidos da América na preferência dos emigrantes valadarenses remete a intensas ligações mantidas pelo município de Governador Valadares com esse país: durante a II Grande Guerra, a economia valadarensense foi impulsionada pelo comércio da mica, que, sendo importante para a indústria bélica, trouxe firmas americanas para a cidade [...]. Nesse mesmo período, as modificações no traçado da Estrada de Ferro Vitória-Minas [...] eram realizadas também por intermédio de uma companhia americana. A presença dos Estados Unidos em Valadares manifesta-se ainda na construção do Serviço Especial de Saúde Pública – SESP [...]. Esses três fatos colocaram os valadarenses em contato com os americanos e sua cultura. Portanto, foram os vínculos estabelecidos historicamente com os EUA que permitiram a construção, em Valadares, de laços sociais norteadores da opção migratória”.

Espírito Santo. Eram nacionais e internacionais. Eram interesses estratégicos tanto para os Estados Unidos como para o projeto de *state and nation building*¹⁴⁰ do primeiro governo Vargas e com os programas desenvolvimentistas que se seguiram a ele. Num rastreamento rápido, identificamos alguns termos utilizados pelo autor para descrever as localidades pelas quais passava; sinais de um tempo que deveria ficar para trás: casinhas de palha com chão de terra; crianças sujas, pretas, pardas e branqueadas; queimadas; carrapatos e micuins; fronteira rude; hostilidade “de tocaia nas poças de água estagnada da floresta”; poeira; terra inculta; cidade rude; matas abatidas; pastos esgotados; lixo espalhado. Num contraponto, os termos da riqueza oferecida pela região; novos tempos por vir: minério de ferro; gado zebu; trem de minério; troncos de peroba; carvão de madeira; fornos de ferro; saneamento; ilhas de saúde.

A segunda impressão é do próprio John dos Passos, já em Itabira, observando os trabalhadores das minas, com suas pequenas marretas.

Viam-se brancos compridos e magros, pretos altos e de ombros largos e homens baixos, compactos e rijos de todos os matizes do café, do cobre e do bronze. (...) Era a primeira vez que eu via o trabalhador brasileiro em massa, essas hordas nômades sofredoras e despreocupadas que se espalham pela vasta extensão do país, transferindo-se das fazendas para as minas, para as serrarias, para as construções, subnutridas, doentes, suportando frio, calor e fome, apertando os cintos, cantando sambas, fazendo filhos e de um modo ou de outro executando seu trabalho (p. 41).

Este é o último parágrafo relacionado à passagem do autor pelo Vale do Rio Doce, e, sobre ele, não há mais nenhuma menção no “diário de viagens” do jornalista. A descrição dos trabalhadores e as inferências sobre seu sofrimento e mazelas do cotidiano talvez denotem certo estranhamento por parte do observador, que naturaliza no mesmo diapasão o êxodo ‘despreocupado’, o sofrimento, a doença, a fome, o trabalho, o samba, o ‘fazer filhos’. A impressão é semelhante à manifestada por John dos Passos quando, antes da visita ao Rio Doce, passou por Ouro Preto e Congonhas/MG. Nesta última, observando o movimentado vai-e-vem de romeiros registrou: “Apesar de muita sujeira e de muita pobreza andrajosa, havia um sentimento de bem-estar, uma espécie de bem intencionada inocência naquele povo do interior” (p. 21). Diante destas impressões, se ligarmos as descrições do início e do final da passagem de Passos pela região, aproximamos o SESP destes desassistidos, e as ilhas de saúde se tornariam, então, realidade.

¹⁴⁰ Terminologia utilizada por CAMPOS (2006) para discutir as estratégias varguistas de interiorização da presença e autoridade do Estado por meio de implementação de medidas de saúde pública, entre outras medidas.

O Sertão imerso num processo civilizatório

Com efeito, o Vale do Rio Doce se movimentava. Dez anos após a visita de John dos Passos, a revista carioca “*Aconteceu*” publicou uma reportagem cujo título “*O vale de ferro tem nome de doce*” anunciava novos horizontes e expectativas.

Enquanto se cuidava da ferrovia, pequenas vilas ao longo das linhas transformavam-se em cidades futuras; indústrias foram instaladas; cresceu o comércio. Índice insofismável do progresso é dado pelo volume de transportes; em 1943 foram transportadas 71552731 toneladas-quilômetros, e em 1957, quatorze anos depois, 1855530170, destacando-se entre os produtos transportados o carvão vegetal, madeiras, produtos siderúrgicos, café, cereais, e, naturalmente, o minério de ferro, que figura em primeiro lugar.

A antiga cidadezinha de Figueira do Rio Doce, à margem da ferrovia, transformou-se na promissora Governador Valadares, uma das cidades que mais crescem em todo o país.

(...) As atividades de exploração, em Itabira, beneficiam os municípios de todo o Vale do Rio Doce; muitos deles já receberam serviços de abastecimento e tratamento d’água, usinas hidrelétricas, hospitais, escolas, estradas de rodagem e pontes sobre córregos (Revista *Aconteceu* – n. 60, nov. de 1958; pag. 63).

Essa euforia pelo progresso iminente não deixava de fora a presença do SESP. É significativa a opinião de Silva Monteiro de Castro, advogado, que vivia em Governador Valadares na década de 1950, referindo-se ao programa de saneamento conduzido pelo SESP: “O saneamento desta região ora se processa a luz de recentes preceitos de medicina e engenharia sanitária, o que vai garantindo a fixação do homem em zonas onde outrora a malária estiolava a força construtiva do braço humano” (CASTRO, 1951, p. 36). A opinião do advogado, compartilhada por muitos dos seus contemporâneos (e ainda por seus descendentes), tomava o saneamento como obra de pioneiros que se esforçavam pelo progresso da cidade e região, e dessa forma compreendia o SESP como um fomentador do desenvolvimento regional e local.

A apresentação de alguns resultados do empenho do SESP na consolidação do alentado projeto permanente de saúde pública, tangentes ao fornecimento de água tratada e construção de rede de esgotamento sanitário, nos servirá de apoio para o delineamento do alcance prático e simbólico dos prognósticos atribuídos ao Dr. Henrique Penido, por John dos Passos. Os relatórios de execução das obras do SESP prenunciavam importantes benefícios que poderiam ser auferidos pelas localidades e população, a partir das obras de saneamento e atendimento à saúde, especialmente em se tratando da instalação de serviços de abastecimento de água e tratamento de esgotos sanitários. Nesse sentido, em dois relatórios, um para a cidade de Aimorés (1944-1945) e outro para a cidade de Governador Valadares (1943-1944),

encontra-se a mesma consideração: que “a população de Aimorés (e de Governador Valadares) receberá múltiplos benefícios com a realização do Projeto”,¹⁴¹ a saber: (a) a criação de um sistema de água moderno, e sem peso financeiro, e o uso de instalações sanitárias; (b) seria possível pavimentar as ruas já servidas pelo novo sistema; (c) melhoria sanitária secundária que resultaria de uma combinação dos dois primeiros: com o advento de ruas pavimentadas haveria uma grande redução da poeira contribuindo no combate a doenças respiratórias; (d) benefícios econômicos consideráveis recairiam sobre a cidade: o valor das propriedades aumentaria como também a arrecadação fiscal do município (o que poderia se reverter em outras melhorias), o comércio seria impulsionado pela existência de ruas pavimentadas.¹⁴²

Os projetos piloto para tratamento de água e instalação de redes de escoamento de dejetos nas principais cidades (Governador Valadares, Aimorés e Colatina) desenvolveram-se entre os anos 1944 e 1946, custeados inteiramente pelo SESP, através de recursos disponibilizados pelo Instituto de Assuntos Interamericanos (IIAA). Em cada um destes municípios, foram assinados acordos de cooperação e responsabilidade pela manutenção das instalações pelas prefeituras locais, ressaltando-se que nem sempre puderam ser honrados, especialmente devido à falta de planejamento de aporte de recursos públicos em obras desta natureza.¹⁴³ Os trabalhos para fornecimento e tratamento da água, nas três cidades, completaram-se com a instalação de rede sanitária para captação e escoamento de esgotos domésticos e de instalações comerciais e públicas, conforme indicam os relatórios de atividades do Fundo FSESP.¹⁴⁴

A rede de distribuição de água e de escoamento de esgotos prevista cobria as áreas centrais das cidades, atendendo moradores que tinham condição financeira de fazer as ligações necessárias diretamente para suas moradias e/ou prédios comerciais. Bovée (1947, p. 489 e 498) registra que, para o atendimento dos bairros mais pobres, onde as pessoas não

¹⁴¹FSESP, cx. 34 doc. 43 – Instalação de Sistema de água e esgoto em Aimorés, 1944-1945 e FSESP, cx. 33 doc. 33, Instalação de Sistema de água e esgoto em Governador Valadares, 1943-1944.

¹⁴²FSESP, cx. 34 doc. 43 e FSESP, cx. 33 doc. 33.

¹⁴³Entre outros relatórios, ver: Sobre Governador Valadares: FSESP, cx. 33, doc. 36 (Sistema de abastecimento d'água em Governador Valadares, MG. Projeto: RD-GVA-7-A) e cx. 48, doc. 40 (Construção de sentinas - Governador Valadares, Minas Gerais. Projeto: RD-GVA-9A); sobre Aimorés, cx. 33, doc. 38 (Abastecimento de água para Aimorés, MG. Projeto: MG-AIM-7-A) e cx. 47, doc. 36 (Construção de privadas sanitárias – Aimorés, Estado de Minas Gerais. Projeto: RD-AIM-9A); sobre Colatina: cx. 30, doc. 18 (Instalação de rede de esgoto em Colatina, Espírito Santo. Projeto: RD-GOI-8) e cx. 31, doc. 19 (Sistema de distribuição de água para Colatina, Espírito Santo. Projeto: RD-GOI-7-B).

¹⁴⁴Instalação de rede de esgoto em Colatina, caixa 30. doc. 18; Sistema de esgotos - Governador Valadares, Caixa 33, doc. 33; Sistema de esgotos - Aimorés, caixa 34, doc. 33.

tinham condições de assumir despesas com ligações de água e instalações internas, o SESP construiu chafarizes (quarenta em Governador Valadares, vinte e seis em Aimorés, dez em Colatina), para o fornecimento de água potável; e instalou lavanderias públicas (doze em Governador Valadares, duas em Colatina, treze em Aimorés) de modo a impedir a lavagem de roupa no rio.¹⁴⁵ Moradora antiga do Bairro de Sapó e Morro do Carapina, em Governador Valadares, relata que para pegar água no chafariz era preciso enfrentar a fila e que as brigas eram constantes: algumas mulheres queriam entrar na frente de outras e demorava-se muito para encher as latas, favorecendo a confusão.¹⁴⁶ A lembrança das brigas é recorrente entre moradores mais antigos do Morro do Carapina, em Governador Valadares.

Na fila de água as mulheres brigavam muito; era muita agressividade, era raro o dia que não dava sangue ali. Pela água, pela questão da água, por que antigamente pegava-se água nos latões de... tipo latas de tintas. Algumas levantavam as duas, horas da manhã, e colocavam as latas, as latas enfileiradas porque tinha hora da água chegar; então, colocava as filas de latas e se chegasse alguma e passasse na frente, pronto! Era motivo de briga, e briga muito violenta mesmo. Então minha mãe não permitia, não deixava as meninas... - não passa perto -, de vez em quando ouvia os gritos, da minha casa dava pra ouvir os gritos (Entrevista com Ana Aparecida Souza de Jesus).

Do mesmo modo, como a instalação do serviço de escoamento de esgotos em áreas suburbanas seria dispendiosa e estruturalmente inviável, um acordo entre o SESP e os municípios citados definiu a construção de fossas sanitárias (identificadas por latrinas ou sentinas) nos bairros afastados, cujos moradores não tinham condições econômicas de colocarem instalações sanitárias em suas casas. Em Governador Valadares, por exemplo, foi assinado o “Projeto para construção de privadas sanitárias” (dezembro de 1947), depois que um levantamento feito pelo Serviço, constatou a existência de 960 unidades entre 3.000 construídas, sem instalação sanitária.

As necessidades fisiológicas são satisfeitas nas imediações das habitações muitas vezes próximas ao poço que fornece toda água usada na casa. Daí, provavelmente, a origem dos casos de febre tifóide que surgem. No mês de setembro deste ano foram confirmados oito casos completando assim 42 em todo o ano de 1947.¹⁴⁷

¹⁴⁵CF. Bovée (1947, p. 501) as lavanderias e chafarizes foram construídos de alvenaria de tijolos e revestidos de argamassa de cimento e providos de torneiras de fechamento automático.

¹⁴⁶Depoimento de dona Ambrózia Francisca, 92 anos. Miqueira e parteira. 21 de maio de 2008; Acervo pessoal.

¹⁴⁷FSESP, cx. 48, doc. 40. Privadas sanitárias para a cidade de Governador Valadares.

Além de Governador Valadares, Aimorés e Colatina, outras localidades ao longo da EFVM receberam projetos semelhantes como, por exemplo, o “Fossas secas e tubulares para cidades e lugarejos no estado de Minas Gerais”, implementado a partir de 1947, e que construiu 1.807 sentinas, atendendo cerca de 9.000 habitantes¹⁴⁸. Na área capixaba, também foram atendidas várias localidades e acampamentos de trabalhadores da ferrovia.¹⁴⁹

Em relação ao andamento dos trabalhos, ocorreram muitos problemas: dificuldades logísticas para aquisição dos materiais necessários; dificuldade de mão de obra capacitada; ausência de fornecimento de energia elétrica adequado nas três cidades (PHILIPPOVSKI e MONTANARO, 1948a, p. 206); o descompasso entre interesses do SESP e das municipalidades¹⁵⁰, e a desarticulação entre os próprios projetos desenvolvidos¹⁵¹; a ausência de garantia de que as prefeituras e os moradores cumpririam sua parte na manutenção e ampliação dos serviços de água¹⁵² e esgotamento sanitário; existência de disputas e diferenças políticas locais que, de alguma forma, afetavam os programas de saneamento previstos.

Em Governador Valadares, a inauguração do serviço de abastecimento de água foi motivo de entusiasmo entre lideranças políticas. Apesar disso, tem-se a impressão de que, em certo momento, o prefeito municipal dificultou a empreitada. Um relatório de atividade registrou atitude hostil, indiferença e falta de cooperação daquela autoridade, porém considerou que o mais importante teria sido a aprovação do projeto pela população que construiu espontaneamente mais de trezentas conexões à rede de esgotos até trinta de junho de 1945.¹⁵³Essa tensão demonstra que a conformação de uma nova territorialidade urbana dependeu de medidas de ordenamento e regulação do território que nem sempre foram bem processadas, e que injunções políticas ou de outra natureza tangenciaram as decisões. O SESP, pelo menos era esse o seu discurso, procurou manter-se isento em relação aos conflitos políticos (RIOS, 1987, p. 202), embora sua constituição e atuação dependessem destas ingerências.

¹⁴⁸FSESP, cx. 48, doc. 45- Construção de sentinas, em pequenas cidades do Estado de Minas Gerais. Projeto: RD-MGE-9

¹⁴⁹ FSESP, cx. 45, doc. 24: Construção de sentinas em várias localidades do Estado do Espírito Santo e FSESP, cx. 45, doc. Construção de fossas e privadas no acampamento de trabalhadores em “Linhas Abaixo”.

¹⁵⁰ Henrique Maia Penido (1950, p. 585-587) discute esta situação em artigo publicado na Revista do SESP.

¹⁵¹Marcolino Candau sugeriu, em 1948, que os projetos fossem agregados para que os recursos disponíveis pelo Programa Rio Doce não se fragmentassem; cf. FSESP, cx. 03, doc. 24. Administração da Divisão de Endemias Rurais. Espírito Santo e Minas Gerais. Por sua vez, Penido e Simões (1954) apresentam discussão sobre administração sanitária em que defendem uma melhor organização deste tipo de serviço.

¹⁵²Relatório do subprojeto “Privadas sanitárias para Governador Valadares (FSESP, cx. 48, doc. 40) alerta para a falta de garantias de cumprimento de acordos feitos e apela por seu cumprimento em nome de obrigações morais envolvidas.

¹⁵³FSESP, cx. 33, doc. 33 - Sistema de esgotos –Governador Valadares, MG. Projeto: RD-GVA-8

Diferentemente do que ocorreu em Governador Valadares, o relatório sobre Aimorés elogiava a inteligência e a cultura do prefeito da cidade que “se mostrava líder sensível e preocupado com as questões do saneamento e medicina preventiva”.¹⁵⁴ Em Colatina não foi menos importante a instalação de serviço de abastecimento e tratamento de água. Em 22 de agosto de 1949, foi inaugurado, com a presença do então Presidente da República, Marechal Eurico Gaspar Dutra, e outras autoridades, a primeira estação de tratamento de água, ao sul do Rio Doce (TEIXEIRA, 1974, p. 87). O registro na crônica “Rio Acima” de Rubem Braga¹⁵⁵ (1984, p. 140) reforça o reconhecimento destas obras: “O SESP, que pôs água limpa e esgoto em Colatina, atacou com enorme êxito o impaludismo e em muitas zonas o tifo, a disenteria, as verminoses de toda espécie”.

À medida que a instalação da estrutura física para o abastecimento de água ficava concluída, o SESP a transferia para as prefeituras locais, mantendo sob controle a operação da estação de tratamento por um período experimental de cerca de seis meses, nos quais se preparavam operadores com condições de garantir a distribuição da água, bem como sua potabilidade. Como as prefeituras não possuíam códigos que regulamentassem o fornecimento da água, tampouco experiência ou organização neste sentido, ficou patente a necessidade desse investimento. Situações como desperdício de água, torneiras dos chafarizes quebradas, animais sendo banhados e lavados nas lavanderias, mal-entendidos entre os moradores provocados pelo custo dos ramais domiciliários, estragos provocados às canalizações pelos bombeiros locais que usavam ferramentas inadequadas, são exemplos claros de que o mau uso do serviço implantado poderia comprometer os resultados esperados (BOVÉE, 1947, p.504).

Muitas discussões se seguiram e, finalmente, chegou-se à proposta de criação da autarquia municipal¹⁵⁶ que se responsabilizaria pela organização e manutenção de serviços de água e esgotos.¹⁵⁷ Desse modo, foi criado em cada municipalidade o SAAE (Serviço Autônomo de Água e Esgoto). O primeiro foi implantado em Governador Valadares, e logo o

¹⁵⁴Fundo FSESP/ Seção Divisão de Engenharia, cx. 34, doc. 43 (Sistema de esgotos - Aimorés, MG, Projeto: MC-AIM-8).

¹⁵⁵Rubem Braga, jornalista e escritor capixaba, fez parte da Divisão de Educação Sanitária do SESP quando foi organizada em meados da década de 1940, contribuindo no campo de desenvolvimento de meios audiovisuais de divulgação (BASTOS, 1993, p. 343).

¹⁵⁶Órgão municipal com autonomia financeira e administrativa, controlado pelos municípios.

¹⁵⁷Um trabalho da Divisão de Engenharia Sanitária do SESP, assinado por Walther Ribeiro Sanches (1952) apresenta um apanhado sobre fontes de financiamento utilizadas, principalmente nos EUA e propõe minuta para contrato entre cada Serviço Autônomo de Água e Esgoto - SAAE e municipalidades.

serviço se expandiu para as cidades de Baixo Guandu/ES e Conselheiro Pena/MG (que havia recebido cobertura de abastecimento de água pelo SESP a partir de 1948)¹⁵⁸.

Conforme avaliação do SESP, os resultados positivos não demoraram – nas três cidades foi possível estabelecer-se um equilíbrio entre a receita e a despesa – e a proposta de organização de Serviços Autônomos de Água e Esgotos, até então inédita no Brasil, tornou-se exemplar para todo o território nacional na reorientação da gestão dos serviços nas décadas de 1950 e 1960¹⁵⁹ (ROEDEL, 1955). De acordo com Rezende e Heller (2002, p. 205), “chegaram a ser criados mais de 1.500 sistemas de abastecimento de água no Brasil” a partir deste modelo.

Aos poucos, os recém introduzidos equipamentos sanitários iam conformando novos hábitos de higiene. A possibilidade de não mais precisar comprar água dos “fornecedores” ou o conforto de se ter banheiro nas casas foi motivo de entusiasmo entre os moradores que tiveram acesso a essas comodidades. Os depoimentos oferecem mostras desta satisfação.

Mas quando o SAAE inaugurou a água, foi uma beleza. Eu olhei o tanque de cimento e que eu vi o fundo do tanque, eu falei: “Ô maravilha”. Tava acostumado com essa água barrenta do Rio Doce; vê assim um depósito, feito pra esperar a vinda da água, sabe, vê aquela água, que até hoje eu acho isso muito bonito: Cê vê o Rio Doce lá passando, completamente, uma água suja, e você recebe ela em casa, completamente... é, como se diz, tratada... (Entrevista com Sr. César Nunes Coelho; 02/11/2001)¹⁶⁰.

Ah! Eu achei importante demais, gostei muito, porque aí eu não precisava de ir buscar água (Dona Iracema Costa)¹⁶¹

Nossa! Me senti uma rainha, a verdadeira rainha no trono mesmo, era outra coisa, a gente ficava até assim, tipo, no banheiro só pra olhar, aquilo, uma novidade daquelas; que novidade era aquela, claro, que não podia nem pensar em dar descarga; ficava um tempão lá namorando o vaso e não dá descarga; por que tá gastando água; vai dar briga gastando água a toa, a gente aprendeu a dar valor a água, né, a água pra nós verdadeiramente é um tesouro até hoje. (Ana Aparecida Souza de Jesus)¹⁶²

Ai... Nessa mudança o negócio foi bão demais, bão demais. Cê podia tomar banho a vontade não tinha que encher caixa d'água. A casa mudou. As crianças mais limpas, tudo mais arrumado, roupas mais asseadas; então já era tudo melhor mesmo. Uma coisa que muda, que hoje a gente acha que não, mas, a mudança foi grande. (Entrevista com o Sr. José Gonçalves Reis)

¹⁵⁸ Conforme Projeto – Abastecimento d'água para Conselheiro Pena (MG), FSESP, cx. 33, doc. 35.

¹⁵⁹ Sobre a questão da busca de autonomia no setor de saneamento no Brasil, ver REZENDE e HELLER, *O saneamento no Brasil: políticas e interfaces*. BeloHorizonte: Editora UFMG; Escola de Engenharia da UFMG, 2002.

¹⁶⁰ Entrevista cedida pelo Núcleo de Estudos Históricos e Territoriais, da Universidade Vale do Rio Doce – NEHT/UNIVALE.

¹⁶¹ Entrevista citada.

¹⁶² Entrevista citada.

Embora legítimo, o entusiasmo dos técnicos do SESP e especialmente dos moradores das localidades atendidas, deve ser ponderado. É claro que a utilização dos novos equipamentos sanitários e a incorporação de novos hábitos de higiene não foi tão simples, nem automática. “Isso não foi assim, de hoje para amanhã instalou todos os chuveiros não, não foi”, alerta a antiga moradora¹⁶³. De fato esta situação ideal estaria longe de ser alcançada. Se de um lado resistências socioculturais influenciariam a dinâmica do processo de melhoria da saúde pública esperado, de outro, interesses políticos e econômicos, locais e nacionais, representariam problemas mais duradouros.

Em relação às resistências que a população apresentou, Brito Bastos (1963, p. 112) registra que, em algumas áreas de trabalho do SESP, as latrinas construídas não foram utilizadas porque representariam “uma modificação fundamental em um hábito social”. Também assinala que “nos casos em que as melhorias sanitárias se adaptam às formas culturais existentes, sua aceitação tem sido geral e rápida” (1963, p. 112). No mesmo sentido, o antropólogo George Foster (1964, p. 14) alerta que “o efeito eventual de um melhoramento material ou social é determinado pela medida em que os outros aspectos da cultura afetados por ele podem alterar suas formas com um mínimo de transtorno”. Neste sentido é compreensível que muitos moradores tenham resistido, por motivos variados, aos novos equipamentos sanitários introduzidos em suas comunidades. Para tentar resolver essas e outras questões, o SESP empreendeu um rigoroso projeto de educação sanitária, que será analisado nos dois próximos capítulos. Os depoimentos de moradores de Governador Valadares, em relação aos banheiros (e latrinas) e ao fornecimento de água tratada, são exemplares:

Olha, por incrível que pareça tinha gente que resistia. Uai, resistia porque ele tinha que pagar água; aí o senhor tem que fechar a sua cacimba, ficou a água da prefeitura que vem; que eles cuidava; que era saudável; que eles cuidava e tudo. Fazia fechar as tampas das cisternas e ligar a água, mas aí tem a conta pra pagar; os encrenqueiros: prefiro fazer economia e ficar com isso aqui, isso não adoece nada, isso é mentira, né? Aconteceu muito. (Depoimento do Sr. José Reis; 2014).

Muitos falavam: “- Eu me ajitei nisso tudo e nunca precisei disso”, outros falam: “- Eu nunca precisei, nem meus avôs e nem meus pais precisaram” (Depoimento do Sr. Atanael; 81 anos; agente sanitário; 14/12/2007)¹⁶⁴.

Os mais velhos tinham medo: “se eu cair disso aqui e vou me machucar”, e as crianças não assentavam, elas faziam no chão. Várias vezes a gente teve que limpar

¹⁶³ Entrevista Teresinha Hilel.

¹⁶⁴ Acervo pessoal.

o banheiro porque os menores ia pro banheiro e não usavam o vaso, não usavam; aí durante muito tempo... aí a minha mãe muito sábia que era falou: “eu vou deixar o pinico lá dentro porque eles agachavam da mesma forma” (Depoimento de Ana Aparecida Souza de Jesus).

Em relação aos problemas político-econômicos estruturais – dos quais o SESP procurou se desvincular enquanto teve orçamento próprio; e para os quais não tinha remédio – foram eles que definiram (e definem até hoje) o encaminhamento de políticas públicas favoráveis ou não às questões de saneamento e saúde. Neste caso, atualmente, alargaram-se as tensões e disputas político-econômicas no campo da saúde pública e os prazos para os necessários encaminhamentos ainda estão em aberto.

A Enciclopédia dos Municípios Brasileiros de 1959 (IBGE, 1959, p. 161) registrou que Governador Valadares era uma cidade bem dotada de melhoramentos urbanos, “com suas extensas ruas bem alinhadas e em grande número pavimentadas a paralelepípedos, servida de boa iluminação elétrica e rede de abastecimento de água e esgoto que lhe garantem boas condições de higiene e bem-estar para os seus habitantes”. Entretanto, como aponta Guimarães (2009, p. 58)¹⁶⁵, “a modernidade não foi estendida a todos, como indicam os dados do IBGE”. De acordo com a pesquisadora, em 1955 apenas 5% prédios da sede municipal [recenseados] possuíam hidrômetros; 23% dos logradouros públicos eram totalmente abastecidos de água tratada; e 22% eram atendidos parcialmente. Entre os 66 logradouros públicos, “apenas dois eram pavimentados integralmente, enquanto 12 estavam em parte pavimentados. Em relação ao esgotamento sanitário, 15 logradouros eram servidos de despejo, e 15 de águas superficiais, contabilizando um total de 30” (GUIMARÃES, 2009, p.58-59). Considerando que estes logradouros compunham o centro da cidade, é de se imaginar que a maioria dos bairros, em expansão na década de 1950, não recebia serviços sanitários. Ou seja, medidas sanitárias e de saúde não foram implementadas na mesma proporção da necessidade. A descrição do bairro São Raimundo, pelo sociólogo José Arthur Rios¹⁶⁶, em 1953 corrobora a posição da pesquisadora:

Bairro proletário da cidade de Governador Valadares, Minas Gerais. Possuía 230 moradias, de taipa ou madeira, habitadas por cerca de 1.180 pessoas, na maioria operários, e dependia de Valadares na sua vida econômica e social. As condições sanitárias do Bairro eram extremamente deficientes. As ruas não tinham calçamento, nem as casas água ou esgoto. Em algumas a luz era fornecida por um particular. As

¹⁶⁵ GUIMARÃES, C. M. de O. Novos Valores, Velhas Questões: o planejamento urbano em Governador Valadares; 2009; Tese (Doutorado em Doutorado Em Ciências Humanas Sociologia e Política) - Universidade Federal de Minas Gerais.

¹⁶⁶ Sociólogo, que a partir de 1953, chefiou uma seção de estudos e treinamento dentro da Divisão de Organização Sanitária do SESP (BASTOS, 1993, p. 330).

cacimbas, de onde se tirava a água para consumo, achavam-se em péssimas condições de manutenção. A assistência médica do bairro estava a cargo de um curandeiro e duas comadres. Grassavam disenterias e verminose, havendo muitos casos de tuberculose (RIOS, 1987, p. 226).

Uma varredura nos títulos de algumas reportagens publicadas no jornal “Diário do Rio Doce”, de Governador Valadares, nos anos de 1958 e 1959 (e também nos anos seguintes) dimensiona o crescimento da cidade, de um lado, e os problemas de fornecimento de água tratada e de esgotamento sanitário, de outro. Os títulos das matérias são sugestivos: “*O progresso corre sobre trilhos*” (10/04/1958, n.7, p. 2); *Governador Valadares será porto de saída dos produtos de Minas para o mar* (25/04/1958, n. 18, p. 1); *Causa preocupações à cidade a redução no abastecimento de água* (26/04/1958, n.20, p. 1); *Inadiável a ampliação do serviço de água* (05/08/1958, n. 101, p. 1); *Saneamento e assistência reduziram o índice da mortalidade infantil* (17/08/1958, n.112, p. 5); *Inicia em Janeiro do asfaltamento da Rio-Bahia* (10/10/1958, n.157, p. 1); *Água, o problema mais grave na cidade no momento* (14/11/1958, n.186, p. 4); *Governador Valadares: maior crescimento demográfico do Brasil entre 1940-1950* (25/11/1958, n.194, p. 1); *O problema do abastecimento de água exige solução imediata* (07/12 1958, n.205, p. 1); *Notável melhoramento ao serviço telefônico interurbano da cidade* (21/12/1958, n. 216, p. 1); *TV em Governador Valadares dentro de 30 dias* (01/05/1959, n.318, p. 1); *Procura-se um bombeiro para desentupir o esgoto* (21/06/1959, n. 4, p. 3); *Esgoto na Avenida Minas Gerais - construção ainda este ano* (01/09/1959, n. 420, p. 1); *SAAE: ampliação se inauguraria em fevereiro* (17/12/1959, n. 509, p. 1).

É possível imaginar que o mesmo processo tenha acontecido em outras cidades da região, pois nas décadas de 1940/1950 ocorreria o *boom* da ocupação demográfica e econômica da Região do Rio Doce.¹⁶⁷ Vários municípios tiveram crescimento populacional entre 100 e 600%, beneficiados pela crescente exploração dos recursos naturais, particularmente as florestas, os minérios e os solos. Outros municípios localizados ao longo da Estrada de Ferro Vitória a Minas (EFVM) passavam por situação semelhante (ESPÍNDOLA, 1998).

Enfim, o “Congo”, do Dr. Ladislau Sales, ou a ‘reserva ecológica, como preferia Hermírio Gomes da Silva, e sua população seriam incorporados ao Brasil, com todos os problemas infraestruturais, sociais e políticos próprios desses processos. A partir da década de

¹⁶⁷Região do Rio Doce é uma das macrorregiões do Estado de Minas Gerais, compreendida pelos municípios das microrregiões de Governador Valadares, Ipatinga, Aimorés, Caratinga, Mantena, Guanhães e Peçanha. Essa divisão regional corresponde à mesma delimitação da Mesorregião do Rio Doce, estabelecida pelo IBGE.

1930, o devassamento das matas ainda abundantes, a reforma e término da EFVM, os projetos siderúrgicos e a introdução da pecuária, marcaram a subordinação da região do Médio Rio Doce ao projeto de crescimento econômico nacional, como nova fronteira agrícola. Strauch (1955) avalia que, apesar das consequências que advieram da destruição das matas, não há dúvida de que se tratou de um processo de grande valor para a economia nacional. Concomitantemente, as propostas de intervenção e os discursos sobre a saúde, a higiene e o saneamento, que acompanham o projeto de modernização e desenvolvimento, conformaram-se localmente.

À luz da tese ‘civilizatória’ elisiana, vários elementos configuracionais podem ser vislumbrados nos depoimentos e nos discursos oficiais e oficializados sobre a cidade, a região e sobre o SESP: interdependência; psicogênese e sociogênese; constrangimentos sociais externos e autoconstrangimentos; autorregulação das pulsões (impulsos) e sentimentos; racionalização da conduta; modelação da conduta pela vergonha ou repugnância; equilíbrio e desequilíbrio de poderes; configurações relacionadas à organização do Estado e da Nação; imprevisibilidade (ELIAS, 1993; 1994; 1998; 2001). Uma possível mudança de hábitos higiênicos e de conduta sociocultural pela população-alvo dos Programas do SESP eventualmente se ancoraria em algumas dessas contingências.

Como apresentamos na Introdução, o caráter principal da tese elisiana sobre o ‘processo civilizador’ compreenderia a “mudança na conduta e nos sentimentos humanos”, através da incorporação de regras comportamentais (ELIAS, 1989, p. 193-194), para o que concorreria o autocontrole individual exercido sobre as pulsões e emoções. Desde que para Elias não seria possível separar-se o indivíduo e a sociedade “o processo universal de civilização individual pertence tanto às condições da individualização do ser humano singular como às condições da vida social em comum dos seres humanos (Elias, 2006, p. 21).

Nesse caso, as mudanças de hábitos e comportamentos individuais (e coletivos) presumidos pela ação médico-sanitária do SESP estariam perpassadas pelas modificações que também se verificariam no espaço vivido pelos moradores das áreas atendidas pelo SESP, e pelas relações interpessoais entre os diferentes sujeitos correlacionados pela experiência compartilhada (atendidos e não atendidos, médicos, engenheiros, enfermeiras, agentes e visitadoras, autoridades, entre outros). Como explica Chartier, no prefácio do livro “A sociedade da corte” (ELIAS, 2001), estamos diante de “uma formação social na qual são definidas de maneira específica as relações existentes entre os sujeitos sociais e em que as dependências recíprocas que ligam os indivíduos uns aos outros engendram códigos e comportamentos originais” (CHARTIER, 2001, p. 8).

O ajustamento das modificações propostas às expectativas dos indivíduos e a qualidade das relações de interdependência social entre os envolvidos condicionariam a aceitação ou a rejeição dos ‘novos’ padrões de comportamento. Norbert Elias (1994; 1993) argumenta que níveis variáveis de “compulsões menos visíveis e mais impessoais da interdependência social, a divisão do trabalho, o mercado, a competição, que impõem restrições e controle aos impulsos e emoções” (ELIAS, 1994, p. 155); entre outros impulsos, caracterizam uma rede de interdependência social. Portanto, é no âmbito do “equilíbrio instável de poder” (Elias, 2000, p. 201) que encontramos uma chave de leitura para o reconhecimento das tensões, inclusive algumas, que vamos chamar de ‘solidárias’ por serem de acatamento, presentes nas redes de interdependências tangentes ao SESP. Segundo Elias (apud CHARTIER, 2001, p. 14), “um equilíbrio flutuante de tensões, um movimento pendular de equilíbrio das forças, que oscila ora para um lado, ora para o outro (...) incluem-se entre as particularidades estruturais de qualquer figuração”. Por esta perspectiva, o processo de mudanças delineado pelo SESP não teria uma direção linear, nem tampouco se poderia presumir que o resultado seria exatamente como o que fora projetado (ELIAS, 1993, p. 194).

Alguns dos depoimentos apresentados anteriormente nos oferecem bons exemplos das tensões que acompanharam a nova dinâmica sanitária que seria, aos poucos, implementada nas cidades de Governador Valadares, Aimorés e Colatina. Os elogios ao SESP nos depoimentos do Sr. José Gonçalves Reis e de Ana Aparecida de Souza demonstram o reconhecimento de uma mudança positiva na condição cotidiana de ‘não ter mais que buscar água no chafariz’, ou de poder ‘tomar um banho de chuveiro’ ao invés de se utilizar uma bacia. A resistência de alguns moradores à orientação de fazerem as ligações para o recebimento da água tratada, também mencionada pelo Sr. José Reis, por outro lado demonstra que, por algum motivo, aquele investimento não se ajustava ao interesse ou à situação econômica daqueles moradores. Isso possivelmente teria ocorrido porque esbarraria em constrangimentos de outra ordem, como vergonha de sua condição ou mesmo desconhecimento do uso de novos equipamentos. No depoimento de Ana Aparecida temos duas situações indicativas dessa última premissa: a dificuldade das crianças e dos mais velhos em utilizarem o vaso sanitário, por insegurança e certo vexame. Outra situação limitadora de incorporação de mudanças de hábitos é o fato relatado pela Sra. Terezinha Hillel sobre a dificuldade da paciente que não compreendeu o nome da doença diagnosticada pelo médico que a consultou.

Ainda poderíamos citar o estranhamento dos visitantes ao Vale do Rio Doce, aqui representado por John dos Passos, em relação às dinâmicas culturais locais; ou mesmo o

espanto dos locais em relação ao aparato técnico que o SESP introduziu na região. Num outro nível de relações interdependentes, teríamos o prestígio do prefeito de Aimorés frente aos técnicos do SESP, e o desprestígio do prefeito de Governador Valadares; ambas as situações relacionadas com a sua maior ou menor disposição e disponibilidade política para facilitação da instalação das redes de tratamento de água nas respectivas cidades. Ainda no nível político, poderíamos situar os interesses do projeto de “*state building*” varguista, que indiretamente incidiam sobre as obras de saneamento implementadas pelo SESP.

Enfim, a perspectiva civilizatória que divisamos na atuação do SESP no Vale do Rio Doce põe em evidência um movimento muito mais amplo do que aquele relacionado diretamente com a ação médico-sanitária empreendida. Na dinâmica sociocultural cotidiana, outras diversas configurações com diferentes redes de interdependências ainda poderiam ser dimensionadas. O panorama apresentado aventou qualificar o ‘sertão’ do Rio Doce, apoiando-se especialmente no conceito enfatizado por Hochman (1998) – “sertões, e as áreas rurais, como uma categoria médica, social e política” – mais que geográfica; e na discussão proposta por Arruda (2000), que sugere uma abordagem que também evidencie “configurações pessoais” de vida, para identificar as relações entre os sujeitos e seus lugares nesses ‘sertões’. Ao realçar as impressões de atores sociais diversos, num tempo desdobrado (entre espaço de experiência e horizonte de expectativa) e, a partir da observação das imbricadas relações entre esses atores envolvidos direta ou indiretamente com o Serviço Especial de Saúde Pública, pretendeu-se estabelecer uma discussão em que a atuação do SESP fosse percebida a partir de uma configuração (Elias, 2001) em que se articulariam questões políticas, socioeconômicas, culturais e, notadamente, do cotidiano da população envolvida. Apesar do carro-chefe da atuação do SESP no Médio Rio Doce ter sido inicialmente (e com sucesso) a erradicação da malária, os projetos subsequentemente alinhados com o primeiro – a implementação de serviço de tratamento de água e de escoamento de esgotos sanitários – foram realçados em vista do programa de educação sanitária que acompanhou estas medidas. Tal programa, levado a cabo especialmente por agentes e visitadoras sanitárias, ensejava mudanças de hábitos higiênicos – neste sentido um “processo civilizador” – e do trato com as questões afeitas à saúde individual e pública.

CAPÍTULO 2

O SESP e a divulgação científica para um mundo em mudança

Neste capítulo, será considerada a atuação do SESP no que diz respeito ao seu empenho em divulgação do conhecimento científico. Tomamos o SESP e as atividades desenvolvidas nas áreas de pesquisa, saneamento e educação sanitária, como ‘*avatares*’ da ciência e de modernidade. A análise dos agentes e mecanismos de comunicação científica que este Serviço mobilizou será mediada pela “espiral da cultura científica” concebida pelo pesquisador Carlos Vogt (2003). Dos veículos de divulgação científica utilizados, trataremos especialmente da Revista do SESP, que atingia um público específico de técnicos superiores; e dos cursos para agentes sanitários e visitadoras, que preparavam pessoal auxiliar para atuação em campo.

Parcerias geopolíticas e científicas

A criação do SESP ocorreu conforme propósitos bem definidos. De acordo com o diretor do IIAA, major George C. Dunham (1945, p.1), a cooperação interamericana “manifesta-se não somente na guerra contra as potências do Eixo, mas também na coordenação dos recursos em prol do progresso econômico e científico neste hemisfério”. O major defendia que o esforço conjunto para a prevenção de doenças, para o prolongamento da vida e para a segurança da saúde, “com o desenvolvimento concomitante das relações comerciais”, seria fomentador do aperfeiçoamento do bem comum entre os povos da América.

O comentário de Dunham sobre o acordo de cooperação, entretanto, revela o interesse dos norte-americanos acerca dos ganhos que poderiam ser obtidos com a troca de ideias e conhecimentos biomédicos entre os novos aliados. As experiências para controle da febre tifóide, na Colômbia, Salvador, Guatemala e México; da schistosomose na Venezuela; da difteria e do tifo no Uruguai; estudos para o tratamento de boubá, e da filariose; investigações sobre oncocercíase e úlcera tropical; estariam colaborando com o progresso de conhecimento científico e eram de interesse internacional (DUNHAM, 1945, p.3).

Embora seja verdade que os problemas médicos das repúblicas do sul se caracterizam por um grande predomínio das infecções tropicais que ocorrem nesses países, são muitas e importantes as doenças comuns a todo o hemisfério. (...) O estudo e a prática da medicina oferecem um interesse geral. Seria para nós de grande vantagem, que fossemos melhor informados sobre as destacadas contribuições científicas, mundialmente famosas, estabelecidas praticamente em todos os países latino-americanos. A lista é demasiado longa, mas podemos citar como exemplo o Instituto Nacional de Bacteriologia e o Instituto de Fisiologia de Buenos Aires, o Instituto Oswaldo Cruz, perto do Rio, o Instituto de Bacteriologia de Santiago, o novo Instituto de Medicina dos Trópicos do México e o Instituto Nacional de Higiene e Saúde Pública de Lima. Há muitos outros onde se vem fazendo um trabalho brilhante (DUNHAM, 1945, p. 1).

As considerações de Dunham demonstram o reconhecimento de que já havia em países da América Latina um esforço de pesquisas e investimentos, mesmo que ainda insuficientes, na busca de soluções locais para os problemas de saúde que afetavam sua população¹⁶⁸. Na ocasião da chegada da Fundação Rockefeller à Costa Rica no início do século XX, por exemplo, os costarriquenhos já desempenhavam um admirável esforço médico-científico para o controle da ancilostomíase, o que serviu de base para a fixação de linhas de pesquisa e de métodos organizacionais de ação da própria Rockefeller (PALMER, 1998, p. 311). Ao avaliar a chegada da Fundação Rockefeller na área do Caribe, numa licença ‘artística’, ainda que exagerada, como ele mesmo diz, Steven Palmer (2010, p. 53) compara a Comissão Internacional de Saúde com um parasito que numa oportunidade geopolítica, foi atraído pela existência, ainda que vulnerável, de organismos nacionais e comunidades científicas que lhe pudessem servir de meio de “reproduzir-se” nestas localidades. Tal é o caso da organização dos ‘Servicios’ de Saúde Pública estabelecidos nas Repúblicas Latinas, através do Instituto para Assuntos Inter-Americanos¹⁶⁹.

Numa outra metáfora ‘parasitária’, Palmer realça o caráter dinâmico, cíclico e constantemente transformável do conhecimento científico comparando-o com o ciclo da ancilostomíase nos seres humanos; “o ciclo de vida da lombriga não é unidirecional, ovos e

¹⁶⁸ Ver sobre a história da ciência e da saúde na América Latina, entre outros: FREITES, Y. (Coord.) *La Historia de La Ciencia em America Latina*, *Revista Montalbán*, No.36, Instituto de Investigaciones Históricas de la Universidad Católica Andrés Bello, Caracas.2003; SALDAÑA, Juan José. *Historia Social de las Ciencias em América Latina*; Porrúa/UNAM, México, 1996; HOCHMAN, Gilberto; ARMUS, Diego (Orgs.). *Cuidar, controlar, curar: ensaios históricos sobre saúde e doença na América Latina e Caribe*. Rio de Janeiro, RJ: Editora Fiocruz, 2004; Marcos Cueto. *O Valor da Saúde - História da Organização Pan-Americana da Saúde*. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2007; ARMUS, Diego (org.) *Avatares de La medicalización en América Latina 1870-1970*. Buenos Aires: Lugar Editorial, 2005.

¹⁶⁹ Conforme o relatório – *10 Years of Cooperative Health in Latin America – An Evaluation* - de 1953, o "Servicio é o nome genérico do dispositivo administrativo por meio do qual o IIAA trabalha com as outras repúblicas americanas na execução de assistência técnica ou de programas básicos de economia e desenvolvimento. O Servicio, palavra em espanhol que significa serviço, também é o sinônimo para agências governamentais dos Estados Unidos. O Servicio cooperativo é um bureau ou departamento de um ministério de um governo latino-americano, como o Ministério da Agricultura, da Saúde Pública, ou Educação". (Ten Years... p. ix)

larvas completam diferentes percursos; se dispersa de pessoa para pessoa, dependendo das condições ambientais” (PALMER, 2010, p. 53). A conclusão de Palmer evidencia a circularidade do conhecimento científico sobre esta enfermidade, sua apropriação e revisão sob certas condições, e prenuncia que a circulação de outros conhecimentos estaria a caminho¹⁷⁰. Uma avaliação de proveito unilateral de apropriação pelos norte-americanos do conhecimento produzido fora de seu território seria ideologicamente limitada. Portanto, ao invés da metáfora do ‘parasita’, de Palmer, poderíamos pensar na metáfora simbiótica do mutualismo, em que cada um dos simbiontes, a seu modo, tiraria vantagens da relação estabelecida.

No plano internacional, conforme Pires-Alves e Paiva (2010, p. 153-154), após a II Guerra Mundial acreditou-se que “mediante o uso cada vez mais intensivo de ciência e tecnologia, a humanidade estaria se habilitando a finalmente dominar a natureza, a produzir riquezas em níveis sempre crescentes e a distribuí-las, de forma a eliminar iniquidades”. A preservação da paz e o objetivo de produção e distribuição da riqueza (ainda hoje não atingidos) motivaram a criação da Organização das Nações Unidas (ONU), destinada a promover a colaboração entre os diversos países a ela filiados. Em torno da ONU, como mecanismos associados, foi organizado um conjunto de agências especializadas em áreas estratégicas: “educação, ciência e cultura educação (UNESCO); agricultura e alimentação (FAO); trabalho (OIT); e comércio (OMC), entre muitas outras” (PIRES-ALVES; PAIVA, 2010, p. 153-154). Na área da saúde, a criação da Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1948, fortaleceu a Repartição Sanitária Pan-Americana, rebatizada, em 1958, como Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS)¹⁷¹. Neste período as organizações científicas e/ou acadêmicas estabeleceram relações de parceria entre si, a despeito das tensões e diferentes perspectivas políticas e pragmáticas.

O contexto do esforço de guerra, em que o SESP foi idealizado, e o pós-guerra, portanto, trouxeram o desenvolvimento de novos conhecimentos e tecnologias que impactaram a sociedade abrindo espaços para novos arranjos políticos, econômicos, culturais e científicos, haja vista a profusão de novas aplicações do conhecimento científico em vários

¹⁷⁰ No original: “Another metaphorical figure from parasitic life suggests the dynamic and circulatory character of both science and suffering in the history of hookworm disease. Cyclical, multiple, and ceaselessly changing, the life of the hookworm is not unidirectional; eggs go one way, larva go to other; populations accumulate and subside as hosts and ecologies change. So, too, with the epidemiology of hookworm disease in nineteenth century and those who were on its trail” (PALMER, 2010, p. 53).

¹⁷¹ A Repartição Sanitária Pan-Americana foi criada em 1902 na “2ª. Conferência Internacional da Organização dos Estados Americanos”, como organismo regional especializado em saúde. Sobre a organização da OPAS, ver: LIMA, Nísia Trindade. O Brasil e a Organização Pan-Americana da Saúde: uma história de três dimensões. In: *Caminhos da Saúde Pública no Brasil*. FINKELMAN, Jacobo. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002

domínios da vida cotidiana. Neste sentido, o conhecimento biomédico desenvolvido pelo SESP, no Brasil, e por seus congêneres, nos outros países latinos pactuados com o IIAA, tanto influenciaram como foram potencializados pela parceria geopolítica. Além do progresso científico em si, certamente os avanços das diversas ciências, e a criação de sociedades científicas, tiveram papel de destaque nos processos de *state building* dos Estados latino-americanos. Embora não seja nosso objetivo discutir os meandros da criação e funcionamento de tais comunidades é importante registrar que sua atuação ajustava-se a projetos nacionais e internacionais de desenvolvimento, cuja pauta predominante seria o esforço em direção de uma modernização civilizadora.

Nessa perspectiva, o cenário otimista do pós-guerra em relação ao papel positivo que as ciências poderiam desempenhar como um componente importante no desenvolvimento dos diversos países também se refletia nas ações do SESP. Embora sua atuação visasse à assistência médica preventiva e curativa, o SESP “realizou importantes pesquisas e promoveu inovadoras experiências de administração sanitária” (CAMPOS, 2001, p.175) concomitantemente a seu objetivo original de saneamento de áreas de interesse econômico nacional e internacional. Mesmo porque, para obtenção dos resultados almejados foram necessários investimentos em recursos humanos e financeiros; em desenvolvimento de tecnologias de saneamento; metodologias de assistência e educação sanitária; experimentação de inseticidas (Dicloro-Difenil-Tricloroetano/DDT) e de novas drogas e medicamentos contra a malária e outras endemias que acometiam as regiões atendidas.¹⁷² Além disso, como pontua Campos (2006, p. 127) no caso da produção científica, percebe-se a “importância da atuação profissional dos sanitaristas para a plasticidade dos projetos originais dos estrategistas políticos”, que idealizaram a criação do SESP. Ou seja, o cumprimento de alguns dos objetivos estratégicos iniciais fomentou demandas e negociações locais que ampliaram o raio de abrangência projetado originalmente. Em suma, o impulso ao desenvolvimento científico e a interiorização das medidas sanitárias relacionavam-se ao interesse político do Estado brasileiro que tinha como meta se integrar ao grupo das “nações civilizadas”. Nesse caso, o SESP seria um dos instrumentos para a realização desta meta.

Nas duas fases de sua atuação, entre 1942 e 1960, o SESP mobilizou estratégias que considerava apropriadas para responder aos problemas enfrentados. Campos (2006, p. 206-214) e Bastos (1993, p. 38) avaliam que, embora os programas-pilotos fossem os mesmos para as áreas de atuação (inicialmente no Amazonas e Vale do Rio Doce), foram feitas

¹⁷² Inicialmente o Vale do Amazonas e em seguida o Vale do Rio Doce. Depois o SESP expandiu para outras regiões do Brasil.

adaptações locais. Isto vale para a atuação médica curativa e preventiva, para instalação de equipamentos sanitários, para preparação de pessoal, para implementação de pesquisas relacionadas às endemias locais. A fim de realizar esse ambicioso programa médico-sanitário, o SESP buscou sistematizar uma pedagogia sanitária de intervenção nas comunidades segundo padrões científicos. Neste sentido, preconizava, entre outras transformações, mudanças dos padrões de higiene, da forma de alimentação ou da busca de cura entre rezadeiras e curadores, da tradição do partejamento feito pelas ‘curiosas’. Dessa maneira, a legitimação do conhecimento e das práticas científicas e sua divulgação, seria algo favorável àquele movimento tornando-o aceitável e/ou assimilável. MUELLER (2006, p. 30) avalia que

A crença que autoridades e instituições são legítimas compele as pessoas a aceitar suas decisões e a voluntariamente obedecê-las. Legitimidade é um conceito eminentemente subjetivo, restrito a uma época e lugar e provoca a conformidade. No campo da ciência, legitimação é o processo pelo qual o "legislador" encarregado de zelar pelo discurso científico é autorizado, pela comunidade científica, a prescrever as condições que estabelecem se determinado conhecimento pode ser considerado científico.¹⁷³

É o ‘texto científico’ que o SESP projetou em sua revista, em seus boletins e outras publicações. O mesmo discurso científico divulgado na Revista do SESP foi transposto em forma de disciplinas nos cursos para formação de agentes, visitadoras e outros técnicos menos especializados. Novamente, foi este ‘conhecimento em trânsito’ que se buscou levar à população-alvo, por meio da educação sanitária e da atuação dos agentes e visitadoras. Neste sentido, o título de uma obra organizada por Diego Armus¹⁷⁴ – “*Avatares de la medicalizacion em America Latina 1870-1970*” (2005)¹⁷⁵, nos inspirou à consideração de que o SESP e as atividades de pesquisa, saneamento e educação sanitária empreendidas pelo mesmo podem ser interpretados como ‘*avatares*’ da ciência e de modernidade em regiões brasileiras, anteriormente desprovidas de assistência médica ou sanitária, e cujo abandono pelo poder público explicava as mazelas que as dominavam.

¹⁷³ MUELLER, Suzana Pinheiro Machado. A comunicação científica e o movimento de acesso livre ao conhecimento. *Ci. Inf.*, Brasília, v. 35, n. 2, Aug. 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-19652006000200004&lng=en&nrm=iso Acesso em 31 de Agosto de 2013.

¹⁷⁴ Professor do Swarthmore College em Swarthmore, Penssylvania, EUA. Diego Armus trabalha com história da América Latina com ênfase em questões urbanas e socioculturais. Pesquisa sobre a história de doenças e saúde pública na América moderna. (Atualmente é professor visitante da COC-Fiocruz)

¹⁷⁵ Focando sua atenção em casos de Argentina, Brasil e México este livro enfatiza a necessidade de diálogo entre as ciências humanas, ciências sociais e medicina e ilustra as atuais tendências que marcam a história da saúde. A seleção de textos evoca problemáticas diversas como a representação das epidemias na pintura moderna; sistemas de atenção médica; relação saúde, cultura e política; entre outras.

O SESP e a divulgação de uma cultura científica

O exercício de pensar o SESP a partir do campo da divulgação científica permite compreender como se articulavam, no Serviço, as atividades práticas (medicina curativa e preventiva, educação sanitária e saneamento do meio) com o desenvolvimento de questões técnico-científicas. O comentário do ex-superintendente do SESP, Dr. Nilo Chaves de Brito Bastos¹⁷⁶ é elucidativo:

O progresso espetacular da ciência médica não pode ser feito através da experiência clínica isolada. Há necessidade das pessoas serem informadas sobre essas experiências, para que se tornem receptíveis para a prevenção real e para tratamentos terapêuticos.

Não é preciso, porém, que o cientista pare sua pesquisa para explicar, de modo popular, o significado da descoberta. O cientista e o educador devem contribuir para o avanço da cultura: um, descobrindo a natureza do homem em seu mundo, e o outro, revelando os fatos descobertos, propagando interpretações apropriadas, sugerindo suas aplicações, divulgando conhecimento das questões de medicina e *da ciência naturais* (sic), para a conservação da saúde, para o desenvolvimento da cultura e para o melhor conhecimento da natureza em geral e do homem em particular. (BASTOS, 1963; p. 87)

Para uma avaliação das estratégias de divulgação científica utilizadas pelo SESP, considerando este caráter de sua atuação, tomamos como referência a ‘espiral da cultura científica’, desenvolvida por Carlos Vogt, pesquisador da UNICAMP¹⁷⁷. Embora a discussão sobre divulgação científica apresente de maneira especial a mídia impressa (jornais, livros, revistas) como seu veículo principal, a contribuição de Vogt (2003, 2006), pode abrir caminho para um alargamento dessa discussão. Assim, a partir de uma analogia com a espiral da cultura científica (Vogt, 2003), identificamos as formas de circulação da informação

¹⁷⁶ O médico Nilo Chaves de Brito Bastos pertenceu ao quadro de funcionários do SESP, onde desempenhou diversas funções, entre as quais: Médico Chefe do Distrito Sanitário de Colatina do SESP, Chefe da Seção de Educação Sanitária e Treinamento do SESP, Diretor da Divisão de Educação Sanitária e Treinamento do SESP, Assistente do Superintendente do SESP, Superintendente da FSESP.

¹⁷⁷ Conforme site da FAPESP: Carlos Vogt é pós-graduado em teoria da literatura e literatura comparada pela Universidade de São Paulo, mestre em linguística geral e estilística do francês, pela Universidade de Besançon, na França, e doutor em ciências pela Universidade Estadual de Campinas/Unicamp. Recebeu em 2005 a comenda da Ordem do Mérito Científico, da Presidência da República do Brasil, e o título de doutor honoris causa da École Normal e Supérieure de Lyon, na França. Desde setembro de 2011, ocupa a cadeira 23 da Academia Campinense de Letras. É professor titular na área de semântica argumentativa e coordenador do Laboratório de Estudos Avançados em Jornalismo (Labjor), da Unicamp onde foi reitor no período de 1990 a 1994. Publicou vários livros e inúmeros artigos e ensaios em jornais, revistas em órgãos especializados nacionais e internacionais. É diretor de redação das revistas de divulgação científica ComCiência (<http://www.comciencia.br>) e Pré-Univesp (<http://www.univesp.ensinosuperior.sp.gov.br/preunivesp>). Informação disponível em: <http://www.bv.fapesp.br/pt/pesquisador/4150/carlos-alberto-vogt/> Acesso em julho 2013.

científica veiculadas pelo SESP observando os veículos, os objetivos, os atores envolvidos e as formas de apresentação¹⁷⁸.

Em vista da complexa discussão em torno do conceito de ‘divulgação científica’, para Vogt, a expressão cultura científica, talvez possa expressar melhor os diversos sentidos que são evocados quando se pensa no encontro entre ciência e público, ciência e sociedade, ciência e cultura, interdependentes e imbricados.

Melhor do que alfabetização científica (tradução para scientific literacy), popularização/vulgarização da ciência (tradução para popularisation/vulgarisation de la science), percepção/compreensão pública da ciência (tradução para public understanding/awareness of science) a expressão cultura científica tem a vantagem de englobar tudo isso e conter ainda, em seu campo de significações, a idéia de que o processo que envolve o desenvolvimento científico é um processo cultural, quer seja ele considerado do ponto de vista de sua produção, de sua difusão entre pares ou na dinâmica social do ensino e da educação, ou ainda do ponto de vista de sua divulgação na sociedade, como um todo, para o estabelecimento das relações críticas necessárias entre o cidadão e os valores culturais, de seu tempo e de sua história (VOGT, Carlos; 2006, p. 24).

A inserção da ciência na vida das pessoas, portanto, se materializa cotidianamente, “perpassando sua cultura e suas mentes” (ARAÚJO, 2003, p. 74) podendo-se dizer de uma “ciência e culturas emboladas”.¹⁷⁹ A ciência, entendida como um artefato sociocultural, está vinculada à sociedade que a inspira e que nela também se reflete. Diante da inserção cada vez mais sedutora e penetrante da ciência nas experiências do dia-a-dia, mesmo que grande parte das pessoas somente conheça/reconheça o seu caráter utilitário, o modelo de Carlos Vogt (2003) sobre uma espiral da ‘cultura científica’ estimula a reflexão.

O pesquisador imagina uma espiral da cultura científica dividida em quatro quadrantes (ver figura abaixo), em que se poderiam visualizar categorias de conhecimentos e atores envolvidos na produção e divulgação da ciência. Segundo Vogt (2003)

A idéia é que a representássemos em duas dimensões evoluindo sobre dois eixos, um horizontal, o do tempo, e um vertical, o do espaço, e que pudéssemos estabelecer não apenas as categorias constitutivas, mas também os atores principais de cada um dos quadrantes que seu movimento vai, graficamente, desenhando e, conceitualmente, definindo.

¹⁷⁸ São muitas as definições para Divulgação científica, e múltiplos os entendimentos sobre seu sentido. Poderíamos ter optado por outras concepções para o exercício que se propõe, trabalhando com termos como *disseminação* e *divulgação* do conhecimento científico construído. Entretanto optamos por uma perspectiva a fim de evitarmos incoerências.

¹⁷⁹ Título de capítulo do livro ‘Ciência e Público’ cujo texto é “resultado de reflexões da equipe de profissionais da Casa da Ciência – Centro Cultural de Ciência e Tecnologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro. In: MASSARANI, L., MOREIRA, I. C. e BRITO, F (org.) *Ciência e Público: caminhos da divulgação científica no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 2002; p.165.

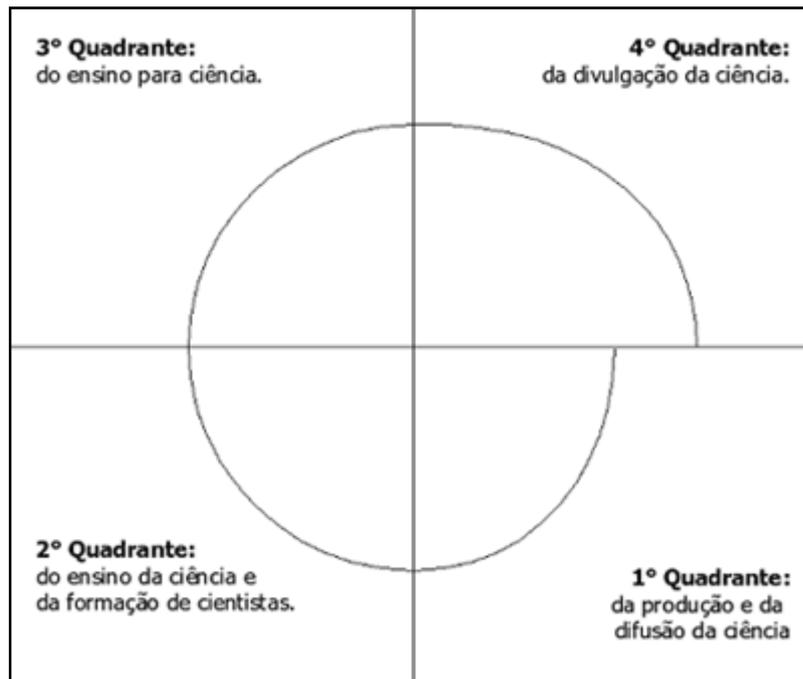


Figura 2- Espiral da Cultura Científica¹⁸⁰ - Fonte: Revista Eletrônica ComCiência, n° 45, julho 2003

No primeiro quadrante, visualiza-se o espaço e o tempo de produção e da circulação do conhecimento científico entre os cientistas; no segundo e terceiros quadrantes, configuram-se os diversos mecanismos de ensino da e para a ciência e formação de cientistas; finalmente, no quarto quadrante, é identificada a divulgação científica ampliada para um público mais diversificado e leigo. Ou seja, no primeiro quadrante a divulgação científica se dá entre pares/especialistas, e os cientistas seriam os emissores e os destinatários; no segundo quadrante, cientistas e professores dirigem-se a estudantes em geral; no terceiro quadrante, configura-se uma ampliação de divulgadores (cientistas, professores, diretores de museus e animadores culturais da ciência) e público (estudantes e público jovem mais amplo); finalmente, no quarto quadrante os emissores seriam jornalistas e cientistas e os destinatários seriam constituídos pela sociedade em geral.

Segundo o autor, a espiral da cultura científica “cumprir o ciclo de sua evolução, retornando ao eixo de partida”, sem recuar, contudo, ao mesmo ponto inicial de sua trajetória. Deste modo, expande-se tanto o conhecimento quanto a participação de distintos sujeitos no processo dinâmico da produção e divulgação da ciência e de sua relação com o público. De acordo com Vogt, “em não havendo descontinuidade no processo, sua chegada ao ponto de partida abre um novo ciclo de enriquecimento e de participação ativa dos atores em cada um

¹⁸⁰ Figura 1 ilustra o artigo A Espiral da Cultura Científica, e está disponível no endereço: <http://www.comciencia.br/reportagens/cultura/cultura01.shtml>

dos momentos de sua evolução” (2005, p. 11). O esclarecimento de Carlos Vogt sobre a natureza inacabada de sua espiral, que “cumprir o ciclo de sua evolução, retornando ao eixo de partida”, porém, de certa forma, reinventando-se pela incorporação de novos elementos, é instigante. Não se tratando de volta a um exato ponto original, o retorno então se pautará em diferenças, ou no que é inédito num dado tempo e/ou lugar. No caso do SESP, como foi dito acima, é possível observar que o conhecimento produzido e/ou incorporado de outras fontes (referente ao primeiro quadrante), será redirecionado, por adaptação aos atores do quarto quadrante (no caso, agentes e visitadoras), para enfim chegar transformado ao grande público (população-alvo).

Aplicando-se o modelo às atividades ‘sespianas’ temos, no primeiro quadrante, a divulgação das pesquisas e experimentos realizados entre cientistas (médicos sanitaristas e de outras especialidades, engenheiros e outros profissionais). Dois veículos principais de divulgação podem ser identificados pelos relatórios da agência: 1) a *Revista do SESP*, que será apresentada mais à frente; e 2) a participação dos técnicos-pesquisadores em fóruns específicos. Nesse segundo caso, muitos dos trabalhos e artigos divulgados pela *Revista* também foram apresentados em congressos e conferências de instituições científicas realizados no Brasil ou no exterior, como por exemplo, em diversas edições do Congresso Brasileiro de Higiene; no I Congresso Interamericano de Medicina, reunido no Rio de Janeiro, em setembro de 1946; e no I Congresso Interamericano de Engenharia Sanitária, reunido em Santiago, Chile, de 8 a 15 de abril de 1948. Sobre a importância profissional dos congressos científicos Lopes (2012, p.1) avalia que os congressos científicos, desde o século XIX, refletiram a profissionalização e internacionalização das ciências, e se constituíram em “*loci* especiais para se compreender e acompanhar a circulação de pessoas, idéias e práticas científicas e tecnológicas, bem como mapear as relações assimétricas que marcaram tais encontros”¹⁸¹. De outro lado, George Foster (1985, p. 189) registra que para os especialistas/pesquisadores “o mundo das pesquisas, as solicitações para atuar como consultores, os congressos nacionais e internacionais a que são enviados” funcionam como símbolos significativos de mérito e competência. Nos dois sentidos os ‘pesquisadores sespianos’ se destacaram e deixaram contribuições valiosas no campo das pesquisas biomédicas.

¹⁸¹ LOPES, M. M. 2012. "L Entre símbolos e cores: dinâmicas internacionais dos Congressos de Geologia", Trabalho apresentado em 13º Seminário Nacional de História da Ciência e da Tecnologia, SBHC. In 13º Seminário Nacional de História da Ciência e da Tecnologia, SBHC. São Paulo

No segundo quadrante da espiral de Vogt, tem-se uma situação em que cientistas e professores dirigem-se a estudantes. O exercício demandado para identificação da atuação do SESP nesse quesito requer um olhar mais abrangente sobre essas categorias conceituais. No entanto, para não perder o foco principal, consideraremos o campo do ensino/formação de pessoal como aquele do encontro entre os atores que nos interessam: o SESP, seus técnicos, e os alunos em potencial. É reconhecida a atuação do Serviço Especial de Saúde Pública na formação de pessoal habilitado para as diversas funções relacionadas com o atendimento ao público, com o estudo das endemias, com o desenvolvimento das demandas da engenharia sanitária dentro dos padrões científicos aceitos na época. Muitos técnicos de nível superior (especialmente nas áreas de saúde pública, clínica médica, administração de escolas de enfermagem, operação de serviços de água e esgotos, serviços de odontologia, higiene industrial) receberam bolsas de estudo para especialização em universidades dos EUA e outros tantos foram capacitados em escolas e universidades brasileiras¹⁸² (SILVA; MORAIS, 1948, p. 823). Os mesmos técnicos recém-especializados também se tornaram formadores de novos quadros; muitos cursos foram realizados nas áreas de atuação do ‘Serviço’ para a formação de funcionários cuja função era perpassada pela necessidade de domínio de determinados conhecimentos científicos: educadores sanitários, agentes sanitários e visitadoras, laboratoristas, atendentes, higienistas dentários, auxiliares para hospital, auxiliares de saneamento, topógrafos, universitários em estágios, entre outros (BASTOS, 1993, p. 380-399).

Ou seja, os técnicos do SESP foram ao mesmo tempo professores e alunos, num movimento de divulgação de suas experiências e de especialização e de formação. Os meios, nesse caso, compreendem as universidades e os diversos cursos frequentados e/ou oferecidos e apoiados pelo pessoal do SESP. É curioso o depoimento¹⁸³ de um antigo funcionário, dentista do SESP, no Vale do Rio Doce: ele compara a Unidade do SESP em Governador Valadares com uma pequena universidade – a “Universidade do SESP” – pois segundo ele, muitos cursos foram realizados na cidade, com pessoas do lugar e vindas de fora, inclusive estrangeiros.

A configuração de divulgadores é ampliada no terceiro quadrante; além dos cientistas e professores, novos atores são incluídos: diretores de museus e animadores culturais da

¹⁸² Entre as instituições brasileiras, que se conveniaram com o SESP, destacam-se o Departamento Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde; a Faculdade de Higiene da Universidade do Estado de São Paulo e a Escola de Enfermagem do Estado de São Paulo; o Curso de Engenharia Sanitária da Faculdade de Higiene, diversos cursos de enfermagem em Minas Gerais, na Bahia, em Pernambuco e outros estados (BASTOS, 1993, p. 451-463).

¹⁸³ Entrevista com o Dr. Hermírio Gomes da Silva em 29 de maio de 2008. Entrevistado apresentado no capítulo 1.

ciência. Igualmente expande-se o público que envolve, além de estudantes, um público jovem mais amplo. No caso do SESP, podemos dizer do preparo e atuação de pessoal externo, intermediário entre pesquisadores (pessoal de nível acadêmico superior) e um público paralelo ao diretamente atendido pelo SESP. Os ‘animadores culturais da ciência’ são profissionais não pertencentes à agência, mas que dela receberam formação adequada em cursos especiais para “assegurar o maior êxito dos programas de saúde das comunidades” (BASTOS, 1993, p. 371) que o SESP atendia. Esse grupo de profissionais seria o composto por professoras primárias das comunidades atendidas e o público por seus alunos, crianças e adolescentes.

Num contexto em que “a infância e a adolescência traduziam-se em problemas sociais a serem enfrentados pela ciência” (ABREU, 2010, p. 206) o SESP entendia que era preciso “multiplicar os educadores a fim de obter uma difusão mais ampla da nova mentalidade que se formava” (BASTOS, 1993, p. 371), ressaltando-se que essa nova mentalidade passava pela aceitação dos novos padrões de higiene e saúde definidos pela medicina científica. Segundo Bastos (1993) reconhecia-se que

A escola primária, como fonte de conhecimentos, exerce uma grande influência sobre os líderes e grande parte da população a que serve, tornando-se assim o centro irradiador para os lares e a comunidade em geral (BASTOS, 1993, p. 333).
A professora como um agente educacional privilegiado, dada a sua influência nas novas gerações, poderia se transformar em um dos mais poderosos instrumentos de desenvolvimento dos programas de saúde comunitária (BASTOS, 1993, p. 371).

O objetivo geral dos cursos realizados para os professores nas várias regiões de atuação do SESP era aumentar o conhecimento sobre saúde e melhorar os métodos de ensino nas áreas rurais numa perspectiva de formação profissional mais abrangente e de estabelecimento de uma melhor aproximação e cooperação entre a escola primária, o lar, a comunidade e a unidade de saúde. Bastos (1963, p. 182) avalia que a contribuição da escola dependeria da formação e treinamento de professores para as responsabilidades em Educação Sanitária. Portanto, seria preciso incluir, nos cursos de preparação, disciplinas que subsidiassem a conscientização sanitária dos próprios professores para que sua atuação tivesse base científica. É o que revela o programa do Curso de Higiene para professoras de Higiene das Escolas Normais Oficiais do estado de Minas Gerais, realizado na cidade de Belo Horizonte, em 1950. Este curso incluiu as seguintes disciplinas: Biologia, Nutrição, Higiene Materna, Higiene Infantil, Educação Sanitária Escolar, Estatística Vital, Saneamento, Higiene Mental, Saneamento, Epidemiologia Geral, Parasitologia, Bacteriologia, Tuberculose, Lepra, Doenças Venéreas, e outras correlacionadas (Boletim do SESP, maio-julho 1950; BASTOS,

1993, p. 373). Por meio da utilização de recursos pedagógicos adequados e da apresentação de conteúdos de maior densidade pelos professores (emissores e meios), esperava-se, como resultado, que os ‘escolares’ (público) pudessem também aumentar seu conhecimento e adquirissem bons hábitos de saúde e higiene.

Para enfim relacionar a configuração do quarto quadrante da espiral de Vogt, em que “os emissores seriam jornalistas e cientistas e os destinatários seriam constituídos pela sociedade em geral”, com o contexto da atuação do SESP, tomaremos como público aquele intencionado como alvo pelo Serviço e, como emissores, os agentes (auxiliares de saneamento ou guardas sanitários) e visitadoras sanitárias, por sua vez orientadas e supervisionadas pelos técnicos superiores. Os meios, aqui, são as distintas atividades de Educação Sanitária realizadas pelos agentes e visitadoras no intuito de divulgarem os preceitos científicos de higiene e saúde que visavam substituir os hábitos tradicionais vivenciados pela população das áreas atendidas. O SESP sempre reconheceu a Educação Sanitária como uma atividade básica de seus planos de trabalho e atribuía a responsabilidade das tarefas educativas, junto aos indivíduos ou aos grupos nas comunidades, a todo pessoal envolvido nas atividades de saúde e saneamento: médicos, pessoal de enfermagem e de saneamento. Entretanto, a falta de pessoal de enfermagem, especialmente, remeteu o SESP à organização e execução de programa e cursos de educação sanitária para preparo de pessoal com formação secundária ou ‘curso normal’ (visitadoras sanitárias e agentes de saneamento) para “completar as equipes técnicas distritais, sediadas em sua maioria a zona rural” (SILVA et al., 1954, p. 498). A atuação das visitadoras e dos agentes sanitários tornou-se uma das marcas do SESP nas comunidades em que atuava, e estes profissionais verdadeiros mensageiros de hábitos higiênicos de caráter científico.

À vista do exposto, a metáfora dos avatares, inspirada em Armus (2005), nos pareceu apropriada para pensar a questão da divulgação da ciência para além daquele significado que costumeiramente lhe é atribuído: transformar o saber científico em linguagem palatável para um público leigo. O que se procurou enfatizar por meio dessa metáfora foi a associação entre ciência, sociedade e práticas socioculturais, no sentido de que o desenvolvimento da ciência moderna veio acompanhado de práticas, ou de uma ‘cultura científica’, como sugere Carlos Vogt (2003), que colocou esse conhecimento ao alcance da vida cotidiana. No caso do SESP, tal cultura científica teve repercussões e influenciou a forma viver e (re)pensar o mundo tanto da população-alvo como dos seus ‘divulgadores’.

Carlos Vogt (2003, p.5) esclarece que cada um dos quadrantes pode, além da distinção originalmente apresentada, caracterizar-se “por um conjunto de elementos que, neles

distribuídos, pela evolução da espiral, contribuem também para melhor entender a dinâmica do processo da cultura científica”. No caso do SESP, os emissores, os meios e os públicos identificados nos quatro quadrantes poderiam se ajustar às questões da divulgação de princípios sanitários científicos e das práticas relacionadas à saúde e à higiene, porém, ainda devem-se levar em conta as possíveis tensões, ou em uma analogia econômica, os deságios. A questão epistemológica (paradigmas de ciência/educação/saneamento/saúde) indica os fundamentos teóricos norteadores das atividades de pesquisa e produção científica do Serviço Especial de Saúde Pública e as técnicas, métodos e meios de intervenção consistem nos equipamentos da ação saneadora capitalizada pela primeira, então, estreitamente interligadas. Neste sentido, em nossa perspectiva, veremos a aproximação entre o primeiro e os demais quadrantes propostos por Carlos Vogt: o conhecimento produzido e divulgado pelos sujeitos incluídos no primeiro quadrante (cientistas) chega transformado, é verdade – especialmente ao terceiro (professores) e ao quarto quadrante (agentes e visitadoras e/ou educadores sanitários como divulgadores e população-alvo como receptora); mas de toda forma, é garantida sua circularidade.

Em vista da complexidade que envolveria uma discussão mais aprofundada sobre cada um dos possíveis meios ou instrumentos de divulgação, e dos seus respectivos públicos, identificados anteriormente, a partir dos quadrantes da espiral de Carlos Vogt, elegemos a *Revista do SESP* e o Programa de Educação Sanitária, referentes às duas pontas da espiral, como o primeiro e o quarto quadrante respectivamente, para uma apresentação mais circunstanciada.

A divulgação por meio dos veículos de comunicação de massa

Segundo Bastos (1993, p. 443),

uma das dificuldades encontradas pelos técnicos nacionais para desenvolver suas atividades no campo da saúde pública, foi a falta de disponibilidade de literaturas especializadas nos diferentes setores da medicina, enfermagem, engenharia, educação e outros.

Para resolver esta situação, o SESP desenvolveu projetos especiais para obtenção de material de caráter científico, técnico e administrativo, relacionados à saúde pública e afins. Recorrendo a instituições norte-americanas, à Organização Mundial de Saúde (OMS) e à Oficina Sanitária Panamericana (OPAS) obteve-se material impresso (livros, revistas,

periódicos, boletins) e outros meios de divulgação. Para facilitar o acesso a este material, algumas providências precisaram ser tomadas, tais como: a organização de bibliotecas¹⁸⁴ e a tradução de publicações americanas (pela importância da obra e/ou pela falta de conhecimento da língua inglesa pelos técnicos nacionais).¹⁸⁵ Em 1944, por exemplo, a publicação “Atualidades Médico-Sanitárias” incluía artigos estrangeiros traduzidos por técnicos do próprio Serviço e tinha por finalidade facilitar aos médicos do Serviço e outros interessados o acesso às últimas novidades em saúde pública. Esta publicação é apresentada pelo Dr. Orlando José da Silva, assistente técnico da Divisão de Educação Sanitária, em artigo do Boletim do SESP, que reproduz trechos de uma entrevista sua à imprensa carioca:

Outra publicação nossa é o boletim mimeografado “Atualidades Médicas Sanitárias”, também mensal, com artigos de revistas científicas, especialmente sobre saúde pública e educação sanitária; é distribuído aos nossos médicos, Departamentos de Saúde dos Estados e aos interessados que o solicitarem. Os artigos mais recentes são os que vêm em micro-filmes dos Estados Unidos, por via aérea, por intermédio do Coordenador de assuntos Inter-Americanos, extraídos da publicação “Medical Newsletter”, e que aqui são traduzidos. Graças à rapidez do processo, o boletim “Atualidades Médico-Sanitárias” está em condições de divulgar sempre as últimas novidades na matéria (Boletim do SESP, n. 25, agosto de 1945. p. 10-11)

A Divisão de Educação Sanitária, a partir de 1953, também ficou responsável pela produção de material de divulgação e instrumentos educativos, para um público mais amplo, que atingia os funcionários: técnicos auxiliares – agentes sanitários, visitadoras, colaboradores; além da população-alvo. Por exemplo, para auxiliar a preparação dos funcionários sem formação superior, nas diversas áreas, o SESP publicou algumas obras de referência, como manual de Saneamento; manual de Educação Sanitária; manual de Enfermagem, Legislação e Assuntos Correlatos; manual de Exercícios de Estatística Médica; manual para Formação de Técnicos e Treinamento de Pessoal (Dez anos de atividades, 1942-1952).

¹⁸⁴ Conforme Bastos (1996, p.443-444), foi proposta a organização de uma biblioteca central no Escritório do Serviço, no Rio de Janeiro, dotada de obras de saúde pública, selecionadas e atualizadas, constando de livros, revistas, periódicos, boletins, destinados não somente aos técnicos do próprio Serviço, mas também aos de outras instituições, oficiais e particulares interessadas nos assuntos da área de saúde pública. Além disso, também foram propostas: a organização de pequenas bibliotecas em todas as sedes dos antigos Programas e até em unidades locais de maior porte; a organização de biblioteca especializada no Instituto Evandro Chagas, em Belém, para atender, principalmente às necessidades dos pesquisadores do Instituto e a organização de uma biblioteca na Escola de Enfermagem de Manaus.

¹⁸⁵ Dentre outras obras traduzidas, Bastos (p. 444-445) lista: Administração sanitária nos Estados Unidos – Smillie W.G.; Medicina Preventiva e Saúde Pública – Smillie, W. G. e Armstein, M. G.; Problemas de Higiene Industrial no Brasil – Bloomfield J.J.; Malaria Prática – Russel, P. F. West e Manwell, L.S., E.D.; Educação Sanitária do Público – Buaer e Hull; Alimentação, Nutrição e Saúde – Mac Collum, E.; Programa educativo de Escolas de Enfermagem – Stewart, M.; Profilaxia das Doenças Transmissíveis, 1950 – Anderson, G. W. e Armstein, M. G.; Manual de Dietética Terapêutica, 1955 – Sprage, Eleonor M.; Projetos para Estações de Tratamento de Água. Manual Técnico da associação Americana de Engenharia Civil; Abastecimento e Purificação da Água, 1955 – Hardenberg, W.A.

Direcionado aos funcionários, o *Boletim do SESP*, publicado mensalmente desde 1944, era “um registro do que se verificou em todos os setores do Serviço, com artigos de colaboração sobre temas gerais de saúde” ¹⁸⁶ (Boletim do SESP, n. 24, 1945, p. 10). Cardoso (2009, p. 91 e 174-175) avalia este Boletim como porta-voz da agência por difundir sua política e diretrizes gerais entre os funcionários, especialmente; mas também por ser uma via de comunicação com autoridades locais e nacionais que, por meio dele, tomavam conhecimento das atividades realizadas, discussões em foco, visitas de profissionais de saúde e saneamento a municípios atendidos, orientações sanitárias, entre outros assuntos relacionados aos programas desenvolvidos. Cardoso (2009) também sugere que o Boletim do SESP, constituído como um “veículo informativo”, logo se transformou num “importante instrumento educativo, procurando dotar seus leitores, na maioria funcionários e auxiliares, de informações que os tornassem elementos multiplicadores e, ao mesmo tempo, defensores” (CARDOSO, 2009, p. 174) da política, dos fundamentos, da organização administrativa, e do modelo de saúde pública preconizados pelo SESP.

Para a divulgação de medidas higiênicas, cuidados sanitários, orientações de saúde, entre a população-alvo, no início de suas atividades, o SESP utilizou meios diversos, como cartazes, folhetos, filmes, obtidos externamente à agência. Alguns foram fornecidos pelo Serviço Nacional de Educação Sanitária do Departamento Nacional do Ministério de Educação e Saúde, e outros foram obtidos em várias entidades nacionais, como o SAPS (Serviço de Alimentação da Previdência Social) e o Departamento Nacional da Criança. Também se traduziram publicações do Metropolitan Life Insurance Co. ou do American Co, dos Estados Unidos (BASTOS, 1993, p. 343).

Aos poucos, a Divisão Sanitária começou a produzir seu próprio material visando principalmente as populações rurais. Para este público, os cartazes eram feitos de maneira simples, com o objetivo de ensinar o povo a proteger-se contra as doenças mais frequentes no interior. Também se preparavam folhetos, resumindo os ensinamentos mais atuais sobre determinadas moléstias (Boletim do SESP, n.25, p. 10). Os folhetos e/ou panfletos eram distribuídos em complementação a outras atividades, como contatos individuais, reuniões, visitas e palestras. Os cartazes eram afixados em locais de maior visibilidade – como escolas, clubes, restaurantes, além da unidade sanitária local – e eram também encaminhados para outros serviços oficiais e particulares (BASTOS, 1993, p. 344).

¹⁸⁶ Antes da organização oficial da Divisão de Organização Sanitária (1953) o Boletim era produzido pela Divisão de Educação Sanitária, antecedente daquela.

Nos primeiros anos, os técnicos do SESP avaliaram que o baixo índice de alfabetização da população-alvo, tanto no Amazonas como no Vale do Rio Doce, limitavam o efeito dos cartazes e folhetos, ou seja, da informação escrita. Para resolver este impasse optou-se pela utilização também de outros veículos. Bastos (1993, p. 343) explica que inicialmente pensou-se em “imprimir feição nova aos meios utilizados, empregando-se meios modernos de divulgação científica mais adequados às reais necessidades do meio rural e às condições de vida do homem do interior”. Para tanto, o então diretor do recém-criado Programa (Divisão) de Educação Sanitária, em 1944, o Dr. Marcolino Gomes Candau com a ajuda do antropólogo Charles Wagley, organizou uma equipe formada de especialistas, redatores, técnicos de educação, de cinema e de radiodifusão que, auxiliados por técnicos da área de saúde, passaram a desenvolver um programa de preparação de meios áudios-visuais, para “sensibilizar a opinião pública, as autoridades e líderes sobre os problemas de saúde de suas comunidades e encorajá-los a procurarem as abordagens mais indicadas para resolvê-los” (BASTOS, 1993, p. 343). O antropólogo considerava que os materiais deveriam “ser adaptados aos hábitos locais e preparados de forma compreensível para o grupo visado” (WAGLEY, 1945, p. 7), porém preocupava-se com os custos elevados para algumas propostas, como por exemplo, o uso do cinema:

À primeira vista, o cinema poderia parecer o melhor método. É, porém muito caro – o Institute of Inter-American Affairs contratou com Walt Disney a produção de cerca de dez filmes sobre saúde, muitos dos quais já foram terminados e estão sendo exibidos no Brasil. Esses filmes são excelentes, mas há apenas um Disney e cada filme custa a bagatela de 600.000 cruzeiros. Em vez de cinema, pois, estamos usando ‘slide sounds’ - dispositivos coordenados com equipamento de som. O processo sai barato, com escritores, fotógrafos e locutores profissionais. O custo total da produção de 20 cópias de cada programa ao excede de 10 mil cruzeiros. Com a produção local, pudemos fazer programas imediatamente adaptáveis a problemas locais, usando costumes, maneiras de falar e cenas locais (WAGLEY, 1945, p. 7)

A produção dos slide sound foi uma novidade no Brasil, como também nos Estados Unidos. Embora Walt Disney tivesse mobilizado a técnica dos seus estúdios para a produção de filmes sobre saúde pública, não os tinha utilizado. No Brasil, ficaram conhecidos como “lanterna mágica sonorizada”. As cenas eram fotografadas ou desenhadas pelos técnicos do SESP e apresentadas sucessivamente compondo uma história, cuja projeção em postos de saúde, escolas, barracões, praças, acompanhava-se de sons e vozes gravadas num disco. Embora fizesse sucesso nas comunidades rurais, estas projeções não eram do agrado de adolescentes e adultos dos agrupamentos de localidades mais desenvolvidos, provavelmente

pela monotonia da imagem fixa, em comparação com a dinâmica do cinema (BASTOS, 1993, p. 346).

As temáticas dos slides sounds acompanhavam os programas desenvolvidos e procuravam levar informações de cunho científico ao público atendido. Dentre vinte e sete produções listadas por Bastos (1993, p. 514), citamos os títulos: Opilação; Malária; Maria pernilonga; Enfermeira diplomada; Alimentação I e II; Vacinação; Matem as moscas; Nasce uma criança; A visitadora; Defesa contra as doenças; observando sua vinculação com as temáticas das pesquisas e/ou experimentos operacionais desenvolvidos pelo SESP.

Houve ainda uma tentativa de utilização do rádio para divulgação de conselhos e informações sobre saúde. Em julho de 1945, em cooperação com o Serviço De Radiodifusão Educativa do Ministério de Educação e Saúde, inaugurou-se o programa semanal “Rádio Teatro de Saúde”. Foram produzidos 26 programas, mas o resultado não foi favorável, entre outras razões, porque o número de aparelhos era reduzido; as emissoras eram, em geral, de baixa frequência; faltava energia elétrica em muitas comunidades (BASTOS, 1993, p. 345).

Na avaliação de Bastos (1993, p. 342), o subsídio das Ciências Sociais na organização dos programas do SESP potencializou a utilização e métodos de comunicação de massa, como os descritos acima. Entendia-se que poderiam contribuir “não somente no domínio da grande informação, mas também no campo do ensino”. Ainda segundo o autor, no campo da saúde, os métodos de comunicação de massa ganharam simpatia pela oportunidade de realização de campanhas com o propósito de “esclarecer as populações sobre problemas de saúde, divulgar conceitos de higiene, sensibilizar as pessoas para aceitarem e participarem das práticas de vacinação contra certas doenças, etc.” Bastos reconhecia que nem todo profissional da saúde, talvez por desconhecimento dos princípios básicos da aprendizagem, dava a devida atenção à metodologia para utilização de tais métodos; a simples informação neste caso, desconectada das necessidades e interesses dos indivíduos, não provocava a mudança de comportamento que se pretendia influir

O diálogo com a sociedade e a divulgação das ações do SESP, bem como de orientações quanto à higiene, saúde e saneamento, se dava também através de jornais e revistas para grande público, tanto nas localidades de atuação da agência, como em outras localidades. Cardoso (2009, p. 177-178) cita, por exemplo, o jornal *Folha Carioca* (do Rio de Janeiro, na época o Distrito Federal), e revista de circulação nacional¹⁸⁷, que apresentaram

¹⁸⁷ No caso, possivelmente Cardoso se refere à Revista O Cruzeiro, que trouxe o artigo "Doutores, Curiosas e Práticos", assinado por Gilberto Freire, em 21 outubro de 1950. Cf. Bastos, 1996, p. 180; e GASPAR, Lúcia e BARBOSA, Virgínia (2010, p. 8) GILBERTO FREYRE, JORNALISTA: UMA BIBLIOGRAFIA. Disponível em:

matérias sobre o SESP e suas diretrizes ou orientações para a saúde pública. Localmente, no caso do Vale do Rio Doce, especialmente em Governador Valadares, é possível verificar a publicação de matérias alusivas às atividades do SESP, e reprodução de orientações advindas de seu material ‘pedagógico’ no semanário “Voz do Rio Doce”, que circulou na cidade entre 1945 e 1948¹⁸⁸. Ressalte-se que o semanário era francamente pró-SESP, e qualquer crítica era respondida veementemente por seu articulista. Citamos aleatoriamente alguns títulos de notícias veiculadas: Clube de Saúde (p. 01) em 29/09/1946; Centro de Saúde de Governador Valadares (p. 3), em 26/01/1947; Escola de Visitadoras (p. 01), em 27/07/1947. O Semanário possuía uma coluna intitulada *Preceito do dia*, em que reproduzia orientações de saúde divulgadas pela Secretaria Nacional de Educação Sanitária (SNES), de cujas orientações médico-sanitárias o SESP não se distanciava. Por exemplo, o preceito do dia 09/03/1947, bem apropriado para o calor característico da cidade.

Título: O Preceito do Dia (p. 02)

Falta d’água no organismo

A água é absolutamente indispensável ao organismo. A sede, sinal de que o organismo sente falta desse líquido, deve ser saciada, exatamente como acontece com o sono e a fome. *Beba água sempre que tiver sede. Evitará, assim, as conseqüências desagradáveis de sua falta no organismo* - SNES (Jornal Voz do Rio Doce 09/03/1947, p. 02)

O breve apanhando sobre os veículos de divulgação utilizados pelo SESP indica que a agência preocupou-se em criar através deles uma identidade ‘sespiana’ entre seus próprios funcionários, ao cuidar da publicação de notícias legitimadoras do acordo bilateral que mantinha o SESP; de notícias sobre as novidades profiláticas experimentadas, dos resultados positivos de suas atividades médico-sanitárias; do aumento do número de comunidades atendidas; dos diversos cursos organizados para médicos, engenheiros sanitários, agentes e visitadoras, laboratoristas, atendentes, entre outros profissionais. De fato, estes veículos disseminadores constituíram-se numa vitrine espelhada do Serviço, tanto internamente à agência como no ambiente externo. De acordo com Bastos (1993, p. 349-350), especialmente “o material audiovisual preparado pelo SESP, teve ampla repercussão dentro e fora do país”, sendo inclusive solicitado por entidades estrangeiras. Ao destacar no Boletim, nos slides sounds, nos folhetos e cartazes, nos filmes, etc., (espelhos) suas ações e premissas (vitrine) o

http://www.fundaj.gov.br/geral/2010anojn/GILBERTO_Freyre_Jornalista_Levant.Bibliogr.15.3.2010.pdf.

Acesso em agosto 2013.

¹⁸⁸ O Semanário era declaradamente favorável à atuação do SESP, e teve um dos seus funcionários (Dr. Hermírio Gomes da Silva/odontólogo) como editor/diretor.

SESP chama a atenção dos leitores e público assistido, na perspectiva da reprodução de seu teor e no efeito de multiplicação.

A Revista do SESP e a ciência produzida e divulgada entre pares

Neste contexto, a publicação da *Revista* respondia à necessidade de preencher a lacuna sobre ‘informação sanitária’ ressentida pelos técnicos do Serviço. A *Revista do SESP* (a partir de 1947 até 1984) ¹⁸⁹publicava artigos assinados por técnicos, pesquisadores e colaboradores do Serviço, sobre conceitos e metodologias relacionados à gênese, à natureza e à atuação da agência, intercalados por relatos de experimentos e projetos e seus resultados. De fato, uma verificação sobre os autores dos artigos mostra que cada qual publicou de acordo com sua *expertise* e conhecimento. Assim, por exemplo, pesquisadores médicos publicaram sobre parasitoses, entomologia, organização sanitária e hospitalar; engenheiros sanitários sobre serviços de abastecimento de água e esgotamento sanitário; dentistas publicaram sobre problemas de sua área; economistas discutiram estatísticas; sociólogos, mas também médicos discutiram educação sanitária.

A *Revista*, que tinha grande aceitação dentro do País e no exterior, era distribuída gratuitamente aos centros de saúde do SESP; aos órgãos do Ministério da saúde; às Secretarias de Saúde dos Estados, Municípios e Territórios; às bibliotecas dos estabelecimentos de ensino relacionados com o setor saúde; às Universidades, institutos de pesquisa científica e às instituições estrangeiras ou internacionais da saúde (*Revista do SESP*, v. 29, n.2, 1984). O direcionamento da Revista poderia ser vinculado tanto ao primeiro como ao segundo quadrante da espiral de Carlos Vogt, pois tanto atingia o público composto por pesquisadores de diversas áreas (poderíamos dizer, a comunidade científica) como se direcionava à formação de estudantes e/ou técnicos também de diversas especialidades (segundo quadrante). Em outras palavras, a Revista do SESP “traduzia” os saberes da ciência para a comunidade de técnicos e profissionais envolvidos nas atividades da agência e também para fora dela. Neste caso, para a comunicação científica entre estes atores a questão da linguagem não seria problemática, e mesmo que surgissem discordâncias metodológicas ou de perspectiva etiológica, por exemplo, a divulgação e o debate científico não estariam comprometidos.

¹⁸⁹ Nesta data, o SESP já havia sido incorporado ao Ministério da Saúde (desde 1960) como Fundação SESP.

No primeiro número, a *Revista* anunciou a pretensão de ser intérprete e divulgadora de “trabalhos inéditos ou já publicados no Brasil ou fora dele”, referentes às atividades do Serviço, e que divulgaria informações sobre os trabalhos dos seus pesquisadores e técnicos, bem como dos de outras instituições associadas (*Revista do Serviço Especial de Saúde Pública*, ano I, n. 1, Rio de Janeiro, 1947, p. 1-2). O prefácio do primeiro número da *Revista* enfatizava:

Escreveu um educador estadunidense, Joy Elmer Morgan, que a civilização tem seu progresso impelido por três homens: o administrador, que organiza e executa; o investigador que experimenta e descobre; e o intérprete, que torna os propósitos do administrador e os resultados do trabalho do investigador, propriedade comum do povo (*Revista do Serviço Especial de Saúde Pública*, ano I, n. 1, Rio de Janeiro, 1947, p. 1-2).

A *Revista* de junho de 1961 (Tomo XI, n. 2) apresenta um índice geral dos trabalhos publicados até então, podendo-se conferir a variedade de temas e sua relevância.¹⁹⁰ O mapeamento das temáticas, realizado pela própria *Revista*, revela as demandas e os esforços do SESP tanto para buscar soluções para os problemas enfrentados como para divulgar os resultados das pesquisas e estudos realizados sobre a malária, seus vetores e profilaxia, estudos sobre variadas verminoses e outras doenças encontradas nas áreas atendidas e profilaxias experimentais, estudos sobre saneamento, educação sanitária, entre outros temas, foram objeto de divulgação e discussão.

Do lançamento da *Revista*, em 1947, até junho de 1961, foram publicados onze tomos, perfazendo vinte e seis volumes, e totalizando 340 artigos. A tabela abaixo indica as temáticas, o número de artigos publicados sobre cada uma e a porcentagem em relação ao número total de artigos.

¹⁹⁰ Os títulos dos trabalhos estão classificados cronologicamente contendo os nomes dos autores e referências ao ano, volume ou tomo; número e data da publicação, bem como a numeração inicial e final das páginas (*Revista do SESP*, Tomo XI, n. 2; junho de 1961; p. 647). ¹⁹⁰ Foram editados até 1984, 29 volumes da *Revista*, quando a publicação foi suspensa. Em 1986, surgiu um novo volume, mas não teve continuidade. Também foi elaborado um “Índice Cumulativo Artigos, Autores e assuntos, 1947-1979”, que inclui toda a matéria contida na revista no período acima referido (BRITO BASTOS, 1996, p. 447).

<i>Assuntos/temáticas</i>	<i>Nº de artigos e porcentagem</i>		<i>Assuntos/temáticas</i>	<i>Nº de artigos e porcentagem</i>	
Estatística	58	17%	Saneamento	12	3,5%
Organização sanitária e hospitalar	38	11%	Higiene Dentária	08	2,3%
Entomologia	35	10,2%	Doenças transmissíveis	07	2%
Arboviroses	30	8,8%	Filariose	06	1,7%
Engenharia Sanitária	27	7,9%	Formação de pessoal	06	1,7%
Helmintoses em geral	20	5,8%	Tuberculose	05	1,4%
Malária	19	5,5%	Saúde ocupacional	04	1,2%
Esquistossomose	17	5%	Alimentação	03	0,9%
Doenças intestinais	16	4,7%	Enfermagem	01	0,3%
Miscelânea ¹⁹¹	15	4,4%	Brucelose	01	0,3%
Educação sanitária	12	3,5%	---	---	---
			<i>Nº total de artigos</i>	<i>340</i>	<i>100%</i>

Uma verificação mais acurada da distribuição das temáticas da *Revista* permite outra classificação, baseada em três temas de fundo, que coincidem com as atividades programáticas do SESP, nas áreas de sua atuação:

1. Combate prioritário à malária e outras epidemias que punham em risco a saúde dos trabalhadores e população das áreas atendidas;
2. Implementação de saneamento ambiental – serviços de água tratada e esgotamento sanitário;
3. Implementação de Centros de saúde em pequenas localidades para atendimento médico (curativo e preventivo).

A classificação proposta pela *Revista do SESP* apresenta uma filtragem mais específica, distribuindo as temáticas por abordagens particulares. Entretanto, elas poderiam ser enunciadas de forma mais aglutinada, pois se referem a problemas afins. Vejamos o caso das temáticas: Arboviroses¹⁹², Malária, Entomologia e Filariose. Somadas, representam 25,9% dos artigos publicados até 1961, sob temática comum: estudo de *doenças* humanas que têm insetos como veículos disseminadores, a prevalência de vetores em determinadas regiões, a profilaxia necessária para combater as epidemias e para o controle dos vetores. Os estudos

¹⁹¹ Os artigos publicados sob o título Miscelânea (entre 1957 e 1961) tratam de questões avulsas como medicações profiláticas coletivas, método para coleta de sangue em crianças, experiência com a anestesia raquiana, moscas como vetores de agentes patogênicos, dentre outros.

¹⁹² Cf. Amélia Paes de Andrade Travassos da Rosa, et al. (1997): “As arboviroses são doenças causadas por um grupo de vírus ecologicamente bem definidos, chamado arbovírus. Constituem problema de importância em todos os continentes, onde se apresentam sob forma endêmica ou epidêmica. A natureza da doença produzida no homem varia conforme o tipo de arbovírus responsável pela infecção. A maioria provoca uma síndrome febril benigna com ou sem exantema, enquanto outros determinam quadro hemorrágico ou de encefalite, acompanhado de significativa letalidade”.

Disponível em: (http://iah.iec.pa.gov.br/iah/fulltext/pc/monografias/iec/leao/leao_cap13p207-225.pdf), acesso em julho 2013.

apresentados relacionam-se, portanto, com os esforços despendidos pelo SESP para controle e erradicação de doenças como a malária e a febre amarela.

Ao que parece, a edição da *Revista* de junho de 1958 foi especialmente dedicada ao tema das Arboviroses. A maioria dos artigos aborda questões ecológicas e de identificação dos arbovírus (especialmente no Amazonas); etiologias; formas clínicas de viroses e tratamentos experimentais; medidas profiláticas; preparação de pessoal para trabalho de campo. Somente seis artigos deste número dedicam-se a outras temáticas: estudo sobre a gripe asiática, educação sanitária para adultos, estatística hospitalar, manutenção hospitalar, estrutura sanitária brasileira, atividades do SESP no campo do saneamento.

Em relação à temática da Entomologia, o número elevado de artigos (média de 1,3 artigos/ revista publicada até junho de 1961) demonstra a importância do investimento em pesquisas e discussões relacionadas a insetos vetores de doenças para as plantas, animais e para o homem e/ou insetos parasitos do homem e dos animais. Os artigos desta seção coincidem com a preocupação daqueles publicados sob a denominação de ‘Arboviroses’ no que tange à luta pelo controle e erradicação de doenças provocadas por estes agentes etiológicos. Boa parte dos artigos apresenta pesquisas para identificação e combate de anofelinos transmissores da malária; entretanto um número expressivo de artigos (oito) apresenta pesquisas relacionadas aos insetos – Flebotomus – transmissores da leishmaniose. Apesar do menor número de artigos, são apresentados estudos sobre triatomídeos (barbeiros) e tripanosomas.

Um destaque, nesta seção, é a divulgação de treze artigos assinados ora conjuntamente, ora com outros pesquisadores, pelo reconhecido casal de médicos e cientistas *Leônidas M. Deane* e *Maria José von Paumgarten Deane*. A Dra. Maria José Deane também assina quatro, dos seis artigos da seção de Filariose^{193,194,195}.

¹⁹³Leônidas de Mello Deane. Formou-se na Faculdade de Medicina do Pará, em 1935. Com a criação do Instituto de Patologia Experimental do Norte (Ipen), em 1936, foi trabalhar com Evandro Chagas, de início em pesquisas sobre o calazar. Em 1939, trabalhou para o Serviço de Malária do Nordeste, no combate ao *Anopheles gambiae*. Com o fim da campanha, em 1942, voltou ao Pará, engajando-se no recém-criado Serviço Especial de Saúde Pública.

¹⁹⁴Maria José Von Paumgarten Deane. Em 1936, ingressou na Faculdade de Medicina e Cirurgia do Pará. Durante o curso, realizou trabalhos na comissão encarregada de estudos sobre leishmaniose visceral, do Serviço de Estudos de Grandes Endemias (Sege) do Instituto Oswaldo Cruz (IOC). Permaneceu no SEGE até 1939, quando se transferiu para a campanha contra o *Anopheles gambiae*, realizada no Ceará e Rio Grande do Norte. Em 1942, assumiu o cargo de assistente do Departamento de Parasitologia do Serviço Especial de Saúde Pública, lotada no Instituto Evandro Chagas, em Belém, onde colaborou em pesquisas sobre malária e filariose. No SESP, desenvolveu também pesquisas sobre verminose e leptospirose.

¹⁹⁵Cf. o Guia de vigilância epidemiológica e eliminação da filariose linfática / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica, 2009, p. 9: “A filariose linfática (FL), doença parasitária crônica, é causada pelo verme nematoide *Wuchereria bancrofti*, sendo também conhecida como bancroftose. Sua transmissão se dá pela picada da fêmea do mosquito *Culex quinquefasciatus* infectada com larvas do parasito. Os vermes adultos causam lesões nos

De 1947 a 1952, foram publicados dezenove artigos referentes a pesquisas sobre a malária¹⁹⁶. O número é significativo, pois, nos primeiros anos de atuação do SESP, o combate a esta doença demandou grande esforço da agência. Os artigos¹⁹⁷ trazem observações sobre a incidência da malária na Amazônia e no Vale do Rio Doce; tratam da identificação dos vetores em cada região; da organização e execução de serviços antilarvários; da experimentação e ação do D.D.T. sobre os anofelinos transmissores (nove dos dezenove artigos) e experiências com novos medicamentos contra a doença. É interessante observar que, naquele momento, o uso do D.D.T. era amplamente divulgado e aceito como poderoso mecanismo de controle dos vetores e o sucesso das campanhas com sua utilização foi divulgado com entusiasmo. Em 1962 a publicação, nos EUA, do livro *Primavera Silenciosa*¹⁹⁸, de Rachel Carson provocou, de um lado, reações indignadas por parte dos produtores e apoiadores do produto, e de outro, preocupação e alarme entre moradores de áreas onde se utilizava o D.D.T., num movimento que “concorreu para a conscientização da opinião pública, nos Estados Unidos sobre os efeitos perversos do inseticida” (CAMPOS, 2006, p. 133). Segundo D'Amato et al. (2002, p. 995)

Em 1962, Rachel Carson sugeriu em seu livro "Primavera Silenciosa", que o amplo uso do DDT poderia ser a principal causa da redução populacional de diversas aves; muitas delas seriam as de topo de cadeia alimentar, como o falcão peregrino, e a águia calva ("balde agle"- *Haliaeetus leucocephalus*), animal símbolo dos EUA. Este livro é considerado a primeira manifestação ecológica contra o uso indiscriminado do DDT.

Embora o livro não cite a América Latina, é importante lembrar que “historicamente, a América do Sul é considerado o continente em que houve o mais pesado uso de DDT” (D'AMATO et al, 2002). A experimentação de DDT pelo SESP no vale do Amazonas e no Vale do Rio Doce se distinguiu como uma das grandes realizações do SESP. A utilização do produto no Brasil começou a receber medidas restritivas a partir de 1971, a exemplo de outros países, como a Suécia (que banuiu o DDT em 1970). Seu uso ficou sob responsabilidade da

vasos linfáticos onde se desenvolvem. A FL é uma das maiores causas de incapacidade física permanente ou de longo prazo, sendo cerca de 112 milhões o número de pessoas infectadas por *W. bancrofti* em todo o mundo.

¹⁹⁶ A partir de janeiro de 1950, por decisão do governo brasileiro, a responsabilidade pelo controle da malária ficaria a cargo do Serviço Nacional de Malária (BASTOS, 1993, p. 317). Nesta ocasião, no vale do Rio Doce, ela estava praticamente erradicada.

¹⁹⁷ Destacam-se entre os pesquisadores os médicos Leônidas P. Deane, D. Bustorff Pinto, Nisomar Azevedo, M. Sanchez Bassères, Henrique Maia Penido, Ernani Braga. Os dois últimos também foram Superintendentes do SESP.

¹⁹⁸ Carson, R.; *Silent Spring*, Houghton Mifflin Company: New York, 1962. No Brasil, a Editora Melhoramentos publicou a versão portuguesa em 1964. A editora Gaia publicou nova tradução em 2010.

Fundação Nacional de Saúde (atual FUNASA), em seu Programa Nacional de Controle de Vetores. A Organização Mundial de Saúde, em 1995, divulgou um informe técnico limitando a utilização do produto no controle dos mosquitos vetores de malária e outras doenças transmitidas por artrópodes, desde que se cumprissem certas condições. Em 2009, foi sancionada, no Brasil, a lei que proíbe a fabricação, importação, exportação, manutenção em estoque, comercialização e o uso de diclorofeniltricloroetano – DDT, em todo território nacional.

Outras temáticas levantadas pela *Revista* merecem consideração ou por apresentaram-se em porcentagem elevada ou por sua importância no conjunto das atividades desenvolvidas pelo SESP. Destacamos as temáticas: Esquistossomose; Doenças Intestinais; Educação Sanitária; Engenharia Sanitária e Saneamento (juntas somam 39 artigos, 11,4% do total); Helmintoses em geral; Organização sanitária e hospitalar.

A esquistossomose foi identificada em diversas áreas de atuação do SESP. Entretanto, na década de 1950, não se dispunha de drogas eficazes para o tratamento da população parasitada e os planorbicidas químicos tinham ação limitada; o objetivo principal naquele momento era o controle da transmissão com a redução das populações dos moluscos. Desse modo, o SESP contribuiu com as pesquisas e divulgação do conhecimento para o controle da esquistossomose no Brasil, com identificação de espécimes de caramujos hospedeiros e experimentação de moluscocidas. Os dezessete artigos publicados na *Revista* discutem a presença da esquistossomose nas áreas de atuação do SESP, e contribuem para o conhecimento sobre a patologia. Incluem-se estudos sobre áreas de prevalência; estudo clínico da esquistossomose mansônica; estudo sobre quimioterapia antimonial na esquistossomose mansônica; observações sobre posturas e tempo de evolução de espécies de caramujos no Vale do Rio Doce; estudos comparativos sobre caramujos provenientes de Minas Gerais¹⁹⁹, Bahia, Pernambuco e Pará; técnicas de dissecação e exames de planorbídeos; descrição e resultados de experiências de tratamento.

Chama atenção a presença constante de artigos - 58 no total – de 1947 a 1959 – de base estatística que acompanham as pesquisas realizadas. O título do artigo do médico Achilles Scorzelli Júnior (Janeiro 1952), “Importância dos coeficientes bioestatísticos em medicina” justifica a frequência da discussão. Quase metade deles (27) discute taxas de

¹⁹⁹ Cf. SOUZA et al. (2001, p. 293): “ainda hoje são expressivos os índices de infestação por esquistossomose no vale do Rio Doce”.

nascimento, longevidade e morbidade em diversas localidades brasileiras, acompanhando as pesquisas sobre as demais temáticas. De acordo com Bastos (1993, p. 321)

No caso dos programas de doenças transmissíveis, de saúde materna, saúde infantil, saneamento, etc., eles devem ser baseados sobre todos os conhecimentos de dados estatísticos e epidemiológicos. Os dados coligidos do registro das atividades desenvolvidas, como as estatísticas de nascimento, casos de doenças e óbitos, censos de estimativas de populações, representam instrumentos valiosos na orientação e planejamento das metas a serem alcançadas. E diante, porém, das deficiências dos dados disponíveis (...), o SESP elaborou um plano com o objetivo de corrigir ou complementar as estatísticas oficiais, mediante o cotejo destas com informações obtidas dinamicamente pelas unidades locais de saúde.

O relatório de 1953 (Ten Years... p. 60) também defendia a necessidade de compilação de dados estatísticos que subsidiassem a definição dos programas e atividades dos serviços de cooperação internacional, pois “não só fornece as informações necessárias para estabelecer as características da população, mas permite o cálculo das taxas e criação de critérios que são tão necessários para medir a eficácia dos programas de saúde”.

No caso da temática “Doenças Intestinais”, os artigos revelam estudos sobre diarreias agudas, infecciosas ou nutricionais; “importância sanitária das diarreias infantis no Brasil”; frequência; identificação de portadores; estudo sobre reidratação nas Unidades Sanitárias do SESP. A temática ganha importância, sobretudo porque as diarreias representavam um grande problema de saúde enfrentado pelos médicos do SESP nos primeiros anos de sua atuação. É possível relacionar esta temática com outra, não menos preocupante: as Helmintoses. Muitos quadros diarreicos identificados pelos médicos entre a população atendida, tanto no vale amazônico como no Vale do Rio Doce, tinham caráter helmíntico. De acordo com Bassères e Pantoja (1947a),²⁰⁰ a região do Rio Doce era “área virgem” de qualquer observação sobre verminoses. Desse modo, do final do ano de 1943 até 1945, o SESP realizou inquéritos para a identificação dos parasitas prevalentes na região, através do laboratório instalado em Vitória, para atender a área próxima ao litoral, e do laboratório de Governador Valadares, que atenderia ao interior. Estes dois autores, que acompanharam a experimentação, declaram em seu artigo na revista do SESP:

A situação ancilostomática na área trabalhada, de acordo com os exames realizados por ocasião dos tratamentos em massa, mostrou uma incidência de 80% nos acampamentos e 71,4% nas localidades. Quanto ao *Ascaris*, concorreu com 64,8% nos acampamentos e 61,3% nas localidades”. [...] Nos acampamentos em que os empreiteiros mostravam boa vontade para com o nosso serviço o comparecimento atingia a 85%; nas localidades, era bastante variável, em geral de 40 a 60% da

²⁰⁰Trabalho apresentado no I Congresso Interamericano de Medicina, reunido no Rio de Janeiro, em setembro de 1946.

população total, apresentando os pré-escolares, escolares e adolescentes, percentuais bem maiores de comparecimento (BASSÉRES; PANTOJA, 1947b, p. 253-254).

Os vinte artigos da temática Helmitoses, em geral, fazem considerações em torno de verminoses incidentes na Amazônia e Vale do Rio Doce/MG; relatam experiências e resultados de tratamento experimental com novas drogas, como por exemplo, o hexilresorcinol e tetracloretileno e o iodeto de ditiazanina. A preocupação quanto ao quadro clínico provocado por infestações helmínticas aparece em muitos artigos, a exemplo do seguinte trecho:

O quadro clínico determinado pela estrogiloidose freqüentemente apresenta intensidade suficiente para afastar o indivíduo de suas atividades normais, o que leva a entrever as ponderáveis conseqüências sócio-econômicas que a elevada incidência da infestação acarreta para as regiões em que ocorre. A par dos distúrbios gastrintestinais determinados pelo parasita, deve ainda ser levada em conta sua influência sobre a gênese da anemia tão encontrada em associação com as parasitoses intestinais (COSTA, Orlando Rodrigues da. et al, Junho 1961, n. 2, p. 550).²⁰¹

Os relatórios de atividades da seção de engenharia sanitária do SESP, que tratam da instalação de serviços de tratamento de água e esgotos, são unânimes em relacionar as más condições de higiene e saneamento com a incidência de disenterias, verminoses, febre tifoide, e outras enfermidades nos acampamentos e localidades atendidas²⁰². A documentação indica que nas diversas localidades, apesar dos contratempos, para resolver os problemas das endemias, implantaram-se medidas de ordenamento e regulação do território, por meio da criação dos sistemas de tratamento de água e escoamento do esgoto, abertura de ruas com condição de pavimentação, esgotamento de lagoas e áreas pantanosas, difusão de instalações sanitárias mais adequadas, entre outras.

Neste sentido, os doze artigos publicados na temática “Saneamento”, discutem aspectos dos programas de saneamento implementados pelo SESP. Estes programas se tornaram a ‘marca’ do SESP em várias localidades brasileiras, a partir do reconhecimento e apropriação pela população atendida, das comodidades e benefícios do fornecimento de água tratada e da abertura de redes de esgotamento sanitário. Os autores discutem técnicas para

²⁰¹ O médico sespiano Orlando R. da Costa, se destaca na produção dos artigos da seção Helmitoses em geral, e assina sozinho ou em equipe, 11 dos 20 artigos.

²⁰² Por exemplo, relatórios de atividades do FSESP descrevem projetos de saneamento em localidades do vale do Rio Doce, entre 1943 e 1960. Ver: Série Engenharia Sanitária/ Saneamento Básico, caixas 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 39, 40; e Subsérie Saneamento Ambiental, caixas 45, 47, 48.

construção de sentinas (na Amazônia e Vale do Rio Doce), planejamento de serviços de saneamento, inquéritos sanitários realizados, problemas de habitação e saúde.

Da mesma forma, os 27 artigos da seção “Engenharia Sanitária” (7,9%), giram em torno do “Abastecimento d’água das comunidades rurais no Brasil, em face da experiência do SESP” (título de artigo de Dezembro de 1952, assinado pelo engenheiro Walter Ribeiro Sanches). O título resume as temáticas discutidas nos 27 artigos: o problema de água potável em várias regiões do Brasil; abastecimento de água e remoção de dejetos; financiamento, taxação e organização dos pequenos sistemas de abastecimento de d’água; estudos preliminares para obras sanitárias; a organização dos serviços autônomos de água e esgoto – o primeiro foi em Governador Valadares; problemas de administração de serviços de abastecimento d’água. Temas mais técnicos também foram apresentados, tais como: a determinação do coeficiente de percolação (filtração de fluidos por materiais porosos); o uso de ponteiros para captação de águas; determinação dos componentes das águas naturais que causam a precipitação de sulfato de cobre; espectrofotometria (método de análises óptico) de absorção.

As duas temáticas – “Engenharia Sanitária” e “Saneamento” – somam 11,4% dos artigos publicados (39). A importância destes artigos reside no fato de que o carro-chefe da atuação do SESP nos primeiros anos pautou-se exatamente pela implementação de serviços de abastecimento de água tratada e de esgotamento sanitário, nas duas regiões (Amazonas e Vale do Rio Doce) que receberam a atenção da agência.

Em geral, assinados por engenheiros sanitários envolvidos com as atividades e problemas abordados, os artigos acompanharam a disseminação da organização dos serviços sanitários de água e esgoto nas citadas regiões. Além disso, registraram as ideias do SESP sobre a manutenção destes serviços com taxa a ser paga pelo usuário dos Serviços Autônomos de Água e Esgoto (SAAE), como uma autarquia municipal, foi acatada em muitos municípios de norte a sul do país. Os SAAE ainda permanecem organizados em muitas localidades, como em Governador Valadares.

A temática “Organização sanitária e hospitalar” – com 38 artigos, correspondendo a 11% do total de artigos, revela o esforço necessário para organização de serviços sanitários através de implementação de centros de saúde e pequenos hospitais em comunidades brasileiras desprovidas de assistência médica. As discussões perpassam questões como: estruturação de serviço rural de saúde; princípios básicos para organização de serviço dentário escolar; código de ética hospitalar; administração sanitária; coordenação de pequenos

hospitais com os centros de saúde; análise de serviços hospitalares; organização de serviços de enfermagem em pequenos hospitais; serviço de manutenção de hospitais; dentre outros.

As discussões de fundo revelam o entendimento da “saúde como fator de desenvolvimento econômico do Brasil” (título de artigo de Eugene P. Campbell e Mildred A. Morehead; dez. 1952). Outros artigos apresentam discussões afins e complementares: “Novos rumos para a saúde pública no Brasil (M. G. Candau e Ernani Braga; dez. 1948); The board of health in Brazil (Eugene P. Campbell; Julho 1949); Considerações sobre o problema da Organização Sanitária no Brasil (Henrique Maia Penido, Woodrow P. Pantoja e Álvaro J. P. Simões; junho 1953); Aspectos do panorama sanitário brasileiro (Henrique Maia Penido, junho 1955); Hospital – Unidade Sanitária (Jacob Kitner e Aníbal Morais de Albuquerque, dez. 1957); A estrutura sanitária brasileira (Henrique Maia Penido, Jun., 1958); Medicina integral e realidade brasileira (Carlos Gentile de Mello, julho 1960).

O arrolamento de alguns destes artigos pode contribuir para um entendimento mais apurado sobre as preocupações e teses que fundamentavam a atuação do SESP e a formulação de seus programas e projetos. Ao final da década de 1940, configuravam-se novas perspectivas de análise da situação sanitária no Brasil, e o SESP se consolidava como agência de saúde pública. Artigos divulgados na *Revista do SESP* podem ser arrolados como divulgadores do pensamento sanitário que moveria a agência. A seleção apresentada a seguir permite acompanhar a convergência de concepções e propostas de intervenção.

O artigo *Novos Rumos para a Saúde Pública Rural*,²⁰³ assinado por Marcolino Candau e Ernani Braga (1948), apresenta uma reveladora discussão sobre a saúde pública, considerando o conceito geral, então aceito, e sobre as tendências e as condições de expansão dos serviços de saúde para zonas rurais. O conceito de Saúde Pública é o oferecido por Winslow²⁰⁴ que a define como:

A ciência e arte de evitar a doença, prolongar a vida e promover a eficiência ‘física e mental – através do esforço da comunidade organizada – pelo saneamento do meio ambiente, o controle das doenças evitáveis, a educação do indivíduo quanto aos princípios de higiene pessoal, a organização de serviços médicos e de enfermagem para o diagnóstico precoce e o tratamento preventivo das doenças e o desenvolvimento da máquina social que assegurará a cada indivíduo um padrão de

²⁰³ Trabalho apresentado ao VII Congresso Brasileiro de Higiene, reunido em São Paulo, entre 12 e 19 de dezembro de 1948.

²⁰⁴ A publicação de Winslow em 1951, “O custo da doença e o preço da saúde”, realizada através da Organização Mundial da Saúde, chamou a atenção, em âmbito internacional, para as implicações econômicas do binômio saúde-doença. Seu argumento pretendia demonstrar que os programas para melhoria do nível de saúde das populações resultaram em melhora da sua produtividade econômica, traduzida em: aumento da produtividade do trabalhador; extensão das áreas abertas ao povoamento e à agricultura, ou a outra atividade econômica, como resultado dos programas de saneamento básico e do controle de enfermidades como a malária; redução dos custos diretos e indiretos da morbidade e da mortalidade. Cf. ARAUJO, José Duarte de. O custo da doença: revisão de literatura. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 9, n. 2, 1975.

vida adequado à manutenção da saúde; criando esses benefícios de modo a permitir que cada cidadão realize seu direito inato à saúde e à longevidade (WINSLOW, *apud* CANDAU; BRAGA, 1948, p. 570).

Os dois técnicos do SESP apoiam igualmente a tese de que a saúde e o bem-estar individual e coletivo de uma comunidade são responsabilidade inerente dessa comunidade, e sua segurança econômica estará sempre dependente e diretamente ligada àqueles dois fatores. Eles entendem que, para uma sociedade se desenvolver e progredir, é preciso que seus membros sejam saudáveis; desse modo, não haveria alternativa além de uma medicina social que aproximasse medidas curativas e preventivas, de acordo com as necessidades e condições locais. Por fim, distinguindo a maioria da população do Brasil como eminentemente rural e carente de serviços de saúde pública, apresentam sugestão de organização e funcionamento de unidades sanitárias municipais e distritais (CANDAU; BRAGA, 1948).

Campbell e Morehead (1952)²⁰⁵ discutem razões que explicam o “pequeno ou retardado progresso no desenvolvimento do Brasil”. De acordo com sua perspectiva, dois tipos de fatores devem ser considerados para qualquer avaliação ou adoção de medidas técnicas em saúde pública: (a) fatores primários (distribuição etária, fertilidade e expectativa de vida); e (b) fatores que se relacionam com costumes e preceitos sociais da comunidade (no campo da saúde a mortalidade infantil, coeficientes de mortalidade, razão entre óbitos e agentes infecciosos, epidemias, etc.). Os autores demonstram como esses fatores se relacionam com prejuízos presentes e futuros para as famílias, individualmente, e para a economia brasileira.²⁰⁶ Além disso, propõem que programas de comunidade ampliados e integrados sejam implementados para o desenvolvimento de áreas menos desenvolvidas. Conforme sua avaliação, a falta de braços no Brasil não se relacionava à falta de crianças, mas à de adultos capazes de trabalhar e produzir para si e suas famílias e para o País, e que a verdadeira riqueza de um país é uma população saudável, inteligente e confiante em si (CAMPBELL; MOREHEAD, 1952).

No artigo “*Considerações sobre o problema de organização sanitária no Brasil*”, Penido, Pantoja e Simões (1953)²⁰⁷ apontam problemas urbanos e rurais para os quais

²⁰⁵ Os médicos americanos CAMPBELL, P. Eugene e MOREHEAD, Mildred, colaboraram com o SESP através do IAIA. O primeiro foi chefe da Comissão técnica do IAIA. Cf. Bastos (1993, p. 33, 515e 516).

²⁰⁶ Os autores também apontam a monografia *O custo da doença e o preço da saúde*, de Winslow, C.E.A. (1951), Organização Mundial de Saúde, como importante referência para esta discussão.

²⁰⁷ Dr. Woodrow Pimentel Pantoja dirigiu o Serviço Especial de Saúde Pública, depois Fundação SESP, ainda no Ministério da Saúde; Dr. Henrique Maia Penido foi superintendente da Fundação Serviço Especial de Saúde Pública do Ministério da

defendem intervenções diferenciadas. Para os primeiros, sugerem que a prática da medicina preventiva e curativa fique sob a responsabilidade de serviços médicos-assistenciais já existentes, reservando-se ao Governo o controle dos setores de bioestatística, epidemiologia, saneamento do meio e educação sanitária. Para a área rural, onde eram agudas as carências de pessoal e de meios, caberia ao governo assumir a responsabilidade executiva das medidas de medicina preventiva e curativa, ou promover o seu desenvolvimento. Por causa disso, distinguem atividades sanitárias básicas e especiais e sugerem planos de trabalho que fossem exequíveis, pois, dadas as condições econômicas, técnicas, sociais e educacionais do país um programa total de saúde pública seria impraticável.

Parte do artigo *Programas educativos nas unidades sanitárias do Serviço Especial de Saúde Pública*, de Bastos e Silva (1953) dedica-se a traçar o perfil sanitário do Brasil. Os autores consideram que o Brasil estava situado entre as ‘nações menos desenvolvidas’ apesar de afirmarem um “enorme progresso ocorrido a partir de medidas e facilidades proporcionadas pelo governo nos últimos anos”. O artigo também faz um apanhado das atividades educativas que podem ser desenvolvidas nas unidades sanitárias em áreas atendidas pelo SESP.

Penido (1955) aprofunda a discussão no artigo “*Aspectos do panorama sanitário brasileiro*” tomando como referência o conceito da Organização Mundial de Saúde à época: “Saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas ausência de doenças”. Enfatiza características da população como os altos índices de mortalidade e suas causas, a influência das doenças na vida econômica da nação e a importância de fatores educativos, econômico-sociais e ambientais na conferência de casos de doenças. A partir disso, defende a formação de pessoal especializado (médicos, engenheiros sanitários, enfermeiros, educadores e agentes sanitários) para trabalhar no campo da saúde pública e do saneamento.

Podemos identificar nesses artigos selecionados as seguintes perspectivas em comum: (a) urgência da superação da precariedade médico-sanitária como um fator de desenvolvimento; (b) necessidade de investimentos em medidas saneadoras; (c) conceito de saúde, que leva em conta aspectos físicos, mentais e sociais; (d) responsabilidade individual e da sociedade pelo estado da saúde/doença; e (e) valorização da atuação coordenada de técnicos (médicos, engenheiros, enfermeiros, educadores e agentes sanitários). Portanto, as estratégias concebidas pelo SESP e os métodos de intervenção experimentados e/ou

Saúde, foi diretor regional da Organização Mundial de Saúde (OMS), representou o Brasil em várias assembleias internacionais da OMS entre 1954 e 1961, foi eleito em 1959 vice-presidente executivo da OMS.

consolidados relacionaram-se com as questões aqui levantadas. Além disso, os artigos sugerem a incorporação pelos ‘divulgadores’ do primeiro e segundo quadrantes da divulgação científica, e mesmo na perspectiva da agência em relação às condições de saúde do país, dos preceitos científicos desenvolvidos/partilhados pelo SESP.

Ao defender medidas sanitárias básicas (assistência médica, educação sanitária, saneamento do meio, controle de doenças transmissíveis), a proposta ‘sespiana’ aponta para as condições socioeconômicas ligadas às questões da saúde, porém sem aprofundar a discussão. Questões políticas de tal natureza caberiam a foro específico e fugiam aos propósitos e objetivos da agência. A fórmula do “círculo vicioso da doença e da pobreza” (ROSEN, 1994) perpassa a proposta de instituição e funcionamento da agência, porém não se constitui como tema gerador de discussões sobre a sua política de atuação. É emblemática a citação de Bastos e Silva (1953) no artigo citado:

As enfermidades endêmicas, sobretudo nas zonas tropicais, podem minar a vitalidade de todo o povo e privá-lo de espírito de iniciativa e de energia para produzir alimentos. Deste modo, pela má alimentação, a doença leva à miséria e a miséria à ignorância, a qual, por sua vez, é um dos fatores que contribuem para perpetuar as enfermidades (BASTOS; SILVA, 1953, p. 242).²⁰⁸

Para os dois autores, e certamente em concordância com a concepção do Serviço, o ponto mais fraco dessa cadeia, o mais fácil de ser rompido é o que se refere às enfermidades. Se, de um lado, essa concepção fundamenta e justifica a atuação do SESP, de outro, abre espaço para as críticas daqueles que lhe mantiveram posição mais desconfiada ou mesmo hostil²⁰⁹.

De acordo com Campos (2006, p. 231), o SESP via a educação sanitária “como prática técnica e científica” que poderia mudar comportamentos e melhorar a saúde da população atendida. No caso dos executores diretos (educadores sanitários, agentes e visitadoras), é instigante a *ressonância* do discurso científico conformador de uma cultura sanitária, em que novos hábitos de higiene são divulgados em substituição a outros anteriormente vivenciados pela população.

É possível verificar que a publicação de artigos referentes à Educação Sanitária na *Revista* seguiu a dinâmica de sua cristalização na estrutura operacional e programática do

²⁰⁸ Os autores não indicam a autoria do comentário, que, todavia, é pertinente à sua argumentação.

²⁰⁹ A posição crítica de Mário Magalhães da Silveira, sanitarista dos quadros do Ministério da Saúde, desde a década de 1930, é um exemplo. Ver VILARINO, M. T. B. 2008, p. 97-99.

SESP. Neste sentido três artigos foram publicados entre 1948 e 1949 e nove foram publicados a partir de 1953.

O número de artigos (doze) parece pequeno em relação à importância que o programa de educação sanitária assumiu. Ao que parece, a discussão em torno da temática veio a tomar fôlego mais científico a partir de 1953, quando o relatório sobre os dez anos de colaboração EUA/América Latina (*Ten Years of Cooperative Health in Latin America – An Evaluation*) indicou a necessidade da participação de cientistas sociais nos programas e projetos desenvolvidos (Ten Years... p.12-14).

Na década de 1950, a despeito da temática ter se fortalecido institucionalmente com a criação da seção de Educação Sanitária e contratação de cientistas sociais (1953), a publicação de artigos sobre esta temática ainda ficou aquém da produção e divulgação científica relacionadas às pesquisas da área biomédica; ou seja, o esforço prático dispensado pelos vários profissionais envolvidos não se fez acompanhar pelo mesmo esforço ou espaço de discussão e divulgação. Neste sentido podemos apontar a consideração do médico Orlando José da Silva et al (1954) sobre a necessidade dos cursos de formação profissional destacarem esta especialidade:

Apesar do valor que sempre atribuímos à educação sanitária, o sanitarismo nacional ainda não conta com elementos especialmente preparados para dar o impulso de que, entre nós, ela está carecendo. E isto só será realidade quando dispusermos de educadores sanitários, de padrão universitário superior, capazes de orientar os programas de educação sanitária; quando os cursos de aperfeiçoamento em saúde pública derem destaque ao ensino desta especialidade, para que, os técnicos neles diplomados compreendam a posição que a educação ocupa na solução dos problemas sanitários e conheçam os seus métodos de trabalho; quando enfim, nos cursos de formação profissional, tais como o Normal, os de Serviço Social, Enfermagem, Medicina, etc., o ensino da educação sanitária for ministrado regular e eficientemente, com aplicação a cada especialidade” (SILVA et al, 1954, p. 497-498)²¹⁰.

A avaliação diplomática de Bastos (1963, p 117-118) sugere, nas entrelinhas, que apesar do entusiasmo de pequena parte dos profissionais médicos, que a “difícil compreensão da relação das ciências sociais com a medicina ou com a saúde pública” teria origem nas diferentes perspectivas de atuação dos profissionais destas áreas. De seu lado, os médicos “crêem que basta disporem de conhecimentos médicos superiores e técnicas clínicas aperfeiçoadas para lograrem, automaticamente, a cooperação do público”. Por este motivo, eram, por vezes, indiferentes aos pareceres dos cientistas sociais, e impacientes quanto ao

²¹⁰ Trabalho da Divisão de Educação sanitária do Serviço Especial de Saúde Pública. Apresentado ao XI Congresso Brasileiro de Higiene, realizado em Curitiba, de 15 a 21 de novembro de 1953.

tempo consumido em suas investigações. Os médicos “quase sempre querem as cousas práticas e que sejam executadas quanto antes, se possível ontem”. Para este grupo, os cientistas sociais eram tidos “complicados”, que faziam tudo “demoradamente, gastavam “muito dinheiro”, e não estavam “interessados nos objetivos da saúde pública”. De outro lado, o cientista social poderia “não ser capaz de tentar a solução de um problema prático, sem uma considerável quantidade de reflexão, uma revisão da literatura científica”, o que onerava recursos e tempo. Além disso, muitas vezes tendiam a incluir todos os problemas de saúde em seu raio de ação, excedendo seu papel de intérprete; e outras vezes tentavam monopolizar “todo o planejamento e toda a política dos serviços em causa”. A mediação de Bastos (1963) reforça a importância da melhor interação entre as áreas, porém preserva a autoridade dos médicos, incentivando-os a se familiarizarem com as ciências sociais e a se utilizarem delas “não como um antibiótico, como uma panacéia para todas as doenças, mas como um reforço para a equipe de saúde pública” (BASTOS, 1963, p. 118).

Esta distinção da autoridade médica reflete a posição de Dunham (1945) ainda nos anos iniciais do Programa Bilateral de Cooperação em Saúde Pública. Em artigo publicado no Boletim do SESP (n. 25, p. 6, agosto de 1945), o então Presidente do Instituto para Assuntos Interamericanos argumenta:

A classe médica é o grupo melhor preparado cientificamente no Brasil. Em cada comunidade brasileira – grande ou pequena – o médico é um líder. É um cientista treinado na proteção da saúde. Então, o que é mais normal para ele é ser o líder ou animador das atividades da comunidade para melhoramento dos hábitos de saúde – o médico pode começar com seus próprios pacientes, ensinando bons hábitos e atitudes entre as famílias dos doentes – e estimulando seus clientes a tomar parte nas atividades referentes à saúde da comunidade ou do município.

Dessa forma, podemos considerar que, na década de 1950, a questão cultural ainda parecia descolada dos problemas enfrentados pelos profissionais da área biomédica e da engenharia sanitária. Nesta perspectiva, o antropólogo George Foster (1964, p. 164-165) indica a dificuldade dos quadros técnicos compreenderem o sentido do investimento nas ciências sociais e na atuação dos profissionais desta área. Segundo Foster, “o preparo profissional produz especialistas orientados para programas. Só raramente produz realmente especialistas orientados para problemas”.

As temáticas enfatizadas acima ocuparam 84% do total dos 340 artigos publicados entre 1947 a junho de 1961, indicando os esforços realizados nestas áreas. As temáticas: Alimentação, Brucelose, Enfermagem, Formação de pessoal, Higiene Dentária, Saúde

Ocupacional, Tuberculose, Doenças transmissíveis, que perfazem 12% do total de artigos, também tiveram importância dentro do quadro de atividades, investimentos e preocupações do SESP. Numa eventual redistribuição, elas podem, inclusive, se enquadrar em temáticas mais gerais. De toda forma, os artigos a elas relacionados também divulgam os estudos que davam cientificidade às ações empreendidas.

O panorama traçado sobre a *Revista do SESP* permite compreendê-la como um microcosmo particular na estrutura organizacional da agência, cujo papel foi significativo na legitimação do escopo científico que amparava sua atuação, tanto junto a órgãos afins como na comunidade científica. Neste sentido, entendemos que, ao buscar soluções científicas para resolver os problemas da implantação de seu modelo de saneamento e saúde pública, o SESP, concomitantemente, fazia divulgação da ciência. Conforme Massarani e Moreira (2004, p. 30), “*la divulgación científica, cuyo inicio coincide con el del próprio proceso de creación y producción de la ciencia, ha respondido em su evolución a motivaciones, contextos e intereses diversos*”.

Retomando o edital de abertura do primeiro número da *Revista (Revista do Serviço Especial de Saúde Pública, ano I, n. 1, Rio de Janeiro, 1947, p. 1-2)*, que prenunciava que o conhecimento produzido pelos investigadores se tornaria “propriedade comum do povo” pela ação dos intérpretes, intuímos que a *Revista*, de certa forma, cumpria este anúncio, pelo menos na perspectiva dos divulgadores. A população-alvo do SESP, ao fim a e ao cabo, receberia via atendimento médico e sanitário, e pela educação sanitária, os resultados deste conhecimento produzido.

Entre o laboratório e o campo - Aproximando os quadrantes

Os relatórios *10 Years of Cooperative Health in Latin America – An Evaluation*, e *The Brazil–United Cooperative Health and Sanitation Program – 1942-1960* indicavam que a realização de pesquisas, a instalação de laboratórios e o preparo de pessoal especializado seriam indispensáveis para o desenvolvimento dos programas de cooperação em saúde pública, cujo sucesso dependeria, entre outros fatores, do conhecimento do quadro nosológico local, e das possibilidades efetivas de intervenção. Segundo o relatório de 1953 (*Ten Years...*), as pesquisas, realizadas pelos laboratórios dos vários ‘Servicios’ cooperativos na América Latina ou por institutos parceiros (inclusive universidades), não poderiam ser subestimadas, pois seriam elas que, em grande medida, produziriam os avanços no conhecimento médico,

bem como no conhecimento de práticas administrativas e organizacionais (1953, p. 61). O relatório ainda recomendava “que as práticas de saúde pública americanas não devem ser transpostas sem modificações, e que se deve incentivar a pesquisa de métodos e normas de saneamento que melhor se ajustem aos padrões culturais e econômicos da América Latina” (1953, p. 83). No relatório sobre o SESP/Brasil, as pesquisas e “os laboratórios” são distinguidos como parte intrínseca dos programas estabelecidos. Deste modo, nos dois relatórios, a produção do conhecimento científico (por meio de pesquisa) é concomitante à necessidade de respostas terapêuticas, de um lado, e de respostas técnicas, de outro, aos problemas médico-sanitários enfrentados. Desde o início dos trabalhos, o SESP e os outros “Servicios” congêneres na América Latina, apoiaram-se nesta premissa. Duham²¹¹ (1944), no artigo “The cooperative Health Program of the American Republics”, registra a necessidade de investigação científica sobre as diversas enfermidades prevalentes nas áreas de atuação das agências de cooperação em saúde pública: malária, tifo, tuberculose, verminoses, filarioses, entre outras; para indicação de tratamento e profilaxia.

No Brasil, as pesquisas realizadas pelas equipes do SESP, ao longo das décadas de 1940 e 1950, estiveram relacionadas com várias ciências: Médica e Farmacêutica, Odontologia, Enfermagem, Engenharia Sanitária, Biologia, Epidemiologia. As Ciências Sociais foram incorporadas na discussão sobre os problemas sanitários e questões culturais que sombreavam e/ou dificultavam a obtenção de bons resultados em abordagens mais tradicionais (baseadas na autoridade dos médicos e demais especialistas). Bastos (1993, p. 409) registrou que a agência “contribuiu até 1980 para a cultura técnico-científica do País, nas áreas de medicina, enfermagem, odontologia, engenharia sanitária, educação, arquitetura, administração, entre outras”.

De acordo com o autor, as pesquisas realizadas pelo pessoal do SESP foram de três tipos: a) a pesquisa científica, especialmente na área biomédica; b) a pesquisa técnica, principalmente na área de saneamento ambiental; e c) a pesquisa operacional, basicamente na área de serviços de saúde. De acordo com Bastos (1993)

Na área das pesquisas científicas, os estudos realizados, alguns pioneiros, orientaram-se no sentido de responder às necessidades e aspirações da área biomédica, particularmente da saúde, dando contribuições substanciais às intervenções de ordem sanitária, como a luta contra as doenças transmissíveis, os programas de vacinação, o combate às doenças tropicais, o apoio à vigilância epidemiológica de várias doenças, o apoio à saúde no processo de planejamento, a

²¹¹Major General do Exército dos EUA, Vice-Presidente Executivo do Instituto de Assuntos Interamericanos e Coordenador Adjunto do Gabinete Coordenador de Assuntos Interamericanos, Washington, D. C.

ação programática dos planos de desenvolvimento sanitário (BASTOS, 1993, p. 425).

Diversas modalidades de pesquisa biomédica foram desenvolvidas, desde 1942, pelo Instituto Evandro Chagas,²¹² localizado em Belém, estado do Pará. Nos primeiros anos da atuação do SESP, os laboratórios instalados em Vitória (Espírito Santo) e Governador Valadares, (Minas Gerais), relacionados ao Programa do Rio Doce, também prestaram importantes contribuições aos estudos e pesquisas, principalmente, visando aspectos epidemiológicos e da profilaxia da malária.

É interessante a separação feita pelo autor entre pesquisa científica e as pesquisas técnicas e operacionais. Apesar da separação proposta, as discussões apresentadas nos artigos da *Revista do SESP* seguem o padrão metodológico característico de cada área específica. A distinção “científica” para pesquisas na área biomédica parece indicar maior importância dada a este campo, numa perspectiva de que as demais áreas seriam suas subsidiárias. Os estudos e pesquisas na área de saneamento ambiental, por exemplo, dedicavam-se ao desenvolvimento ou adaptação de tecnologias apropriadas às condições locais, que comportassem custos mais baixos e operação e manutenção simplificada. As pesquisas operacionais, por seu lado, dedicavam-se ao desenvolvimento de estratégias ou experimentos que, depois de testados, seriam incorporados à rotina de trabalho do SESP, ou mesmo utilizados por outras instituições (BASTOS, 1993, p. 423).

Bastos (1993, p. 426–430) apresenta uma listagem de estudos e pesquisas realizadas pelo SESP nas três áreas citadas que permite acompanhar o entrelaçamento das ações de pesquisa, experimentação e/ou operacionalização. Deste modo, teríamos, por exemplo, uma *pesquisa científica* sobre “Aspectos epidemiológicos e controle da malária no Vale do Rio Doce”, seguida por uma *intervenção ou pesquisa operacional*: “Expurgo domiciliar com DDT em suspensão aquosa no Vale do Rio Doce”. Ou uma *pesquisa científica* sobre “a incidência de parasitoses intestinais em quatro cidades da Amazônia” e realização de *estudo /pesquisa técnica* para construção de “privadas sanitárias usando bambu como reforço das lajes de concreto, blocos de argila e casca de arroz para paredes e telhas de tronco de madeira”.

²¹² O instituto, fundado em 1936, com o nome de Instituto de Patologia Experimental do Norte, passou a funcionar, em 1942, como Laboratório Central do Serviço Especial de Saúde Pública. O Instituto teve a cooperação de entidades nacionais (como a Empresa Brasileira de Pesquisas Agropecuárias, o Museu Emilio Goeldi, a Fundação Guinle, o Conselho Nacional de Pesquisa, o Instituto Oswaldo Cruz, o Instituto Nacional de Pesquisas da Amazônia, a Universidade Federal do Pará, como o Governo Estadual do Pará, o 1º Comando Aéreo, a Companhia de Saneamento do Estado do Pará, a Fundação nacional do Índio, a Prefeitura de Belém, a 8ª Região Militar, o IV Distrito Naval) e internacionais, como a Fundação Rockefeller, o Instituto de Assuntos Internacionais, o Instituto Walter Reed de Washington, a Escola de Medicina Tropical e Higiene da Universidade de Londres, a Wellcome Trust, a Organização Mundial da Saúde e Organização Panamericana da Saúde (BRITO BASTOS, 1996, 426; COSTA, Orlando R. da, 1962, p. 5-7).

Poderíamos ainda citar a *pesquisa técnica* sobre “uso de fluorita nacional para fluoretação de água” e a *pesquisa operacional* “primeiros resultados coma fluoretação de águas no Brasil”; ou a pesquisa científica “estudos sobre a Xistosomose Mansonii no Pará” e a pesquisa operacional sobre “utilização de diafilmes sonorizado como meio de educação sanitária em pequenas localidades em áreas rurais do Brasil”.

A intersecção das três áreas de pesquisas pode ser compreendida como o esforço feito pela agência no sentido de responder à sua incumbência de implementação de medidas de saúde e saneamento nas áreas sob sua responsabilidade. Ao mesmo tempo, a realização das pesquisas e sua divulgação, certamente legitimavam as medidas tomadas e ampliavam o raio de influência do SESP entre os órgãos e instituições similares no Brasil e internacionalmente. Uma representação gráfica no boletim comemorativo do 10º aniversário do SESP, publicado em dezessete de julho de 1952, na página 58, indica que “34 países distribuídos pelos cinco continentes recebem publicações do SESP” (ver figura abaixo).



Figura 3 - Página do Boletim comemorativo do 10º aniversário do SESP, publicado em 17 de julho de 1952.

Os esforços do SESP nas áreas de assistência médica, de saneamento e de pesquisa não ficaram restritos ao conhecimento interno de seus técnicos e cientistas, mas foram divulgados por vários meios, com diferentes objetivos e para públicos diferenciados.

Neste ponto é de se perguntar de que modo os novos conhecimentos estabelecidos reverberaram no programa de educação sanitária, ou melhor, em que medida seria possível aproximar atores e resultados relacionados ao primeiro quadrante da espiral que imaginamos

com os atores e conteúdos posicionados no quarto e último quadrante? Ou seja, quais os conteúdos das pesquisas realizadas chegariam aos cursos para agentes (guardas) sanitários e visitadoras, os emissários do discurso científico no quarto quadrante; e como chegariam?

A necessidade de preparar seu pessoal para a ação sanitária levou o SESP a investir nessa área de tal modo que, em 1943, poucos meses após sua instituição “começou a cuidar da preparação de laboratoristas, auxiliares hospitalares, guardas para malária, e no ano seguinte, iniciou cursos para formação de visitadoras sanitárias, auxiliares de saneamento e outros trabalhadores de saúde” (BASTOS, 1993, p. 387).

Os agentes sanitários e visitadoras, como os demais auxiliares, obrigatoriamente deveriam passar pelos cursos preparatórios organizados pelo Programa de Educação Sanitária do SESP e só depois de aprovados é que poderiam ir a campo. Pretendia-se como resultado de sua ação que fossem capazes de favorecer o desenvolvimento de uma “consciência sanitária” que despertasse (no povo) o conceito da saúde como norma de bem-estar e de solidariedade social (BASTOS; SILVA, 1953, p. 244).

É oportuno registrar que os cursos foram organizados de maneira que os conteúdos ensinados fossem relacionados com a natureza da atuação profissional. Os laboratoristas, por exemplo, estudavam: noções de Matemática, Química, Física e Biologia; Hematologia; Noções gerais de Bacteriologia e Parasitologia; Noções de Análises Clínicas; também aprendiam a maneira correta de remessa de material ao laboratório central e maneira de relatar os resultados.

Os primeiros cursos preparatórios para agentes sanitários e visitadoras foram realizados pelo Programa do Amazonas, respectivamente em Santarém (PA) e Itacoatiara (AM). Em seguida, o Vale do Rio Doce recebeu os mesmos cursos. Nos dois Programas (Amazonas e Rio Doce) algumas adaptações locais foram feitas ao longo do tempo, mas mantinha-se a orientação teórica básica (BASTOS, 199, p. 389-397).

O curso para visitadoras sanitárias tinha a duração de seis meses e oferecia as seguintes disciplinas: Noções de Anatomia e Fisiologia; Laboratório (Teoria e Prática); Doenças Transmissíveis e Saneamento; Higiene Infantil (Teoria e Prática); Nutrição; Horticultura; Ética. Nos cursos para agentes sanitários, realizados em dois meses e meio, as disciplinas teóricas compreendiam: Elementos de Matemática; Bacteriologia; Epidemiologia; Saneamento escolar e domiciliar; Fruticultura; Horticultura; Avicultura. Ambos, agentes e visitadoras, também passavam por treinamento prático, para ‘aprenderem’ as atividades que desempenhariam, como por exemplo, conduta em visitas domiciliares, uso de formulário de inquérito sanitário, entre outros (BASTOS, 1993, p. 395-402).

O cruzamento entre as temáticas de pesquisa divulgadas pela Revista do SESP e as disciplinas teóricas dos cursos para agentes e visitadoras revela algumas peculiaridades. Duas temáticas de pesquisa/artigos, “Saneamento” e “Doenças Transmissíveis”, aparecem como disciplinas nos cursos para ambos os auxiliares. As disciplinas Nutrição e Horticultura, para visitadoras; e Fruticultura, Horticultura, e Avicultura, para os agentes; relacionam-se com a temática “Alimentação”, contemplada na Revista. As demais disciplinas; Laboratório, Higiene Infantil, Anatomia e Fisiologia, para visitadoras, são perpassadas por temáticas como “Doenças Intestinais” e “Educação Sanitária”; enquanto para os agentes as disciplinas Elementos de Matemática, Bacteriologia e Epidemiologia tangenciam as temáticas “Engenharia Sanitária” e “Doenças Transmissíveis”.

Ante estas aproximações, podemos dizer que as contingências e condicionalidades da atuação dos agentes sanitários e das visitadoras delimitavam os currículos para sua formação. Como os cursos eram ministrados por técnicos superiores (médicos, engenheiros, enfermeiras), alguns dos quais publicaram na Revista²¹³, é de se supor que pelo menos parte de seu arcabouço científico seria disponibilizado, ou apresentado, aos participantes. Bastos (1993, p. 387) registra que nos cursos de formação utilizava-se material de ilustração gráfica, demonstrações e textos, num nível que favorecesse a compreensão dos participantes (BASTOS, 1993, p. 387). Por exemplo, o “Manual de Guardas Sanitários”, que trazia as orientações gerais para os cursos, foi “preparado por engenheiros do Serviço, em 1947, escrito em linguagem simples, com quadros e desenhos ilustrativos para maior facilidade e compreensão” (BASTOS, 1993, p. 402).

As interlocuções entre o saber científico e a prática

Em vista deste quadro, ao aproximarmos os atores e saberes do primeiro e do quarto quadrante, estamos diante de conhecimentos específicos, de natureza e funções sociais distintas. Portanto, o conhecimento dos ‘cientistas’, necessariamente, passa por um processo de ‘tradução’²¹⁴ (ou mediação), para se tornar um conhecimento sanitário ‘ensinável’ aos

²¹³ Por exemplo, os médicos Marcolino Candau, Henrique Penido, Nilo Chaves de Brito Bastos e Orlando José da Silva; o engenheiro Clifton Bovée; o sociólogo José Arthur Rios; a enfermeira Ermengarda de Faria Alvim.

²¹⁴ Também poderíamos pensar no processo de “transposição didática”, objeto de discussão entre pedagogos e professores, e atualmente entre profissionais de tecnologia da informação. Segundo Yves Chevallard (1997, p. 45), pioneiro nesta discussão: “um conteúdo de saber que há sido designado como saber a ensinar, sofre a partir de entónces um conjunto de transformaciones adaptativas que van a hacerlo apto para ocupar um lugar entre los objetos de enseñanza. El “trabajo” que transforma un objeto de saber a enseñar em un objeto de enseñanza, es denominado la transposicióndidáctica.” Em função das condições de transformação dos conteúdos científicos em ‘ensináveis’ alguns pesquisadores preferem o termo ‘mediação

participantes dos diferentes cursos para formação de pessoal. Por sua vez, os agentes e as visitadoras ressignificaram estes saberes na sua própria atuação e, a partir de suas práticas sociais de referência, o divulgaram entre a população-alvo. O processo de ‘tradução’ também atingiu o ‘material didático’ (cartazes, panfletos, slide sounds) utilizado por agentes e visitadoras, ou por educadores sanitários²¹⁵ em suas atividades de campo.

Evidentemente o processo de “tradução” do conhecimento de um grupo para outro não se deu (e nem se daria) desta forma ideal ou desejada. Neste contexto, a proposição do conhecimento científico, ou de uma cultura científica, divulgado entre os integrantes do primeiro quadrante, transformado e ensinado aos agentes e visitadoras, e por eles ressignificado, não provocariam por si, ou naturalmente, na população-alvo do SESP, as mudanças de comportamento e hábitos esperados. É preciso lembrar que a população-alvo era praticamente analfabeta, nas áreas de atuação do SESP, e principalmente possuía seu próprio pensamento sobre as doenças, a saúde e os processos de cura, que não eram levados em conta no planejamento e execução dos programas. Sem pretender entrar no mérito da discussão, mas com o intuito de apontar outra chave de reflexão, podemos afirmar que a divulgação científica (ou de uma cultura científica) mediada pelo SESP seguia o “modelo do déficit”, o qual, de acordo com Massarani e Castro (2002, p. 62)

De uma forma simplista, vê na população um conjunto de analfabetos em ciência que devem receber o conteúdo redentor de um conhecimento descontextualizado e encapsulado. Aspectos culturais importantes em qualquer processo divulgativo raramente são considerados, e as interfaces entre a ciência e a cultura são freqüentemente ignoradas.

Por conseguinte, logo nos primeiros anos da atuação do SESP, ficou claro que não seria tão simples convencer a população atendida sobre o valor da medicina científica ou de novos padrões higiênicos. George Foster (Ten Years..., p. 60), ao avaliar programas de saúde desenvolvidos nos primeiros tempos dos Programas de Cooperação, na América Latina, inclusive os do SESP, ponderava que “o especialista de saúde pública não opera no vácuo; ele trabalha em uma área na qual os sujeitos têm crenças definidas e difíceis de mudar” (Ten Years..., 1951, p.60). Seria preciso, portanto, desenvolver abordagens de comunicação que

didática’, sendo o termo ‘transposição’ bastante questionado. Para mais esclarecimentos ver:Chevallard, Yves. La transposicióndidáctica. Del Saber Sabio al Saber Enseñado. AIQUE, Buenos Aires, 1997; FORQUIN, Jean Claude. Escola e Cultura: as bases sociais e epistemologia do conhecimento escolar. Porto Alegre, Artes Médicas, 1993. LEITE, Mirian Soares. Yves Chevallard e o conceito de transposição didática. In: *Recontextualização e Transposição Didática - Introdução à Leitura de Basil Bernstein e Yves Chevallard*. Araraquara (SP), Junqueira&Marin Editores – 2007

²¹⁵ Conforme Bastos (1993, p. 380), para impulsionar alguns programas, o SESP providenciou cursos para Educadores Sanitários, de nível mais especializado. Um destes cursos foi realizado em agosto de 1953, com duas turmas no vale do Rio Doce (uma em Governador Valadares/MG e outra em Baixo Guandu/ES).

não conflitassem com os valores já estabelecidos e respeitados pelas populações mais tradicionais. Como explica o antropólogo, “a sabedoria da tradição tem mais peso entre eles e os gritos de ‘novo’ e ‘melhor’ podem fazer algumas pessoas se porem em guarda em vez de estimularem seu desejo de experimentar” (FOSTER, 1964, p. 15).

A divulgação de novos hábitos e de explicações científicas sobre as doenças e a saúde, realizadas pelos médicos, enfermeiras e engenheiros; ou pelos agentes sanitários e visitadoras; encontrou resistências variadas entre o público-alvo. De acordo com Bastos, (1993, p. 123) muitas barreiras foram difíceis de serem transpostas, desde problemas sociais, questões de ordem psicológica, crenças, superstições, preconceitos, tradições e tabus.

De fato, as novas orientações médico-sanitárias, perpassadas pelo conhecimento científico, não seriam incorporadas como ‘hábito’ da vida cotidiana se não fizessem algum sentido para os indivíduos e comunidades. Em sua avaliação *ex post*, Bastos (1963) pondera que as pessoas aprendem melhor as coisas que correspondem às suas necessidades ou sobre as quais tenham interesse; “elas se desinteressam ou apresentam resistências às aprendizagens de coisas que não utilizam, porque não veem qualquer elemento de interesse nelas” (BASTOS, 1963, p. 332).

Os médicos da Fundação Rockefeller já haviam percebido este fato em sua experiência nas Antilhas e, de acordo com Palmer (2006, p. 571), haviam iniciado “experiências fascinantes em tradução etno-médica”. Entretanto, embora se tivesse incorporado o linguajar pluriétnico e aspectos da cultura local para preparo de material e pessoal, ainda assim, as práticas de intervenção aconteciam ‘pelo alto’, ou seja, o conhecimento autóctone, na maioria das vezes, foi desconsiderado, ou somente utilizado como veículo para o convencimento popular²¹⁶; prevalecendo a concepção de que o que era oferecido pelo técnico americano seria melhor e mais adequado. George Foster (1964; 1985) também registrou em suas observações sobre programas norte-americanos de assistência técnica na América Latina, na África ou na Ásia, o “caráter quase sempre etnocêntrico dos pressupostos de planejadores e especialistas sobre a natureza dos problemas enfrentados” (1985, p. 141). Muitos técnicos de nível superior se surpreendiam quando as pessoas, em determinadas comunidades, rejeitavam certas mudanças que para eles, os técnicos, seriam altamente desejáveis.

²¹⁶ Palmer (2010, p 145 e seguintes) registra uma curiosa apropriação cultural em Trinidad-Tobago, em 1916. Um médico da F. Rockefeller, Frederick Dershimer, criou uma história a partir de outra, muito popular, na língua hindí (falada por imigrantes e descendentes hindus). Na história criada pelo médico, a ancilostomíase seria resultado de uma maldição mística colocada sobre um príncipe por seu pai, o Rei. O príncipe conseguiu se salvar com a ajuda de um curandeiro, que lhe preparou um vermífugo especial e recomendou que fizesse uma latrina e andasse calçado. Pode-se ler a história em: PALMER, S.: “O demônio que se transformou em vermes”: a tradução da saúde pública no Caribe Britânico, 1914-1920. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, v. 13, n. 3, p. 571-89, jul.-set. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v13n3/02.pdf>

Bastos (1963) nos oferece um exemplo bastante prático de como a divulgação e aplicação do conhecimento científico na solução de problemas identificados pelos técnicos, esbarrariam em questões culturais, que limitariam, ou mesmo frustrariam os resultados esperados.

Por exemplo, em um programa que vise o combate da ancilostomose em uma área, três medidas são de alta importância: o uso de medicamentos específicos, o estabelecimento do uso de privadas ou outros sistemas de controle de dejetos, e o incentivo do uso de calçado.

A aplicação da primeira medida não apresenta maiores problemas. As outras duas medidas, porém, se postas em prática, poderão implicar em mudanças profundas na cultura das pessoas atingidas. O uso da privada representa uma mudança relacionada não somente com a higiene pessoal, como também com a habitação. O uso de calçado implica em mudanças ainda mais amplas, pois que não só representa uma substituição fundamental no vestuário, como ainda, pode ter repercussão importante do ponto de vista econômico e social. Para sua aquisição poderá haver necessidade de modificações consideráveis na economia do lar; por outro lado, em muitas áreas a distinção entre as classes sociais, se baseia no uso ou não do calçado.

Portanto, o profissional de saúde ao tratar de reduzir a ancilostomose de uma certa área, ao tentar convencer uma pessoa de que a sua doença resulta de causas naturais e não do poder malévolo de espíritos, ao procurar persuadir uma pessoa a usar medicamentos para combater determinada doença e não utilizar ervas indicadas por curandeiros ou ainda ao tentar convencer uma pessoa a usar água fervida em lugar de água sem ser tratada, ele está na verdade introduzindo mudança na cultura já estabelecida, que poderá ter repercussão fundamental na sociedade onde vivem as pessoas atingidas (BASTOS, 1963, p. 113).

Os exemplos apresentados apontam para as contingências de recepção, pelo público-alvo, do conhecimento científico embutido nas orientações repassadas pelo pessoal técnico do SESP, especialmente pelos médicos, agentes sanitários e visitadoras. A dimensão científico-sanitária de sua atuação previa não somente o estímulo aos cuidados higiênicos com o corpo, visando à saúde do indivíduo, ou com o ambiente, visando o 'bem comum'; como também pretendia atingir a mente do indivíduo, com propósito de introjeção permanente de novos hábitos; e o sentimento cívico da comunidade, no ensejo de estimulá-la para a melhoria de suas condições sociais e econômicas. Tangencialmente também relacionados, ambos os objetivos, com os interesses políticos e socioeconômicos nacionais e internacionais que definiam os Programas.

Como sabemos, a recepção é um processo ativo, em que o receptor pode ou não internalizar a informação recebida. Dependendo do sentido dado ao enunciado comunicativo pelo receptor, ou da forma como a comunicação é realizada, ou de quem faz a comunicação, os objetivos originais projetados serão cumpridos, ou de outra forma, serão rechaçados, interferindo nos resultados projetados pelos planejadores. Neste sentido, é possível compreender, por exemplo, as dificuldades encontradas pelo SESP, no Vale do Rio Doce, e

em outras regiões de estabelecer rapidamente um novo *modus vivendi* em relação às práticas médico-sanitárias. Como vimos no primeiro capítulo, em Governador Valadares, a implementação dos projetos de tratamento da água e do esgotamento sanitário, por exemplo, envolveu uma série de medidas de ordenamento do território urbano, como também o estabelecimento de novos hábitos socioculturais por parte dos beneficiários. Desde a solução das necessidades materiais para instalação de encanamentos e/ou fossas sanitárias, até as condições sociais e culturais do recebimento e uso do serviço de água potável; e mesmo pequenos gestos como fechar uma torneira, demandariam uma mudança de padrão de comportamento, que possivelmente estaria bem resolvida na cabeça dos técnicos, mas que seria novidade para muitos moradores.

Enfim, a circularidade do conhecimento científico, ou a maturação de uma cultura científica, dependeria afinal, da disposição de seus agentes, fossem eles os produtores do conhecimento (do primeiro quadrante da espiral de Vogt), ou seus variados intérpretes (outros três quadrantes). Na 5ª Conferência de Saúde e Educação Sanitária, realizada em Filadélfia, em 1962, da qual o próprio Bastos participou como Vice-Presidente do Simpósio Técnico sobre Investigações em Educação Sanitária, a Organização Mundial de Saúde identificava os serviços de Educação Sanitária como instrumentos para “saltar o abismo que continua existindo entre descobrimentos científicos da medicina e sua aplicação na vida diária de indivíduos, famílias, escolas e distintos grupos da coletividade” (Levy et al, 1996). Entretanto, não bastaria o discurso, nem os métodos e meios, mas principalmente a boa e crédula atuação de seus emissários e a confiança interessada dos indivíduos e comunidades.

A Educação Sanitária ‘científica’ e a emergência de um horizonte de expectativas

Tomando como referência a premissa de Kosellek (2006, p. 307) de que “não há expectativa sem experiência, não há experiência sem expectativa”, poderíamos dizer simplesmente que a divulgação de ‘bons’ hábitos sanitários por meio dos mecanismos operativos do SESP relacionava-se com a necessidade de se abrir caminho para a efetivação do Programa de Saúde Pública aventado pelo acordo de cooperação que criou a agência. Assim, a expectativa a ser alcançada seria a consecução do Programa. Entretanto, o esforço para o alcance desse horizonte revelou um espaço de experiência em que estiveram presentes, de um lado, concepções sanitárias e estratégias de divulgação anteriormente aplicadas (que

comentaremos no capítulo 4); e, de outro, saberes e fazeres populares que divergiam fortemente da orientação sanitária científica.

Resta, então, ponderarmos sobre que expectativas o programa de divulgação de uma cultura científico-sanitária, via Educação Sanitária, se assentaria. Ou melhor, que horizontes de expectativas estariam vislumbrados pela divulgação de uma cultura sanitária, baseada em princípios científicos? Evidenciamos, neste capítulo, os cursos preparatórios para agentes sanitários e visitadoras, justamente porque seu trabalho consistiu em um meio significativo de divulgação dessas novas orientações. Para responder à questão julgamos necessária uma breve apreciação sobre o significado da educação sanitária preconizada pelos programas do SESP.

Na perspectiva de Bastos e Silva (1953, p. 243), a Educação Sanitária seria um conjugado surgido do encontro da Medicina com a Pedagogia, que se utilizaria dos seus princípios e métodos para ir

ao encontro do homem ou da criança, no trabalho ou na escola; (...) nos quartéis, nas fábricas ou nos lares; levando a todos conhecimentos sobre higiene, puericultura, alimentação, prevenção de doenças transmissíveis etc., visando a conservação da saúde (BASTOS; SILVA, 1953. p. 243).

Bastos (1963, p. 107) argumenta que a Educação Sanitária, de um lado, estaria ligada com as ciências naturais pelo seu conteúdo e, de outro, com a educação, pelo processo (métodos e técnicas)²¹⁷. Entretanto, Bastos (1963, p. 108) distingue os domínios das Ciências Médicas, pois delas procederiam disciplinas de fundamentação teórica e prática da Educação Sanitária: a Anatomia, a Fisiologia, a Bacteriologia, a Parasitologia e a Epidemiologia; e as Ciências Sociais (Antropologia, Sociologia, Psicologia Social), cujo corpo de conhecimentos sobre aspectos socioculturais e psicológicos das comunidades convergiram “para a melhoria dos métodos de comunicação” e abririam “caminho para novas e mais satisfatórias técnicas de analisar situações, influenciar e “manipular” pessoas e relações sociais (p. 111). Desse modo, conforme o autor

A Educação Sanitária está, assim, muito longe de ser uma simples tarefa de informação ou propaganda ou a arte de simplificar o conhecimento médico em pílulas, para consumo, ou ser uma espécie de pronto socorro que está sempre em condições de atender aos apelos dos administradores. (...) A Educação Sanitária tem por objetivo mudar noções, sentimentos e formas de comportamento dos indivíduos

217 Para um aprofundamento sobre a questão da necessidade do profissional da saúde conhecer “os princípios gerais do processo de aprendizagem, como também os conceitos da técnica de direção do processo de aprendizagem”, que se aplicam às atividades da Educação Sanitária, Brito Bastos (1963) faz um breve apanhado sobre os conceitos e princípios gerais sobre o processo da aprendizagem que prevaleciam àquela época. Para tanto recorre a autores reconhecidos na área da Educação, tanto norte-americanos (como W.M.H. Kilpatrick, Earl C. Kelley, John Dewey;Thorndike) e intelectuais brasileiros ligados ao desenvolvimento da Escola Nova (Lourenço Filho, Luiz Alves de Mattos, Paulo de Almeida campos, entre outros).

em relação a problemas de saúde, estimulando-os a conhecerem esses problemas, favorecendo informações sobre eles e ajudando-os a planejarem sua solução e a maneira de levarem a cabo esses planos. (BASTOS, 1963, p. 106)

Bastos (1963) ainda registra que o conceito de Educação Sanitária passou por algumas mudanças na primeira metade do século XX. Em 1926, nos EUA, o Dr. Thomas D. Wood havia cunhado um conceito, reafirmado, em 1934, pelo Comitê da Seção de Educação Sanitária (da Associação Americana de Educação Física): “Educação Sanitária é a soma de todas as experiências que exercem influência favorável nos hábitos, atitudes e conhecimentos relacionados com a saúde individual, coletiva e racial”. Em 1947, a partir de consulta a vários especialistas, o “*América Journal of Public Health*” incorporou o conceito já utilizado entendendo que a Educação Sanitária deveria “promover mudanças nos hábitos e atitudes, como foi insistido na necessidade do desenvolvimento do aprendiz num esforço educacional vivo”. Em 1958, na 12ª Assembleia Mundial da Saúde, em Genebra, quando a Educação Sanitária foi o tema escolhido para as Discussões Técnicas, o conceito foi mais uma vez reafirmado, desta vez reconhecendo os esforços e processos de mudança de hábitos: “A Educação Sanitária abrange a soma de todas aquelas experiências do indivíduo que modificam sua atitude ou comportamento com respeito à saúde, e os processos e esforços necessários para alcançarem essas modificações” (BASTOS, 1963, p. 104-105).

Como se pode observar, não houve uma mudança conceitual significativa, mas um refinamento, com retirada de termos que pudessem desvirtuar seu entendimento, ou acréscimo de outros que o facilitassem. Por exemplo, o termo *racial* desaparece nos dois enunciados, de 1947 e 1958. Isto demonstra que o conceito incorporou as influências do pensamento social das respectivas épocas. Fica evidente, por exemplo, a contribuição das Ciências Sociais integradas às atividades do campo da saúde pública, para a mudança de foco dos programas de Educação Sanitária, que passam a 'ver' o indivíduo-alvo também como sujeito da ação saneadora.

O artigo de Bastos e Silva (1953) é sugestivo para o entendimento dos mecanismos pelos quais o SESP, pela via da Educação Sanitária, pretendia atingir parte de seus objetivos. Os autores apresentam alguns termos usados correntemente neste campo de trabalho²¹⁸. Apresentando a educação sanitária de uma comunidade como “o processo de aprendizagem pelo qual o povo numa comunidade se informa e se orienta para se conduzir mais inteligentemente com respeito à saúde” os autores distinguem a Educação Sanitária do

²¹⁸ Conforme os autores “as definições (...) foram retiradas do “Community Health Educator’s Compendium of Knowledge” e “A basic plan for Health Education and the School Health Program 1944. (BASTOS; SILVA, 1953. p. 247)

Público como aquela parte “que tem como objetivo a família e a comunidade” ²¹⁹ (BASTOS; SILVA, 1953. p. 245). A Educação Sanitária do Público, por sua vez, na perspectiva dos autores, assume sentidos variados, conforme as pessoas e funções correlacionadas. Para o sanitaria, “é um instrumento”; “para as diversas divisões de um departamento de saúde e para as repartições e organizações conexas, é uma atividade”; para o indivíduo “é um meio de conseguir uma vida melhor”; para o administrador escolar e professores “é um meio de conseguir ao máximo de experiências sadias para seus alunos”; para a comunidade seria “um ataque conjunto ao estudo e à solução dos problemas de saúde”; “para os povos do mundo inteiro, é uma oportunidade de cooperarem na promoção de completo bem-estar social” (BASTOS; SILVA, 1953. p. 246 - 247). Os autores ainda levantam algumas “definições” que acompanhariam as atividades de Educação Sanitária:

Propaganda – é a difusão de doutrinas especiais sistematizadas;
 Anunciar – é proclamar as excelentes qualidades com o objetivo de provocar o desejo de aquisição ou emprego de capital;
 Fazer campanha – é conduzir uma série de operações para conseguir determinado resultado;
 Fazer relações públicas – é trabalhar no sentido de conseguir a boa vontade do povo para uma organização;
 Informar – é dar notícias ou fornecer fatos;
 Publicar – é difundir informações que se destinam a captar o interesse especial do público;
 Interpretar – é revelar o verdadeiro sentido dessa informação;
 Ensinar ou Educar – é motivar ou facilitar a aprendizagem;
 Aprender – é descobrir, crescer em conhecimento e compreensão (BASTOS; SILVA, 1953. p. 246-247)

Embora Bastos e Silva não tenham relacionado as atividades levantadas com os prováveis emissores de cada uma, podemos identificar as responsabilidades dos vários envolvidos com o programa do SESP, desde os médicos, engenheiros, enfermeiras, até o pessoal auxiliar. O Relatório Geral de atividades /FSESP²²⁰ de 1962, numa retrospectiva sobre os programas realizados no âmbito da Educação Sanitária, na década anterior, destacava que a tarefa educativa junto aos indivíduos, grupos e comunidade seria atribuição dos vários profissionais, “principalmente dos médicos, pessoal de enfermagem e de saneamento”.

²¹⁹O termo *educação do público* é parte do título de um livro de dois médicos norte-americanos (Health Education of the public; de W.W. BAUER, B.S. e Thomas G. HULL). Adquirindo os direitos autorais o SESP providenciou sua tradução para o português, lançando em 1953 a 1ª edição brasileira, com 1.000 exemplares. A tradução foi feita por Almir Castro (Médico Sanitarista do Serviço Nacional da Peste) e Orlando José da Silva (da Divisão de Educação sanitária do SESP) com o título Educação Sanitária do Público.

²²⁰ FSESP. Relatório Geral de Atividades de 1962. Fundo Administração. Seção 2- Caixa 61. Doc. 183 BR.FIOCRUZ-COC/FSESP/A/00/OF/00/183

Também é o que argumenta H.W.Lundy (1951, p. 4), consultor de Educação Sanitária do IAIA, em defesa da necessidade de se aperfeiçoarem os métodos de abordagem:

Todos os que trabalham numa unidade sanitária fazem educação sanitária. Quando o médico convence os pais de que devem vacinar todos os filhos, está fazendo educação sanitária. Quando a enfermeira ou a visitadora ensina a uma mãe a maneira de cuidar de um novo rebento, isto é educação sanitária. E quando um guarda sanitário consegue que um homem construa e use uma sentina, por certo que também fez educação sanitária (LUNDY, 1951, p. 4).

A preocupação de Lundy (1951, p. 4) relacionava-se com a permanência de hábitos e costumes indesejáveis entre o público-alvo do SESP, como o adiamento da ida ao médico até que o estado de saúde se agravasse; ou a recusa ou descaso com a vacinação, o que aumentava os índices de mortalidade infantil. O consultor se perguntava: “Por que esta gente não age com base no conhecimento sanitário que possui?” Sua surpresa diante do resultado inesperado coloca-o diante de uma experiência nova, e de um indicativo de redirecionamento das ações (KOSELLEK, 2006, 313).

Lundy reconhecia, no artigo, que a simples transmissão “ao povo” de fatos sobre a saúde baseava-se numa “errônea concepção que o público agirá se receber informação específica”. Propunha, então, que se articulasse “alguma coisa mais que a mera narração dos fatos”. Sugeria que os indivíduos precisavam ser estimulados, motivados a “pôr em prática aquilo que ele sabe ser desejável”, para que o resultado imediato ou futuro fosse uma “conduta sanitária desejável e ativa”. Nesse sentido, o objetivo da Educação Sanitária, apresentado por Lundy, não deixava dúvidas quanto ao horizonte de expectativa que se vislumbrava, ou seja, a mudança de conduta dos indivíduos através de um conhecimento adquirido que motivasse à ação: “O objetivo da educação sanitária é, pois, levar o público a adotar uma desejada conduta sanitária individual e coletiva através do processo educativo. A conduta é dependente de um conhecimento adequado, mas vai além da mera posse de conhecimento; envolve ação” (LUNDY, 1951, p. 4).

Embora entre 1942 e 1960 o SESP tenha tido duas orientações paradigmáticas, cujas premissas definiram os programas de Educação Sanitária, o objetivo básico permaneceu inalterado²²¹. Portanto, o horizonte de expectativa do Programa de Educação Sanitária, qual seja a mudança de hábitos, também era o mesmo nas duas fases. O que mudou foi a forma de

²²¹ Na primeira fase de atuação do Serviço (1942-1951) predominava a concepção do ‘círculo vicioso da doença e da pobreza’ em que o tripé ignorância-pobreza-apatia era tido como causa do agravamento do quadro nosológico; ou seja, prevalecia a ideia de que os problemas sanitários advinham da ignorância e dos maus hábitos da população. Na segunda fase, a partir de 1951, o entendimento da “saúde como fator de desenvolvimento econômico para o país”, passaria a ser tido como paradigma e a educação sanitária foi reconhecida “como prática técnica e científica” que poderia mudar comportamentos e melhorar a saúde da população atendida (CAMPOS, 2006, p. 231).

intervenção, ou pelo menos a orientação programática. A expectativa sanitária, que visava o futuro, corresponderia, na verdade, a todo um conjunto de transformações que se almejava atingir. Deste modo, estaria ligada à experiência vivida, a um espaço de experiência. No caso, tanto podemos identificar a experiência cotidiana da população (que se quer transformar) como aquela programática do SESP, que também se aventava modificar. Estamos aqui diante de uma superposição de experiências e também de expectativas, que repercutem umas sobre as outras (KOSELLECK, 2006, p. 313). De um lado, as experiências e expectativas dos técnicos e, de outro, as experiências e expectativas da população-alvo, que no caso não foi consultada se desejava mudanças. Logo, o resultado, esperado ou não, seria fruto dessa tensão, pois condições alternativas sempre poderiam mudar o jogo de possibilidades “que contêm mais do que a realidade futura é capaz de cumprir” (KOSELLECK, 2006, p. 313).

CAPÍTULO 3

Ação dos agentes sanitários e visitadoras como divulgadores da cultura científica

A par do discurso oficializado do SESP, é importante ponderar aquele internalizado pelos funcionários que atuaram em seus programas no Médio Rio Doce, especialmente Governador Valadares. Uma análise mais cuidadosa desses depoimentos mostra como pessoas comuns se transformavam em agentes de mudança, propondo melhorias sanitárias que até bem pouco tempo eram novidades inclusive para eles próprios. Ao mesmo tempo, pode-se verificar que a atuação desses agentes era estratégica para a consolidação não só do SESP, como também das novidades sanitárias implementadas. Este capítulo será dedicado às narrativas de entrevistados com o objetivo de traçarmos um perfil destes funcionários e de suas expectativas. Buscaremos identificar nos programas dos cursos para agentes sanitários e para visitadoras, os seus fundamentos e objetivos, exigências e estratégias para a compreensão de como estes funcionários ‘apreenderam’ e divulgaram os novos hábitos de higiene e saúde, e se transformaram mensageiros de um novo tempo.

Formação de ‘pessoal auxiliar’

Após sua criação em 1942 e para o início de suas atividades, no Amazonas e no Vale do Rio Doce, o SESP se utilizou de postos de higiene e pequenos hospitais existentes nas localidades em que se estabeleceu. Bastos (1996, p, 164) registra que para os postos foram designados principalmente “guardas de malária, quase todos oriundos do extinto Serviço Nacional de Malária”, envolvidos com o combate à doença. Os hospitais, por sua vez, foram direcionados a prestar assistência médica à população em geral, mesmo que bem no início dos trabalhos não fosse esta a prioridade. Entretanto, à medida que as áreas de atendimento e as atividades médico-sanitárias foram se expandindo, a partir do final da década de 1940, o SESP redirecionava sua forma de atuação, definindo-se pela fixação de Unidades Sanitárias que integravam diversos serviços. Aos poucos as atividades das Unidades Sanitárias passaram a compreender:

1. Atividades de Saúde Pública: Controle de Doenças Transmissíveis; Estatística Vital; Enfermagem de Saúde Pública; Educação Sanitária; Higiene Pré-natal e da Criança, compreendendo: Higiene Infantil, Higiene Pré-Escolar, Higiene Escolar; Saneamento do meio ambiente, compreendendo: Água, Dejetos, Construção de Fossas, Higiene da Habitação, Combate à Malária, Fiscalização de Gêneros Alimentícios.
2. Atividades de Assistência Médica, compreendendo: Assistência Médica de Adulto; Assistência Médica à Criança; Atividades de Laboratório; Exames de: urina, sangue, fezes, escarro, muco nasal (BASTOS, 1996, p. 166).

Para fazer frente às demandas de cada um desses programas implementados, e em vista da carência de profissionais especializados e da dificuldade em requisitá-los em outros órgãos públicos nacionais, o SESP foi compelido a preparar seu próprio pessoal. Bastos (1996, p. 357) explica que a carência de pessoal qualificado nos campos da saúde e do saneamento levou o SESP a implantar, desde o início das operações em 1942, “como prioridade urgente, um programa educacional para treinamento de pessoal e educação do público, em relação aos problemas de saúde”. Este propósito, de mais a mais, atendia o parágrafo 2 da Cláusula Primeira do Acordo de Cooperação Brasil/EUA que atribuía ao SESP: “o preparo de profissionais para trabalhos de saúde pública, compreendendo o aperfeiçoamento de médicos e engenheiros sanitaristas, a formação de enfermeiras de saúde pública e o treinamento de outros técnicos” (BASTOS, 1996, p. 500)²²².

Neste sentido, os primeiros cursos foram oferecidos aos médicos, e em seguida aos demais profissionais, como enfermeiras e engenheiros sanitários; apoiados na concepção de que o médico e os demais profissionais envolvidos com a saúde pública “sob cuja responsabilidade devem ficar serviços de tanta importância e valor para o país, precisa ser um técnico de altas qualidades com treinamento especializado para as funções que irá exercer” (CANDAU e BRAGA, 1948, p. 579)²²³. Na perspectiva destes dois médicos “o número de elementos de tal quilate, entre nós, é sumamente reduzido”.

²²² O aparato ‘sespiano’, de acordo com Fonseca (2007, p. 216), assemelhava-se em certos aspectos com “os padrões definidos pelo DNS na reforma de 1941”, ao direcionar suas atividades “para o treinamento e a qualificação profissional, a educação sanitária e a criação de uma rede integrada de serviços de saúde”.

²²³ Como parte do Acordo Bilateral, ainda em 1942, o SESP definiu um programa de especialização para profissionais de formação superior (médicos, enfermeiras e engenheiros sanitários), que incluía bolsas de estudos nos Estados Unidos (no Johns Hopkins School, na Universidade de Michigan, na Universidade da Carolina do Norte, entre outros centros), divulgação de bibliografia especializada, manutenção de acervo de publicações afins às demandas do Serviço (BASTOS, 1993, p. 355). A partir de 1944, o SESP passou também a encaminhar seu pessoal para cursos oferecidos por instituições brasileiras, entre os quais se destacam o Curso de Saúde Pública promovido pelo Departamento Nacional de Saúde, do MES, cursos no Instituto de Higiene (SP) e no Hospital Evandro Chagas, em Belém do Pará, e entre 1945 e 1950, em cursos da Faculdade de Higiene da Universidade do Estado de São Paulo e da Escola de Enfermagem (fundada em 1947, com a colaboração técnica e financeira do SESP. Cf. BASTOS, 1993, p. 451). As possibilidades de especialização se ampliaram, nos anos seguintes, com a abertura de novos cursos oferecidos pelas universidades brasileiras, como o Curso de Engenharia Sanitária da Faculdade de Higiene (SP) em 1954; e diversos cursos de enfermagem em Minas Gerais (1945), na Bahia (1949), em Pernambuco (1952) e outros estados (BASTOS, 1993, pág. 363). Além disso, o SESP realizou por sua conta ou em parcerias com outros órgãos, cursos rápidos e treinamento variado para o pessoal em atividade: enfermagem ortopédica

O quadro exposto brevemente acima, e que não será aprofundado nesta discussão, relaciona-se, especificamente, à dificuldade de contratação de técnicos de nível superior com afinidade com a área de saúde pública. Entretanto, outro grupo de servidores foi demandado para o trabalho sanitário, o pessoal auxiliar²²⁴, cuja capacitação fora providenciada pela Divisão de Educação Sanitária. Deste grupo de servidores, faziam parte: auxiliares de enfermagem e auxiliares hospitalares, práticos de laboratório, fiscais sanitários, visitadoras, ‘curiosas’, auxiliar de dentista, agentes (ou guardas) sanitários; que receberiam cada qual, formação inerente à sua área de atuação. Verdade seja dita, a atuação do pessoal auxiliar era indispensável para a realização dos serviços sanitários projetados. A presença destes profissionais no campo da saúde pública precede a criação do SESP, e sua importância suplementar era reconhecida. Vieira e Souza (1936), do Instituto de Higiene de São Paulo, em artigo sobre o “Centro de Saúde” (como) ‘eixo’ de organização sanitária”, embora resguardando a hierarquia, tratam os médicos e engenheiros como oficiais (como numa unidade militar) e os funcionários auxiliares como seus soldados:

Os médicos e engenheiros constituem os principais elementos superiores dos serviços de saúde pública. (...) É óbvio, porém que, tal qual num exército, não se compreende um efetivo composto apenas de oficiais, também na saúde pública, os funcionários técnicos graduados necessitam ser assistidos por auxiliares em número suficiente e com preparo adequado, constituído pelas enfermeiras de saúde pública, educadoras ou visitadoras sanitárias, técnicos de laboratório, inspetores ou guardas etc., para não falarmos no pessoal burocrático, não especializado, atributos de qualquer organização (VIEIRA e SOUZA 1936, p. 24, apud REIS, José R. Franco, 2013).

O papel suplementar desses auxiliares ganha destaque ao considerarmos que o cumprimento de suas tarefas fazia ‘funcionar’ os Postos e Centros de Saúde. Nesta perspectiva, para nosso propósito, destacaremos do grupo dos ‘auxiliares’ os agentes sanitários e as visitadoras, distinguidos no capítulo anterior como mensageiros de uma nova cultura higiênico-científica, colocando em evidência o papel social destes profissionais.

Como vimos anteriormente, o SESP utilizava duas modalidades de ação para divulgação sanitária entre o público-alvo: 1) ação indireta por meio de informação e propaganda utilizando técnicas audiovisuais, cartazes, folhetos; e 2) ação direta, de indivíduo para indivíduo, ou de indivíduo para pequenos grupos; através de cursos, reuniões e palestras,

(entre 1945 e 1946), curso de lepra (1951), seminário de trabalho para professores de Engenharia (1952), curso de revisão de técnica operatória (1955), entre outros (BASTOS, 1993, pág. 368-377).

²²⁴ Conforme Rocha (2005, p.75), “A terminologia é utilizada em documentos do período para se referir não apenas às educadoras sanitárias, mas também às enfermeiras de saúde pública, visitadoras sanitárias, técnicos de laboratório, inspetores sanitários, guardas, dentre outros profissionais, cuja atuação subsidiava o trabalho dos médicos e técnicos especializados”.

dentro e fora da Unidade Sanitária (BASTOS, 1996, p. 335). Dessa maneira, o trabalho externo era realizado pelos agentes e visitadoras que, por sua vez, eram orientados previamente pelos médicos, enfermeiras e engenheiros sanitaristas. Podemos dizer, tendo em vista a perspectiva adotada por Norbert Elias (2006, p. 89), que o desempenho das funções especializadas deste grupo de funcionários responderia às necessidades também especializadas de outras pessoas, constituindo-se as distintas profissões em “conjuntos especializados de relações humanas”. Neste caso, agentes e visitadoras responderiam às orientações dos técnicos superiores que, à sua maneira, interpretavam as necessidades do público atendido, concordante ou não com tais interpretações.

A interação entre as necessidades humanas (potenciais ou reais) e os esforços dos indivíduos para satisfazê-las através da criação de meios especializados, constitui o fator principal para o desenvolvimento (e o desempenho) de uma profissão ou de uma ocupação. Este “é essencialmente um processo de tentativa e erro no qual as pessoas procuram combinar técnicas ou instituições e necessidades humanas”, sendo que “todo passo nessa direção é efetuado por indivíduos” (ELIAS, 2006, p. 89).

Em função desta conjunção de fatores – técnicas, necessidades e pessoas –, também fazem parte deste processo desajustes, discrepâncias e tensões entre instituições e indivíduos, entre pessoas e/ou grupos. Tais ‘desequilíbrios’ podem produzir atritos e/ou conflitos, constranger os membros de um grupo profissional com “problemas que não são por ele criados”. Entretanto, muitas vezes, o profissional acaba por tomar para si problemas que não são seus, e que não tem como resolver. Esta confusão de papéis, profissional/pessoal/institucional, só pode ser entendida considerando as instituições como “parte de uma extensa rede de relações humanas” (ELIAS, p. 89 -91) em que as ocupações, independente das pessoas que as exercem em uma certa época, existem (e modificam-se) em relação à “situação de mudança de uma comunidade inteira que cria as condições para o surgimento de uma nova ocupação e determina o curso de seu desenvolvimento” (Elias, 2006, p. 89).

Tal foi a situação em que se deu a profissionalização de ‘moças e rapazes’ que se inscreveram nos cursos para visitadoras e agentes sanitários organizados pelo SESP a fim de preencher seu quadro de pessoal. No Vale do Rio Doce, entre as décadas de 1940 e 1950, a formação de agentes e visitantes sanitários²²⁵, acompanhou a instalação de centros de saúde

²²⁵ BASTOS, N.C.Brito; SILVA, Orlando José da. Programas educativos nas unidades sanitárias do Serviço Especial de saúde Pública. *Revista do Serviço Especial de Saúde Pública*, Tomo VI, nº 1, Rio de Janeiro, Junho de 1953.

e de pequenos hospitais²²⁶; cujas reformas²²⁷, manutenção, divisão do trabalho, organização burocrática e de assistência médico-sanitária, serviram de experiência para outras áreas incorporadas ao raio de ação do SESP²²⁸ (CAMPOS, 2006, p. 179; CAMPBELL, SHELDON & FRANÇA, 1954); além de relacionarem-se com a emergência local de um novo padrão de desenvolvimento que ensejou mudanças socioculturais, tanto no plano individual como no plano coletivo.

Cabe, portanto, uma apreciação sobre as funções desempenhadas por estes auxiliares destacados, sobre sua ‘formação’ e sobre as relações que estabelecem com os seus superiores, entre si, e com o público. Tal apreciação tem como objetivo compreender a trajetória pessoal e profissional que estes auxiliares percorreram e o universo social pelo qual transitaram. Em outros termos, compreender os agentes e visitadoras em sua singularidade, e nos múltiplos espaços a que estavam expostos e que influenciaram sua conduta pessoal e profissional.

Os cursos de visitadoras e agentes sanitários: A seleção e os cursos

A decisão sobre a oferta de cursos para agentes e visitadoras sanitárias era tomada nas instâncias administrativas superiores do SESP, por meio de notificação e requerimento dos Centros de Saúde e/ou Programas estabelecidos. A partir daí, a notícia sobre a realização dos cursos era divulgada pelos Centros que iriam sediá-los. A provisão dos recursos seria feita pelo Programa que demandou os cursos, e, caso necessário, com ajuda financeira do Escritório Central do SESP, no Rio de Janeiro²²⁹.

A orientação geral do Escritório Central era que fossem requisitados jovens das comunidades locais, interessados em serem treinados para o exercício da função nas mesmas

²²⁶CAMPBELL, Eugene; SHELDON, A. Miller; FRANÇA, Mário. A coordenação de pequenos hospitais com os centros de saúde da comunidade. *Revista do Serviço Especial de Saúde Pública*, Tomo VI, nº 2, Rio de Janeiro, Junho de 1954.

²²⁷ Cf. documentos do FSESP: BR.FIOCRUZ-COC/FSESP/AMS/00/US/00/08 - Construção de um Posto de Saúde em Aimorés, Minas Gerais, Programa do Rio Doce. 1944 – 1946; BR.FIOCRUZ-COC/FSESP/AMS/00/US/00/24 - Construção de um Edifício para Sede do Centro de Saúde da Cidade de Baixo Guandu, Espírito Santo. 1950; BR.FIOCRUZ-COC/FSESP/AMS/00/US/00/61 - Obras no Hospital de Colatina, Espírito Santo. 1950; BR.FIOCRUZ-COC/FSESP/AMS/00/US/00/10 - Alteração de acordo para o estabelecimento de um Centro de Saúde em Governador Valadares e outro em Aimorés (MG-1944).

²²⁸ É importante ressaltar que o investimento em cada um desses pontos não se afastava da orientação geral do Departamento Nacional de Saúde (DNS) em relação a outros órgãos de saúde pública sob sua jurisdição; ou seja, mesmo o SESP mantendo-se autônomo em relação ao Ministério da Educação e Saúde, não se furtava de atuar no projeto de âmbito nacional, no qual o Estado esforçava-se em expandir sua autoridade pelas regiões do interior do país.

²²⁹ Conforme documentos do FSESP: BR.FIOCRUZ-COC/FSESP/AMS/00/CT/FC/28 (Curso de Visitadoras Sanitárias em Colatina Minas Gerais, Programa do Rio Doce; 1946); BR.FIOCRUZ-COC/FSESP/AMS/00/CT/FC/29 (Curso de Visitadoras Sanitárias em Governador Valadares, Minas Gerais; 1947)

comunidades ou em localidades próximas. Em geral, a seleção de candidatos a agentes sanitários e visitadoras para os cursos de formação seguia uma mesma orientação: exigência de curso ginásial ou normal, idade mínima de dezoito anos e máxima de trinta anos, exame de saúde completo (clínico, laboratório e Raio X). Os candidatos deveriam ter boa aparência, boa conduta e idoneidade moral. Também faziam uma prova com questões de português e noções de matemática e um exercício de redação. Ainda havia uma entrevista feita por um técnico do campo profissional relacionado: os candidatos para o campo da enfermagem eram entrevistados por uma enfermeira e um engenheiro entrevistava os candidatos ao setor de saneamento. Os selecionados eram então encaminhados para cursos específicos. Inicialmente de caráter intensivo, tais cursos constavam de aulas teóricas e práticas. Essas últimas – as quais eram dadas uma ênfase maior, possivelmente pela urgência destes auxiliares – eram ministradas por médicos, enfermeiras, dentistas, engenheiros e outros profissionais de nível superior. Embora a necessidade de auxiliares fosse grande e imediata, nem todos os participantes eram aproveitados pelo Serviço. Uma espécie de avaliação era aplicada ao final dos cursos e os que não atingissem a pontuação mínima de setenta pontos seriam reprovados (BASTOS, 1993, p. 387).

Como visto no capítulo 2, os cursos para visitadoras tinham duração de seis meses, enquanto os agentes sanitários eram preparados em menor tempo (cerca de dois meses); as disciplinas dos cursos, também já indicadas, relacionavam-se com as atividades que cada um dos auxiliares realizaria. A Educação Sanitária era uma disciplina básica para todos os cursos. Os alunos eram preparados principalmente nos procedimentos didáticos, individuais e de grupos; os preparadores eram técnicos superiores do Serviço e convidados de outros órgãos e instituições; esperava-se, que depois de formados, os novos auxiliares desempenhassem suas funções com rigor e alta dedicação. Ressalte-se que uma modalidade comum na formação destes servidores era o “treinamento em serviço”, isto é: acompanhado de um ‘técnico superior’ ou ‘colega mais experiente’, o treinando era levado a campo para aprender in loco algumas das tarefas que, ao fim dos cursos, seriam sua atribuição. Também é importante ressaltar que nos cursos para visitadoras havia a disciplina “Ética”, que não aparece no programa dos cursos para agentes sanitários²³⁰.

²³⁰ O programa da disciplina compreendia discussões sobre: “Ética: seu valor na vida privada – na sociedade e outros ramos de atividade; Ética na vida profissional da Visitadora - Requisitos e qualidade; Ética e a comunicação - Centro de Saúde; Ética e o corpo médico – Segredo profissional; Religião – nacionalidade e política aplicada à Ética; A visitadora e a diplomada. Colegas e subalternos; A visitadora e suas atitudes – Casa, mesa, passeio, etc.; Ética aplicada à higiene – Uniforme, cabelos, unhas, dentes, sapatos, etc.; Ética e higiene do trabalho – Nitidez, limpeza do trabalho, fichas; O doente – sua personalidade; O doente – deveres da visitadora e visitas domiciliares. Como realizá-la; Atitude nos diversos problemas do meio; Sugestões e aplicação em classe; Problemas sociais. Ajustamento econômico, alimentação, habitação; Problemas

A preparação das visitadoras e suas funções

A preparação das visitadoras incluía algumas particularidades que merecem destaque. Os planos de curso para treinamento de visitadoras sanitárias do Programa do Rio Doce²³¹, realizado em Colatina (ES) em 1946, e do Programa do Amazonas, realizado em Santarém no mesmo ano, seguiam as mesmas orientações básicas e oferecem detalhes distintivos do curso. O preâmbulo de cada plano justificava a organização do curso em vista da necessidade de melhorias no nível dos enfermeiros práticos associados aos Programas e da impossibilidade de se conseguirem somente enfermeiras diplomadas para execução das atividades, ideal preconizado pelo acordo bilateral. O preâmbulo do Programa do Rio Doce anunciava:

O curso para Visitadoras sanitárias foi planejado tendo em vista a impossibilidade de contratação de um número adequado de enfermeiras com formação profissional e a falta de um número suficiente de visitadoras para complementar os serviços de profissionais.

O curso proverá pessoal auxiliar, essencial para o bom funcionamento dos três centros de saúde existentes e o desenvolvimento da educação em saúde, principalmente através de visitas domiciliares, em 12 localidades do Programa onde não há postos de saúde no presente momento. O objetivo deste projeto é treinar visitadoras com ênfase especial na luta contra os problemas de saúde das cidades e vilarejos do Rio Doce; onde há falta geral de conhecimento e prática de saneamento, higiene pessoal e de alimentação; a morbidade e mortalidade materna e infantil são elevadas; prevalece alta incidência de doenças transmissíveis e elevada taxa de infecção por parasitas intestinais e doenças disentéricas²³².

Além dos requisitos para seleção geral, as candidatas a visitadoras deveriam assinar um compromisso de trabalho no SESP, de no mínimo dois anos, período no qual seriam encaminhadas para onde os seus serviços fossem necessários. Também eram informadas que, no caso de rescisão do contrato, o serviço deveria ser indenizado com a quantia correspondente ao custo da candidata durante o curso²³³. Em relação ao estado civil, eram

sociais. Famílias, escolas e menores desocupados. Cf. Documento BR.FIOCRUZ – COC/FSESP/ AMS/ 00/CT/FC/09 – Curso de Visitadoras Sanitárias em Santarém/PA, Programa do Amazonas; 1946)

²³¹Cf. documentos do Fundo FSESP: BR.FIOCRUZ-COC/FSESP/AMS/00/CT/FC/28 - Curso de Visitadoras Sanitárias em Colatina Minas Gerais, Programa do Rio Doce; 1946; e BR.FIOCRUZ- COC/FSESP/ AMS/ 00/CT/FC/09 – Curso de Visitadoras Sanitárias em Santarém/PA, Programa do Amazonas; 1946.

²³² Fundo FSESP: BR.FIOCRUZ-COC/FSESP/AMS/00/CT/FC/28 - Curso de Visitadoras Sanitárias em Colatina Minas Gerais, Programa do Rio Doce; 1946.

²³³ Idem.

selecionadas preferencialmente as solteiras; mas também poderiam ser viúvas; e, caso a selecionada fosse casada, era necessária a permissão do marido²³⁴.

Para se alcançar os objetivos do curso que tinha caráter intensivo, essencialmente prático e visando a educação pessoal da aluna, resolveu-se adotar o regime de internato, no qual elas deviam assumir a responsabilidade de executar, em rodízio, todas as tarefas domésticas de higiene da habitação, da alimentação, do vestuário, etc., “pondo imediatamente em prática aquilo que foi ensinado em aulas teóricas”²³⁵. O SESP se encarregava, em cada localidade que recebesse os cursos, de providenciar uma residência que pudesse alojar gratuitamente as alunas, que também fariam jus a uma ajuda de custo de cem cruzeiros mensais.²³⁶ Campos (2006, p. 228) registrou que na “nova Escola de Enfermagem de Manaus” o regime de internato não era aceito pelas estudantes e suas famílias e que no Vale do Rio Doce, “nos cursos de formação de visitadoras sanitárias, as jovens só podiam frequentar as aulas quando acompanhadas por pais, irmãos ou maridos”. Em função destas resistências, o regulamento²³⁷ do internato para o curso era bastante rigoroso: havia horário definido para o café da manhã (6h30), almoço (12h00) e jantar (18h30); as alunas deviam comparecer ao refeitório devidamente arrumadas e penteadas; além de trazer seu uniforme completo e limpo, e os cabelos presos; todas as alunas deveriam zelar pela higiene e organização de seu quarto, onde não era permitido conservar gêneros alimentícios; eram permitido a elas três saídas na semana: quinta-feira, sábado e domingo, com horário para retorno; as alunas que tivessem parentes ou responsáveis na cidade poderiam dormir em sua casa no sábado para domingo; haveria um livro de saída com controle diário (com destino, e controle de horário de saída e retorno); haveria horário obrigatório de estudo (entre 19h30 e 21h00). O regulamento ainda previa sanções por qualquer infração: 1ª vez: chamada atenção; 2ª vez: suspensão de quinze dias; 3ª vez: convite a retirar-se do curso.

De acordo com os planos de curso mencionados, as candidatas teriam dois uniformes de casa, fornecidos pelo SESP; e dois uniformes de serviço (vestido de cor bege; chapéu americano de cor bege; sapato marrom, salto baixo de tipo abotinado; e meias soquete bege;

²³⁴ Documento do Fundo FSESP: BR.FIOCRUZ-COC/FSESP/ AMS/ 00/CT/FC/09 - Curso de Visitadoras Sanitárias em Santarém/PA, Programa do Amazonas; 1946.

²³⁵ Fundo FSESP: BR.FIOCRUZ-COC/FSESP/AMS/00/CT/FC/28 - Curso de Visitadoras Sanitárias em Colatina Minas Gerais, Programa do Rio Doce; 1946.

²³⁶ Em 1946 esse valor corresponderia a cerca de cinco dólares americanos. Valor do dólar em 1947: CR\$18,60 cruzeiros. Valores do IPEA.

²³⁷ Documento do Fundo FSESP: BR.FIOCRUZ-COC/FSESP/AMS/00/CT/FC/09 - Curso de Visitadoras Sanitárias em Santarém/PA, Programa do Amazonas; 1946.

relógio de pulso e caneta tinteiro) a serem adquiridos por elas próprias. No período de trabalho, somente seria permitido esmalte de cor natural e uso de ‘rouge’ discretamente, não sendo permitido o uso de batons. Também não seria permitido uso de jóias quando uniformizadas. O SESP fornecia para cada visitadora uma maleta equipada, marcada com seu nome e a marca do SESP, contendo material necessário para o trabalho de campo (visitas domiciliares e outras). As visitadoras zelariam cada qual pela sua maleta que seria mensalmente inspecionada pela enfermeira supervisora²³⁸.

Enfim, o curso se organizaria em aulas teóricas²³⁹ e práticas, sendo que a parte prática teria maior ênfase. No primeiro mês, as alunas teriam instrução prática e fariam visitas de reconhecimento a locais relacionados às atividades (bairros, escolas, unidade de saúde). Do segundo mês em diante, começaria a “formação especializada da função de visitadora”²⁴⁰. Como exercício de treinamento, as alunas, sempre supervisionadas, fariam palestras para escolares, mães, gestantes e parteiras, operários, etc. Terminado o curso, as novas visitadoras, com o vencimento inicial de Cr\$750,00 mensais²⁴¹, seriam destinadas aos trabalhos de educação sanitária no Vale do Rio Doce em colaboração com as unidades sanitárias já existentes, e com as que se criariam posteriormente²⁴².

De acordo com BASTOS e SILVA (1953, p. 266-271), as atividades das visitadoras se conciliariam com as necessidades de cada Unidade onde seriam admitidas. Acompanhando a listagem feita por estes dois médicos do Departamento de Educação Sanitária do SESP, encontramos 41 tarefas que seriam atribuídas às visitadoras (ver anexo 1). No caso do Vale do

²³⁸ Conteúdo das maletas para visitadoras: folhas de papel para saquinhos; folhas de papel manilha para forrar a mesa, quadrados de papel para saboneteira; sabão e saboneteira, avental, toalhas de papel ou de pano; um vidro com álcool, um vidro com tintura de iodo; uma tesoura, uma pinça anatômica, uma pinça Pean (utilizada para prender gazes); um estojo com uma seringa de 2cc., 2 agulhas para injeção intramuscular e 2 para subcutâneas, passe-partout (peça que se adapta às seringas de injeção a fim de possibilitar a aplicação de agulhas de quaisquer calibres) e serrinha; fósforos, um vidro de Nitrato de Prata (1%), uma latinha com vaselina, dois termômetros nas caixas, uma balança pesa-bebês (facultativo); um saquinho de papel com algodão; um saquinho de papel contendo gaze, esparadrapo, atadura, palitos cirúrgicos e espátulas; uma cuba; fichas de controle e manual. Cf. documento: Fundo FSESP - BR.FIOCRUZ-COC/FSESP/AMS/00/CT/FC/16 - Dossiê referente a projeto RD-VIT.

²³⁹ De acordo com o programa do curso em Colatina, 1946, as alunas teriam 189 horas de aula teóricas.

²⁴⁰ Conforme já mencionado, as disciplinas seriam distribuídas em diversas aulas (três por dia). O Programa do Curso abrangia conteúdos de: Saúde Pública (Noções de Higiene materna e infantil; Higiene escolar; preparo para visitas domiciliares); Higiene geral; Noções de Anatomia e Fisiologia do corpo humano; Saneamento; Nutrição; Doenças transmissíveis; Ambulatório; Ética; Horticultura e Avicultura (prático); Laboratório (prático); Primeiros Socorros; Educação Física (ginástica, jogos, canto). Documento do Fundo FSESP: Fundo FSESP: BR.FIOCRUZ-COC/FSESP/AMS/00/CT/FC/28 (Curso de Visitadoras Sanitárias em Colatina Minas Gerais, Programa do Rio Doce; 1946)

²⁴¹ Equivalentes a cerca de quarenta dólares, americanos em 1947. De acordo com índices do IPEA, em relação ao poder de compra em 2014, o valor corresponderia a R\$487,00.

²⁴² Fundo FSESP: BR.FIOCRUZ-COC/FSESP/AMS/00/CT/FC/28 - Curso de Visitadoras Sanitárias em Colatina Minas Gerais, Programa do Rio Doce; 1946.

Rio Doce, podemos considerar que todas elas seriam realizadas (ou pelo menos indicadas), pois os três tipos de Unidades ali estariam representados nos Centros de Saúde (Colatina, Aimorés, Governador Valadares).

Uma breve apreciação das tarefas das visitadoras, materializadas nos verbos da lista de atividades, são um indicativo de que do seu trabalho se esperava um efetivo movimento de mudança sanitária e sociocultural. Seleccionamos os verbos: demonstrar (fazer demonstração), descobrir, atrair, incentivar, articular, interpretar, orientar, aconselhar, esclarecer, ensinar, convencer, instruir, interessar, insistir; todos eles remetendo, inegavelmente, para a percepção e recepção de algo novo ou diferente do que seria usual. São todos verbos de ação, que embora expressem tanto metas específicas (demonstrar, esclarecer, descobrir...) como mais gerais (incentivar, atrair, articular...), possuem duas dimensões: a intenção propriamente dita expressa pelo verbo (ensinar, convencer, instruir...) e a intenção do resultado da meta pretendida. O objetivo principal da educação sanitária, “que é a mudança de conhecimentos, sentimentos e comportamentos do indivíduo em relação à saúde” (BASTOS, 1963, p. 311), está subtendido em todas as ações programadas. Atingir estas metas significaria fundamentalmente uma mudança não só das “maneiras de pensar, mas toda a estrutura da personalidade, a economia psíquica que Elias designa sob um nome antigo, *Habitus*” (CHARTIER, 2001. p. 21).

Comumente encontramos na documentação oficial e nas ponderações dos técnicos superiores uma avaliação pragmaticamente positiva sobre o trabalho das visitadoras. Segundo estas avaliações, o trabalho das visitadoras teria a vantagem do contato direto e permanente com os membros das comunidades assistidas, especialmente com as famílias. A visitadora teria a chance de maior intimidade com a dona de casa, com as mães, ficando a par de seus problemas e necessidades, de suas crenças e preconceitos. Dessa maneira, estariam em “posição estratégica para colocar informações científicas em linguagem simples e acessível que as pessoas leigas compreendam, aceitem e ponham em prática” (BASTOS, 1963, p. 170) e o bom desempenho de suas tarefas ofereceria oportunidades para atingir-se o propósito da mudança de hábitos higiênicos, de cuidado com a saúde, e até de convívio social.

Diante de tão abrangente e sobrecarregada agenda, não surpreende a glamorização que cercava a cerimônia de formatura ao final dos seis meses do curso. A apresentação pública em clube recreativo, o discurso, o baile, tornavam a cerimônia um evento social. Uma nota com o título “Escola de Visitadoras”, no jornal “Voz do Rio Doce”, de Governador Valadares, sobre um curso para visitadoras sanitárias realizado na cidade, com a orientação da enfermeira Flora

Mesentier²⁴³, notabilizava a função: “(...) as candidatas à árdua e nobre missão, se munem dos vários conhecimentos, capazes de credenciá-las a levar aos nossos lares os bons preceitos higiênicos para salvaguarda da saúde, na luta constante contra a morte (Voz do Rio Doce, 27 jul. 1947, p. 1-4). A notícia do jornal prenunciava que estas profissionais seriam recompensadas com os “sorrisos sadios que fariam renascer em faces macilentas e cadavéricas, nos vagidos famintos dos recém-nascidos cheios de saúde e nas faces orgulhosas das mães felizes”.

O mesmo jornal, em quatro de janeiro de 1948, festejou o encerramento de outro curso, cuja “sessão solene de entrega dos diplomas das formandas” foi realizada na “sede do ‘Ilusão S.C.’²⁴⁴”. Na solenidade, estiveram presentes o Dr. Lauro Melloni, Assistente do Diretor do Programa Rio Doce; a senhorita (Miss) Ella Hasenjaeger, consultora da escola de Enfermagem de São Paulo; Dr. Emerson Ferreira, chefe do Centro de Saúde; D. Flora Mesentier, Diretora do Curso; Mr. Montanari, Chefe da Divisão de Engenharia do SESP; e autoridades locais, entre as quais o prefeito, o promotor de justiça, vereadores, além de convidados da comunidade. A nota elogia o discurso da Diretora do Curso e paraninfa das formandas como: “Oração meditada e eivada de conselhos às suas paraninfadas; estimulante para os sentimentos filantrópicos de nossa gente, e cheios de ensinamentos, inspirados na obra de Florence Nightingale” (*Voz do Rio Doce*, 4/01/1948, p. 1).

O registro, no *Boletim do SESP*, de novembro de 1951, sobre a finalização de um curso em Colatina, é emblemático:

No dia 15 de setembro último graduou-se mais uma turma de Visitadoras Sanitárias e Auxiliares Hospitalares dentro do programa de treinamento de pessoal especializado, levado a efeito pelo SESP. Desta vez foi o Programa do Vale do Rio Doce o beneficiado. Uma solenidade muito expressiva marcou o ingresso das novas profissionais na vida prática.

No Clube Recreativo Colatinense, da cidade de Colatina, teve lugar a cerimônia de graduação. O Paraninfo escolhido pela turma foi o Diretor do Programa, Dr. Durval Bustorff Pinto. Como homenageado de Honra figurou o Dr. Ernani Braga, superintendente do SESP. Os Homenageados foram: Drs. Henrique Maia Penido, Álvaro José Pinho Simões, Arlindo Lavigne de Lemos e Enfermeiras Maria Rosa Pinheiro e Nadyr Matos Moura.

Pela manhã houve missa solene na Matriz local e a festa de formatura realizou-se, à noite, nos salões do Clube Recreativo Colatinense. (*Boletim do SESP*, Nov. 1951, p. 3-4)

²⁴³Flora Mesentier, professora/enfermeira da Escola "Carlos Chagas" de Belo Horizonte, que recebeu ajuda técnica e financeira do SESP a partir de 1945. Cf. BASTOS, 1993:455.

²⁴⁴Nesta época, o Ilusão Social Clube era um dos principais clubes sociais da cidade de Governador Valadares.

O convite para a cerimônia, segundo o Boletim, “demonstra o espírito que anima as novas profissionais visitadoras e auxiliares Hospitalares”, que com os seus nomes, encarregaram-se de escrever um acróstico (abaixo) distinguindo “a frase que será lema de sua tarefa em bem da humanidade: “TORNAREI AMENO O SOFRIMENTO ALHEIO”.

dade: «TORNAREI AMENO O SOFRIMENTO ALHEIO».

Hilda Trés
 Hilca de Oliveira
 Leni Rodrigues
 Darquila Nunes de Castro
 Maria Aurea Coelho
 Jacy Rodrigues
 Nédia Emerick
 Célia Miranda

Nilza M. Aguiar
 Narmic Pimenta
 Arany de Souza
 Zita Conceição
 Antonia Souza

Olga P. Oliveira

Pedrina Schwanbach
 Maria do C. Oliveira
 Neusa Fernandes Barbosa
 Ziva Roseiro
 Ilda Lima
 Olga Machado Fernandes

Honorata Coelho
 Alcione Bandeira Rosa
 Arlete Tavares
 Gilda Conceição

Maria Antonieta Tavares
 Eny Salles
 Theresinha Christino
 Mariana Krusemark
 Zélia Paiva Tristão
 Colatina, 31 de Agosto de 1951

Figura 4 – Acróstico no convite de formatura – Visitadoras e auxiliares hospitalares – Colatina/1951. *Boletim do SESP*, n. 17, novembro de 1951, p.3.

O discurso de formatura, feito pela aluna visitadora Maria do Carmo de Oliveira, após fazer referência ao quadro sanitário adverso na região, faz loas ao aprendizado de todas as disciplinas e às atividades práticas, agradece aos supervisores médicos e enfermeiras; valoriza o trabalho que daí em diante as visitadoras realizarão de “mostrar ao povo as finalidades dos Serviços de Higiene Materna, Higiene Infantil, Pré-escolar, Escolar, prevenção de Doenças transmissíveis e necessidade de boa alimentação”. Ao finalizar o discurso, a oradora anuncia uma expectativa cívica para o trabalho das visitadoras e auxiliares hospitalares: “Avante companheiras, pois exemplos de dedicação e esforço não nos faltam e, neles apoiados,

esperemos confiantes a vitória de nosso trabalho, que será proporcionar para o futuro o brasileiro que o Brasil merece”²⁴⁵.

Os registros apresentados se relacionam com o advento de um novo tempo, em que novos valores e posicionamentos individuais e coletivos seriam necessários. O trabalho das visitadoras é apresentado como fomento de mudanças de hábitos e atitudes e como contributo para o desenvolvimento do país. Certamente, o status dado a elas, através da solenidade de formatura, contribui para elevar sua autoestima pessoal e profissional, mas também é uma forma de fazê-las comprometidas com seu novo trabalho e formação. Enfim, num tempo em que a presença feminina no mercado de trabalho ainda causava sobressaltos e constrangimentos de toda ordem, as visitadoras podem ser colocadas numa posição de vanguarda, especialmente em cidades do interior, como Colatina, Aimorés e Governador Valadares, onde tradicionalmente as mulheres se dedicavam a atividades ‘do lar’. De mais a mais, é importante registrar que as visitadoras também passaram por um processo de (re)educação, em que certamente tiveram de abandonar hábitos e crenças que marcavam suas rotinas nas pequenas cidades e vilarejos dos quais provinham. Eventos como a saída de suas casas, a experiência no internato, o convívio com pessoas desconhecidas, a subordinação a autoridade diferente da costumeira (família), o uso de uniforme distintivo e de maleta funcional, o aprendizado de um novo código social e, enfim, a responsabilidade de ensinar o que foi aprendido, afetariam fortemente suas vidas. O que pretendemos acentuar com estas ponderações é o intrincado contexto e circunstâncias em que as visitadoras se tornaram divulgadoras de práticas sanitárias e higiênicas em meio adverso, e a superestimação de suas atribuições.

Os agentes/guardas sanitários – preparação e funções

De acordo com Foster (1985, p. 16), os objetivos das mudanças recomendadas pelos programas de cooperação e assistência técnica eram duais, implicando tanto mudanças da conduta das pessoas, como mudanças no meio ambiente físico. O trabalho dos agentes sanitários relacionava-se diretamente com esta segunda direção e se propunha “a modificar o ambiente que rodeia o homem, a água que bebe, o ar que respira, a casa em que vive” (BASTOS e SILVA, junho de 1953, p. 266). O acordo básico que estabeleceu as ações do Programa do Amazonas e do Vale do Rio Doce estabeleceu como atividades concomitantes o

²⁴⁵ *Boletim do SESP*, n. 17, Nov. 1951, p. 4-5.

saneamento de ambos os vales, a profilaxia da malária e a assistência médico-sanitária aos trabalhadores ligados ao desenvolvimento econômico das referidas regiões²⁴⁶. O conceito de saneamento expresso no manual disponível para os guardas sanitários e seus inspetores definia que o saneamento era

Um modo de vida, uma qualidade do viver, expresso em casa limpa, fazenda limpa, comércio e indústria limpos e vizinhança limpa; sendo um modo de vida, vem do povo, é alimentado pelo saber e cresce como ideal e obrigação nas relações humanas. Sendo parte de um todo, peça de um conjunto, deve funcionar em sincronização com este todo, para que seja acelerado, a fim de que se alcance, com o menor desperdício possível, o objetivo final comum, que é a saúde: Completo bem-estar físico, mental e social, independente de doença ou moléstia (SESP, *Manual de Saneamento*, 1960, p. 1)²⁴⁷.

Neste sentido, o saneamento seria peça chave para o controle de doenças variadas que afetavam grande parte da população nas áreas atendidas, “onde um não bem orientado serviço de abastecimento de água e um não perfeito sistema de esgotos acarretam os piores males, com seus mais terríveis efeitos sobre a população local” (FERREIRA, 1948, p. 1039). No caso, os inquéritos epidemiológicos realizados no início das atividades do SESP, nas duas áreas (Amazonas e Rio Doce), apontavam para a existência de muitas doenças, como a malária, que não seriam controladas apenas pela medicação, muitas vezes experimental. O saneamento foi, então, igualmente tomado como medida profilática complementar aos esforços da medicina curativa e preventiva²⁴⁸.

Deste modo, nos primeiros anos do SESP, o desenvolvimento dos trabalhos de saneamento demandava pessoal para tarefas relacionadas com o controle da malária, tais como: mapeamento, entomologia, aplicação de larvicidas, distribuição de comprimidos de atebriina (medicação), envolvimento na campanha antimalárica. O SESP realizou, então, a partir de 1944, sob a coordenação da Divisão de Engenharia dos programas em execução, cursos para treinamento de Guardas Sanitários, posteriormente classificados como Auxiliares de Saneamento. À medida que as demandas aumentaram e o SESP responsabilizou-se por um amplo programa de saneamento, as atribuições dos agentes sanitários também foram

²⁴⁶ CF. Bastos (1996, p. 500-501): Contrato sobre Saúde e Saneamento firmado entre o governo do Brasil e o governo dos Estados Unidos da América por intermédio do Institute of Inter-American Affairs.

²⁴⁷ Cf. documento: BR.FIOCRUZ-COC/FSESP/A/00/0F/00/29- caixa 21 dossiê 29 – Manual de saneamento/1960. De acordo com Bastos (1996, p. 403) somente “em 1964, o Manual de Saneamento foi completamente revisto”.

²⁴⁸ Os programas de saneamento consistiram na Implantação de sistemas de abastecimento de água e de esgotos sanitários. Foram dotadas desse importante elemento de Infraestrutura sanitária, até 1949, as cidades de: Itacoatiara, Parintins (AM), Abaetetuba, Macapá, Santarém, Cametá e Marituba (PA), na Amazônia. Aimorés e Governador Valadares (MG) e Colatina (ES), no Vale do Rio Doce, as três últimas com água e esgoto.

redimensionadas. Os cursos foram ampliados em termos de conteúdos e os agentes passaram a ter tarefas como: coleta de dados sanitários; difusão de instruções sobre saneamento; visitas periódicas às instalações construídas pelo SESP, para verificação e orientação de uso. Enfim, tornaram-se elo entre o Posto de Higiene ou do Centro de saúde e o domiciliado (BASTOS, 1993: 397).

Além das disciplinas teóricas que foram mencionadas no capítulo 3, os cursos para agentes sanitários ofereceriam conteúdos relacionados à atuação prática in loco: Destino dos dejetos: privadas e tanque séptico; Construção e manutenção de campos de drenagem; Abastecimento de água; Destino do lixo; Manipulação de leite e outros alimentos; Controle de vermes e roedores; Controle de matadouros; Confeção de mapas; Inquérito sanitário. O Curso incluía ainda, o mínimo de 160 horas de trabalho de campo, orientação, supervisão, abrangendo o seguinte: Construção de uma privada higiênica de 80 x 80 cm; Construção de uma privada higiênica retangular; Inspeção sanitária de privadas de todos os tipos; Inspeção de poços; Construção de privadas com piso de concreto”, entre outras (BASTOS, 1996, p. 402-403) ²⁴⁹.

Uma nota curiosa é que a finalização dos cursos para agentes sanitários não tinha a mesma glamorização que para os cursos das visitadoras, embora a presença de autoridades também lhes desse relevo. As formaturas eram noticiadas de forma mais discreta e econômica, como o anúncio de cerimônia no Boletim do SESP, em fevereiro de 1957:

Realizou-se, em Governador Valadares, MG, em 29 de dezembro findo, a cerimônia de entrega dos certificados aos concludentes do Curso de Auxiliar de Saneamento, levado a efeito naquela cidade, sob os auspícios da Divisão de Educação e Treinamento do SESP.

Como já noticiado anteriormente, o curso ora concluído, teve início em 19 de setembro de 1956, cabendo sua direção ao engenheiro S.E. Cynamon.

À solenidade de encerramento, presidida pelo Dr. Almiro Almeida, Chefe da Unidade Sanitária daquela cidade, compareceram o prefeito municipal, Dr. Ladislau Sales, autoridades eclesiásticas e militares e representantes da imprensa local.

São os seguintes os novos auxiliares de saneamento: Antônio Carlos Reis, Olímpio Meneses Fontes, Sílvio Mendes Santiago e Francisco Alves de Oliveira, do Programa do Nordeste.

Ary Amorim de Moura, Élio Pereira dos Santos, Jaime Manoel dos Santos, Hilton Nascimento Araújo, José Cadidé de Moraes, Raimundo José Coelho e Wilson Cavalcanti Rocha, do Programa da Bahia (*Boletim do SESP*, fev. 195, p. 3).

De caráter mais austero, as atividades práticas que tornaram os agentes sanitários elementos imprescindíveis nas Unidades Sanitárias se faziam acompanhar de tarefas de cunho educativo. Um exercício semelhante àquele feito com a listagem oferecida por Bastos e Silva

²⁴⁹ Atividades também relacionadas em relatório de curso em Colatina/ES, em 1951. Documento BR.FIOCRUZ-COC/FSESP/A/00/OF/00/165 - Aspectos do curso para agentes sanitários.

(1953) sobre as atividades das visitadoras – a seleção dos verbos– sugere uma proximidade entre os objetivos do trabalho de ambos auxiliares no que tangenciava à abordagem da Educação Sanitária. Os dois médicos também listaram cerca de trinta atividades que seriam desempenhadas pelos agentes sanitários (Anexo 2) ou pelas quais teriam responsabilidade. Selecionamos, da lista de atividades, os verbos: orientar, ajudar, desenvolver, aconselhar, esclarecer, ensinar (BASTOS e SILVA, 1953, p. 272-275), que indicam que também aos agentes sanitários eram delegadas funções estratégicas no intuito de incitação aos moradores à melhoria de suas moradias e à utilização de equipamentos sanitários, que elevassem suas condições de saúde.

Embora o trabalho dos guardas sanitários, focado no meio físico, não atingisse a intimidade familiar dos domiciliados, perscrutada pela presença das visitadoras sanitárias, a visita do “auxiliar de saneamento” ao domicílio ganhava contornos modeladores de novas práticas e posturas ao incentivar a mudança de hábitos sanitários costumeiros. Haja vista a construção de latrinas, por exemplo, um programa fundamental em toda área de atuação do SESP no Vale do Rio Doce²⁵⁰, na primeira década de sua existência, cujo objetivo seria equipar as famílias com o aparato necessário para aprender um novo padrão sanitário: a eliminação higiênica de seus excrementos. Neste trabalho, especificamente, os agentes, deveriam instruir os moradores sobre a construção das fossas sanitárias e orientá-los quanto a seu uso, além de fazer periodicamente a inspeção local para verificar os resultados. Neste sentido, é reveladora a orientação expressa no Manual de Saneamento sobre a postura dos agentes no que se refere às visitas e orientações realizadas:

A visita do auxiliar de saneamento ao domicílio é feita com o intuito de prestar ajuda ao morador. Dentro de casa ele está em propriedade particular e, se o respeito às convicções e procedimentos alheios é sempre, além de boa norma, uma obrigação social, aqui no domicílio, quem visita está em terreno particular e deve sobretudo respeitar, no mais amplo sentido da palavra, usos e costumes alheios, inclusive a ignorância alheia (Fundação SESP, *Manual de Saneamento*, 1960, p. 12)²⁵¹.

A partir do enunciado acima, podemos inferir que os agentes sanitários tiveram que lidar com situações que não estariam sob seu controle, mas que dependeriam da disponibilidade e interesse dos moradores em recebê-los e acatar ou não suas orientações.

²⁵⁰FSESP, cx. 48, doc. 40 – Privadas sanitárias para a cidade de Governador Valadares. FSESP, cx. 48, doc. 45- Construção de sentinas, em pequenas cidades do Estado de Minas Gerais. Projeto: RD-MGE-9; FSESP, cx. 45, doc. 24: Construção de sentinas em várias localidades do Estado do Espírito Santo e FSESP, cx. 45, doc. Construção de fossas e privadas no acampamento de trabalhadores em “Linhas Abaixo”.

²⁵¹ Documento: BR.FIOCRUZ-COC/FSESP/A/00/0F/00/29- caixa 21 dossiê 29 – Manual de saneamento/1960

Além disso, sua presença representava um instrumento externo de controle do meio físico e de garantia da permanência de padrões aceitáveis de higienização. Diferentemente da atuação ‘doméstica’ das visitadoras, que resguardava a intimidade dos lares, as intervenções dos agentes sanitários colocavam a público certas condições socioculturais particulares que permaneciam encobertas ou subtendidas, como a condição de habitação e limpeza das propriedades ou, no caso de estabelecimentos comerciais, as condições de armazenamento e comercialização de alimentos. O controle do meio, afinal, alcançaria as pessoas e as relações que estas estabeleciam entre si e com a coletividade. Nesta direção, Teixeira (2008, p. 970) afirma que a divisão de trabalho entre visitadoras e guardas sugere “o limite da intervenção masculina no mundo doméstico, mas ao mesmo tempo preserva a separação entre controle do meio e controle de seres humanos, das coisas e das pessoas, mantendo implícitas suas imbricações”.

De acordo com Campos (2006, p. 229), as visitas feitas aos domicílios, pelas visitadoras, “desempenhavam um papel político e simbólico essencial – era o momento em que uma representante do poder público entrava no espaço privado das populações rurais”. Podemos avaliar o mesmo em relação ao papel dos agentes sanitários, que embora fossem orientados a atuarem como “um conselheiro, um amigo, cujo propósito será de ajudar a solucionar os problemas das famílias e dos membros de sua comunidade” (Bastos e Silva, 1953, p. 272), não deixariam de anotar e registrar na Unidade Sanitária quaisquer deficiências sanitárias nos domicílios ou em estabelecimentos públicos que constituíssem perigo para a saúde do indivíduo ou da coletividade; e nem deixariam de orientar os moradores e/ou proprietários dentro das ‘normas adotadas em saúde pública’, mesmo que estas ainda não tivessem sido transformadas em leis, na maioria das localidades²⁵². Isso significa dizer que a presença dos agentes nas moradias e logradouros teve uma dimensão complexa e com efeitos ampliados, uma vez que eles tinham o poder de acionar a lei, as autoridades. A eles coube a inspeção, a vigilância e, em consequência, certo controle territorial. Neste sentido, o papel educativo dos agentes, expresso nas atribuições que lhes cabiam frente ao público-alvo, era estratégico para a consolidação das inovações sanitárias propostas. Segundo Bastos (1963, p. 140), estes servidores representavam no programa de educação sanitária “o centro de uma

²⁵² Em Governador Valadares, por exemplo, o abate clandestino e a qualidade sanitária da carne bovina e suína vendida nos vários açougues da cidade, era uma preocupação do Centro de Saúde do SESP. Entretanto, somente no início da década de 1960, é que a Prefeitura Municipal e Câmara de Vereadores se mobilizam para regularizar o funcionamento do matadouro municipal e de sua fiscalização. Cf.: *Jornal Voz do Rio Doce* 03/02/1946; *Jornal Voz do Rio Doce* 19/05/1946; Documento do CEDAC- n. 36/53: Requerimento da Câmara Municipal em 20/3/1953 Autoriza edital de concorrência para construção de Matadouro Frigorífico e exploração dos serviços de matadouro; *Jornal Diário do Rio Doce*, 12/10/1960.

esfera de influência imediata sobre seus amigos, vizinhos e parentes, bem como sobre todos os membros do público em geral com quem ele mantém contato durante o seu trabalho”.

Enfim, a orientação geral da pedagogia sanitária implementada pelo SESP apoiava-se na concepção de que era preciso que os “indivíduos fossem levados não somente a compreender os diversos princípios de higiene, mas também a pô-los em prática” (CANDAUI; BRAGA, 1948, p. 584). Ou seja, pretendia-se como resultado que eles desenvolvessem uma “consciência sanitária”²⁵³ que despertasse neles o conceito da saúde como norma de bem-estar e de solidariedade social. Nesse caso, a atuação dos agentes e visitadoras sanitárias é merecedora de atenção, pois os mesmos, em sua maioria, são oriundos dessa população que se pretendia (re)educar. Portanto, eles também passaram pelo mesmo processo de ‘conscientização sanitária’ nos cursos preparatórios dos quais obrigatoriamente participavam.

As práticas sanitárias a partir das memórias de visitadoras e agentes sanitários

As memórias de agentes sanitários e visitadoras, que serão apresentadas em seguida, oferecem algumas nuances sobre como pessoas comuns se transformavam, pela aprendizagem e atuação, em agentes de mudança. É preciso ponderar, entretanto, que o depoente ao se remeter ao passado, o faz a partir da percepção do presente; ele não recupera o passado a partir do ponto de vista de quando o vivenciou, mas sim da perspectiva do presente. Dessa forma, procuraremos utilizar o seu potencial de fonte, como um tipo especial de testemunho, do próprio indivíduo ou grupo que vivenciou um acontecimento, permitindo-nos penetrar na experiência vivida onde a formalidade do registro escrito na maioria das vezes não nos permite. Algumas questões direcionam nossa imersão nas experiências relatadas: o que levou cada um ao curso preparatório; como aprenderem e como ensinaram; que impressão guardam do SESP e do trabalho feito.

²⁵³ O programa de educação sanitária proposto pelo SESP articulava-se com as propostas estabelecidas pelo Serviço Nacional de Educação Sanitária, regulamentado em julho de 1942, cuja principal função era “vulgarizar preceitos de higiene e saúde pública” com o intuito de “infundir, formar, e desenvolver a consciência sanitária do povo” (Brasil, Decreto-Lei n. 10.013, 17 de julho de 1942, *apud* FONSECA, 2007, p. 238).

O agente sanitário Atanael e o aprendizado no ‘serviço’²⁵⁴

O entrevistado Sr. Atanael Santana, cujo depoimento é aqui apresentado nasceu em 1926 na cidade de Almenara, norte de Minas Gerais, tendo, portanto, 81 anos à época da entrevista. Nessa cidade, era carpinteiro e vivia do seu trabalho. Foi admitido no SESP em 22 de março de 1959, aos 35 anos de idade, por meio de concurso. Fez curso para agente sanitário, ministrado pelo SESP, em Pains, no oeste de Minas. Buscou no SESP uma alternativa de trabalho, pois como carpinteiro, muitas vezes “não recebia, fazia móveis para os outros, uns pagavam, outros não, e o meu pensamento era deixar isso”. No entanto, conforme relatou, “Não tinha noção do que era” o serviço do SESP. Também lembra que no curso que frequentou a história do SESP não foi explicada. Ele procurou saber depois, lendo e se informando com os outros colegas “por que eles faziam o serviço especial de saúde pública. Aquilo me chamou atenção, porque o serviço especial de saúde pública, então no que eu li, veio as explicações disso tudo”.

Aprendeu ‘no serviço’ as orientações e práticas sanitárias, após passar pela parte teórica do Curso para agente, conforme se recorda: “Fui aprender na área com o pessoal do serviço. Quando eu voltei a Almenara, a inspeção foi lá para fazer a minha adaptação no serviço”. Para o trabalho, o Sr. Atanael lembrou que tinham que pagar pelo feitiço do uniforme de trabalho e que não podiam trabalhar sem ele. “O serviço dava o seguinte: mapa, o pano para fazermos o uniforme. Dava só o pano e tinha que mandar fazer”. Trabalhou no SESP durante 35 anos, aposentando-se em 1994. Sua chegada ao Vale do Rio Doce deu-se em 1974, quando veio transferido, depois de ter trabalhado na Paraíba, na divisa de Minas com a Bahia e, finalmente, na cidade de Inhapim, seguindo depois para Governador Valadares, onde ainda vive. Quando chegou a esta cidade, considerou a situação sanitária bem melhor do que de onde veio. “Agora em Valadares, quando cheguei aqui, as condições eram melhores, porque o SESP entrou aqui em 1942, e já se tinha uma boa orientação na cidade, e sempre tinha a parte de educação sanitária, e dava educação sanitária no SESP”.

No SESP, o trabalho do agente sanitário era fazer inquérito de higiene nas moradias e, ao mesmo tempo, fazer divulgação de hábitos de higiene e saneamento, como utilização das fossas, limpeza das áreas ocupadas, tratamento do lixo. Conforme seu depoimento:

²⁵⁴ Entrevista com Sr. Atanael Batista Santana, 81 anos; 14 de dezembro de 2007. Acervo Núcleo de Estudos Históricos e Territoriais/NETH/Univale.

E eu fui fazer um levantamento da cidade, para saber das casas que tinham banheiro, privada, água ligada, inclusive, todas essas coisas iam melhorar, era melhoria sanitária. Porque a pessoa que tem uma casa e não tem água, nem a limpeza da casa, não faz direito, não lava uma roupa direito, banheiro difícil. Então nós íamos ajudar a ligar a água e dava material também, depois disso, tinha a necessidade de banheiro, sanitário.

Como lembra o Sr. Atanael, cada agente possuía um roteiro, e um mapa da cidade para facilitar o serviço; ao fazer as visitas os agentes faziam um itinerário que continha o endereço completo das casas que estavam sendo atendidas.

Tinha um roteiro. Nós tínhamos um mapa da cidade, e quando íamos fazer a visita, fazíamos um itinerário, é rua tal, casa tal, número tanto e assim fazia; deixava na mesa, que se houvesse uma necessidade da pessoa saber onde estávamos, era só olhar no itinerário, e acompanhava o trabalho. E isso acontecia de vez em quando, o inspetor pegava e ia olhar se estávamos no serviço. E muitas vezes encontrava o camarada fora do serviço. Ah! Chegava, dava aquele descaramento na pessoa, aquela humilhação... e muitas vezes a pessoa continuava e outras faziam um encaminhamento administrativo e colocava na rua.

Algumas pessoas tinham resistência a esse serviço. Do ponto de vista do Sr. Atanael, isso se explicava por não aceitarem o acesso de desconhecidos em suas casas e alguns moradores ficavam receosos ou mesmo não gostavam de receber os agentes sanitários, por vergonha ou desconforto da presença dos mesmos nas moradias.

De vez em quando, encontrava pessoas [...] que não queria o serviço de jeito nenhum; teve um dia mesmo, lá em Almenara, que eu fui fazer um serviço, cheguei numa casa, conversei com o moço, cumprimentei ele, pedi licença e falei: “- Oh! Este é o serviço de saúde pública, que está na sua casa, oficial de serviço de saúde pública e eu quero que você me dê licença, para eu fazer um trabalho aqui, e quero que me acompanhe”, mas o moço falou o que queria: “- Vocês vem para a casa da gente fazer pergunta, e não sei o que, e isso, aquilo”. Conversou tanta coisa, e falei com ele: “- Olha, o negócio é o seguinte, o senhor não está aceitando, não é obrigado aceitar, mas vai ter o momento, que o senhor irá aceitar, porque eu vou trazer a polícia, isso é um serviço federal, o senhor enjeita, mas depois vai ter que aceitar”. E depois ele conversa: “- Não, vem, então pode ir lá agora”, falei: “- Eu não entro agora, porque quem não quer entrar sou eu, então eu volto cá outro dia, quando estiver mais calmo”. Voltei outro dia e me aceitou e eu entrei.

O depoente relatou que, mesmo com as melhorias higiênicas, a população da zona rural, da periferia e até mesmo da cidade, utilizava as privadas para guardar arreio dos cavalos, colocarem galinhas para chocar, as pessoas mesmo não a utilizavam. Também explica que, apesar de as pessoas possuírem latrinas em suas casas, não tinham o costume de usá-las, pois permanecia o costume de ir “ao mato”, o que “contaminava o solo com vermes, micróbios, e as pessoas que andavam descalço naquele lugar e também tudo que está ao redor”. Segundo nosso informante, muitas dessas pessoas, oriundas da zona rural, mantinham

aqueles costumes e resistiam aos novos equipamentos sanitários. Não compreendiam ou desconfiavam dos divulgados ‘milagres’ do saneamento.

Zona rural. Fazíamos o serviço lá, sabe de que servia as privadazinhas? Para os vaqueiros guardarem o arreio do cavalo, outros para as galinhas botar ali dentro [...] usar mesmo eles não usavam, porque também não tinha sido feito um serviço de educação sanitária; para isso, vai ter que saber o porquê.

Para o depoente, uma situação muito incômoda era a falta de higiene com os alimentos e falta de cuidado com os vasilhames apropriados. Ele viu muita gente lavar as verduras na mesma bacia utilizada para o banho ou regar a horta com a água já utilizada para higiene: “Uma vez mesmo, quando eu comecei o serviço, trabalhava na rua; (...) a pessoa banhava numa bacia grande e naquela bacia lavava o repolho, a couve, regava a horta”.

Ainda havia outros constrangimentos que o Sr. Atanael procurava resolver da melhor forma, pois ele não gostava de injustiça nem de indiretas, tampouco gostava de ser ‘cobrado’ indevidamente ou de favorecimentos. Os constrangimentos eram com os atendidos e até com os superiores.

É. Tinha os horários de atender, que era uma e meia, na parte da tarde, e sete e meia, na parte da manhã. Um dia mesmo, chegando do almoço, já cheguei assim, faltando dez minutos para bater o ponto, um moço lá querendo ser atendido, ninguém atendia, porque não tinha começado o atendimento. Então ele veio descontar em mim, me ‘xingou’, eu queria sair, ele me pegava pela roupa, e um ‘camarada’ da manhã, estava tão, de uma maneira tão [...] (46:00) que o doutor [...] (46:02) mete a mão neste cara, falou comigo assim, o doutor. Eu fui aguentando, quando desviei do cara, fui lá assinei o ponto, já atrasado, e ainda não tinha dado a hora do atendimento [...] (46:19) ainda não era, e ele queria: “- É que vocês foram lá em casa, mandou eu vim, tem alguém aqui para atender?”, e é assim que pegou a minha pessoa, eu nem sabia quem era e porque.

E quantas vezes pessoas chegavam com dinheiro assim: “- ô camarada, eu tô precisando de um vaso, e o negócio é o seguinte, eu estou fazendo um banheirinho lá em casa e estou precisando de um vaso, e trouxe este ‘negócio’ aqui para você”. E falei: “- Não adianta você vim fazer isso pelo seguinte, o serviço já me paga, se eu chegar na sua casa e vê que realmente você merece este material, vai receber sem me pagar nada, então não tem que pagar nada, agora se não merecer não posso te dar nada [...]” (48:57)

Uma vez mesmo, vinha um auditor, Dr. (X) chegou e falou “- Ô João, você conversa com a turma, vem um auditor aí, para vocês ficarem calado.”, Então o João falou com ele assim: “- Então você faz o seguinte, manda o compadre Atanael para casa, porque se tiver que falar, ele fala.

Para o Sr. Atanael, um trabalho muito importante era acompanhar as enfermeiras ou atendentes nas escolas para atividades de educação sanitária, porque as crianças aceitavam

muito mais facilmente os ensinamentos e novos hábitos divulgados, inclusive reforçando-os em suas casas.

Então, dávamos palestras nas escolas, porque era muito mais fácil inculcar a uma criança uma necessidade dessas, deles saberem o que é bom para a saúde, do que pessoas que tenham 40, 50 anos. Muitos falavam: “- Eu nunca precisei disso”, outros falavam: “- Eu nunca precisei, nem meus avôs e nem meus pais precisaram”. Agora, quando o menino aprende na escola, eles mudam até o hábito do pai e da mãe, muda... tem isso.

Nosso depoente lembrou com satisfação seu tempo de trabalho no SESP. E ainda disse que se tivesse oportunidade, se fosse outra vez jovem, participaria de novo.

Isso para mim foi muito bom, porque eu corri mundo... Houve um crescimento, você vai para uma região como essa aqui, Almenara era outra, nordeste era outra, norte de Minas era outra. Cada uma com seu regionalismo. E nós vamos com esse meio, vamos crescendo no serviço.

O agente sanitário Petronilho e a internalização da agenda do SESP²⁵⁵

Sr. Petronilho começou a trabalhar no SESP em 1943, aos dezessete anos e sua trajetória profissional confunde-se com a história do SESP, pois entrou no Serviço em 1943, tendo se aposentado depois de quase quarenta anos de serviço. Começou como braçal na abertura de ruas para colocação de tubos para sistema de distribuição da água tratada. Porém, conforme seu testemunho, trabalhou umas poucas horas nesta função, pois um encarregado da obra, sabendo que ele dominava o código Morse levou-o para trabalhar como servente no escritório do Serviço, considerando que ele era muito inteligente para ficar como braçal.

(...) eu conheço Valadares desde 1935, era Figueira do Rio Doce, e eu ajudei a carregar, esticar bandeirinha por onde passou a cidade... eu morava em Pirapama/MG. Eu vim pra ser escoteiro, pra ser escoteiro, e foi daí o primeiro passo pra entrar no SESP. Quando eu comecei a trabalhar no SESP, foi quando na ocasião tava fazendo o serviço de água, instalação de água, tava furando valeta pra botar tubo, tubulação, e seu Zé Fernandes quando me viu, que fui pedir serviço a ele que era encarregado de dar serviço pra peãozada; e ele me viu e falou assim: ele achava que eu tinha mais cultura porque eu sabia o código Morse. Então teve uma vaga de servente, era lá do escritório, o projeto da mica e combate a malária; eu fui trabalhar nessa seção. Única coisa que ele (o Código Morse) serviu foi pra estimular seu Zé Fernandes pra me arranjar emprego no SESP.

²⁵⁵ Entrevista com o Sr. Petronilho Alcântara Costa. 86 anos; 10 de junho de 2008. Acervo Núcleo de Estudos Históricos e Territoriais/NETH/Univale.

Segundo o entrevistado, sua trajetória no SESP foi acompanhada “pela sorte”; uma situação marcante foi quando precisou escolher entre dois programas – o combate à malária e o Programa da mica, pois fora requisitado pelos dois coordenadores; a escolha do Sr. Petronilho recaiu sobre o combate à malária (tendo então trabalhado com o Dr. Bustorff no Programa Rio Doce)²⁵⁶ e, desta forma, quando o Programa da Mica foi finalizado ele pode continuar no Serviço. Além disso, seu salário foi triplicado nesta época, de CR\$150,00 (de cada programa) passou para CR\$450,00, que era “muito dinheiro naquela época”. “E foi melhor eu ter ficado na malária porque o outro acabou, desapareceu o projeto da mica, acabou e a malária continuou e eu fui guarda de malária sempre com a sorte me acompanhando”.

Desde então, segundo o depoente “ele aproveitou a escada e foi subindo”. De servente, habilitou-se como guarda sanitário, fazendo um curso para o combate à malária, e, nesta atividade, passou pelos três postos de trabalho: guarda pesquisador, guarda antilarvário e guarda chefe. O guarda pesquisador era aquele responsável pela coleta de larvas de mosquito nas coleções de água identificadas e numeradas (água parada e remansos) para exame no laboratório de Governador Valadares; o guarda antilarvário era o que fazia o trabalho de aplicação do agente larvicida, o ‘verde paris’ para eliminação dos criatórios do mosquito – o ‘anofeles darlingi’ – nas coleções identificadas como criadouros; o guarda chefe fiscalizava a atuação do guarda antilarvário e verificava se os focos haviam ou não sido eliminados; sendo que esta vistoria se verificava por algumas semanas até que não houvesse mais perigo de reinfestação. No caso deste funcionário, a zona trabalhada ia de Derribadinha a Naque, ou seja, na área denominada Linha Acima, permanecendo pelo menos uma semana fora de sua residência em Governador Valadares.

O meu serviço era de controle; de inicial tinha as áreas, tinha os guarda sanitário que fazia pesquisa, pegava a larva de mosquito e mandava lá pro laboratóriotinha guarda que pegava o mosquito, a larva né, e tinha os guarda-larvário que é o que jogava remédio na lagoa pra matar a larva que existia; o guarda de larvário jogava o remédio e o de pesquisa pesquisava se tava matando ou se não tava... Controle, né; e então isso era dividido, a cidade toda era dividida em zona, cada uma com cento e tantos depósitos; isso aqui em Valadares. Eu era bão de serviço, eu pesquisava mesmo; então eu era guarda de pesquisa especial, ganhava diária, eu ganhava mais

²⁵⁶A Divisão de Malária do Programa Rio Doce foi chefiada em 1945 pelo Dr. Nizomar Pinheiro de Azevedo e em 1946 pelo Dr. Durval Bustorff Pinto. A área trabalhada foi dividida em dois setores: o setor Espírito Santo e setor Minas Gerais; a área mineira tinha como único anofelino transmissor o *A. darlingi* e na área espírito-santense foram identificados, além do *A. darlingi*, dois potenciais transmissores, uma variedade do *A. albitarsis* e o *A. tarsimaculatus*, este em localidades mais próximas do litoral. Nessa área visaram-se especialmente os acampamentos de trabalhadores da EFVM, embora se atendessem gratuitamente qualquer indivíduo que procurasse os subpostos para tratamento. No setor mineiro a campanha foi mais rigorosa por causa da incidência maior do paludismo, e a orientação adotada havia sido traçada em 1943, pelos médicos Oswaldo Filho, Henrique Penido e Franco do Amaral. O tratamento antilarvário dos criadouros com verde-paris e a terapêutica supressiva (distribuição de novos medicamentos para a supressão da malária, em dose única, sob a observação do guarda sanitário local, que fazia semanalmente boletins de conferência de resultados) deram bons resultados nas áreas de população mais densa (Governador Valadares, Coronel Fabriciano, Antônio Dias, etc.).

do que hoje, diária naquela época era 25 cruzeiros, 25 mirréis', né.... Depois eu passei a guarda medicador; tinha os postos de coleta de material, sangue, coleta de sangue pra examinar pra ver quantas pessoas tava doente pra fazer tratamento; a gente coletava material encaminhava pro laboratório e com o resultado na mão 'cê' ia medicar né; 'cê' tinha a medicação curativa e preventiva e aí eles chamava o guarda medicador pra ir. Eu trabalhava em Periquito e Pedra Corrida simultaneamente; um dia no Periquito, outro dia a gente ia na região toda; tirava o sangue pra fazer as lâminas né; colhia o sangue fazia as lâmina; só uma picadinha ô, o material uma rolha com um vidrim de água.

De acordo com o depoente, havia sempre um risco de contaminação para estes guardas, que preventivamente tomavam a atebrina, mas não possuíam mosquiteiros para a hora do sono; os mosquiteiros confeccionados por costureiras em Governador Valadares eram para os médicos e isso, segundo sua opinião era uma questão de status; o Sr. Petronilho nunca teve malária (a febre 'tremedeira'), mas lembrou que companheiros seus a tiveram.

Além da atividade de combate aos criadouros do mosquito transmissor, os guardas também participavam da coleta de sangue da população das localidades cujas coleções de água eram investigadas. O processo para realização do exame era o mesmo utilizado para identificação das larvas do mosquito, ou seja, coletava-se o sangue das pessoas (adultos e crianças), uma gota espessa esfregada na lâmina que era identificada e encaminhada para o laboratório. Embora não entendesse o processo, o guarda "fazia o serviço de coleta direitinho", conforme havia sido orientado. O resultado era encaminhado para o escritório central e retornava com as orientações: as pessoas doentes recebiam os comprimidos de atebrina ou cloroquina (ou outros medicamentos) no posto de atendimento instalado nas localidades, em dose única, e os tomavam à frente do guarda que anotava cada situação. Para o Sr. Petronilho em alguns casos nem se precisaria fazer os exames, pois a pessoa chegava tão amarela que já se sabia o resultado.

Em Periquito e Pedra Corrida, colhendo sangue pra examinar, distribuindo remédio contra a malária... vi as moças, ficava tudo bunitim amarelinha... 'cê' tomava atebrina; era um comprimidim amarelo; tinha um branco, esse era como preventivo, agente tomava também, base de quinina. Todo guarda tinha que tomar, num lembro a quantidade de comprimido, todo semana 'cê' tinha que tomar porque 'cê' trabalhava dentro, era ali direto com o foco.

Em setembro de 1946, o SESP começou a utilizar o DDT na região e o larvicida era aspergido diretamente nas paredes das casas, fossem de tijolo ou barro batido, com o uso de uma bomba própria; o Sr. Petronilho lembrou que a bomba cheia, pesava cerca de dez quilos e era levada às costas do guarda sanitário.

Ali era DDT. Mais a finalidade é a mesma ao combate do mosquito só que em vez de ser o verde paris jogando era borrifando; ‘cê’ jogava a o líquido nas casas; jogava nas casa assim, abrir as janela toda, afastava as coisas... o que fosse ... barro batido, pau-a-pique, tudo enquanto era residência a gente chegava na cozinha e saía na sala borrifando com bomba; era só em forma de leque; então você batia assim de cima embaixo, jogava toda vez no chiqueiro, no lugar tipo paiol ‘cê’ jogava...

Quando as atividades da campanha antimaláricas foram transferidas para o Serviço Nacional da Malária (SNM)²⁵⁷ houve um concurso para agente sanitário²⁵⁸ e o então guarda, foi aprovado, após fazer provas de Português e de Matemática (lembrou que só tinha o curso Básico, terminado no Instituto Rex, em Governador Valadares; que também teve uma ‘cola’ do Dr. Bustorff que mostrou que uma das suas contas na prova de Matemática não estava certa e pode ser refeita). Na nova função, teria que fazer vistoria nas moradias a fim de levantar as condições das mesmas; a condição da água utilizada, a existência ou não de fossas sanitárias. Também era sua tarefa fazer o aconselhamento e/ou convencimento dos moradores para que providenciassem as medidas necessárias, devido ao perigo de doenças existentes pela falta de saneamento e higiene.

Prá essa mudança, mim promover de a pra b; eu ia fazer educação sanitária, era melhor classificado, melhor preparado pra tratar com a pessoa, tinha que fazer educação sanitária ... Então eu fui selecionado. Classificava a região, visitava as casas e fazia o trabalho educativo pra eles adquirir as melhorias sanitárias; é orientar porque que deve ter os recursos, o cuidado que deve tomar. No caso aí o principal é a fossa seca; é casa mais humilde, né, fossa seca, ‘Cê’ sabe o que é... latrina. Na educação sanitária, tinha o educador sanitário pra atucanar a gente e também a parceira da função dele que desempenhava, a educadora sanitária. (...) Depois eu fiz o curso de inspetor de saneamento; graças a Deus eu aposentei como inspetor de saneamento.

A nova função no saneamento trouxe muita experiência também. O depoente lembra-se de construírem casas, “mas poucas”, de fazer curso sobre controle do lixo, de ensinarem as pessoas fazerem chuveiros com latas, de fazer vistorias nos açougues e no matadouro. Sobre a fiscalização do matadouro, que não era ainda regularizado em lei, o Sr. Petronilho lembra uma complicação:

Só uma vez que uma pessoa ficou brava comigo. Trabalhava no matadouro também, fazendo a inspeção de carne; eu tava no matadouro, quando eu era guarda auxiliar de saneamento, então cada semana era escalado. Escalavam a turma porque tinha que trabalhar de madrugada né, e olhava os animais na véspera de matar; então quando

²⁵⁷ A partir de janeiro de 1950, por decisão do governo brasileiro, a responsabilidade pelo controle da malária ficaria a cargo do Serviço Nacional de Malária (BASTOS, 1993, p. 317).

²⁵⁸ O nome do Sr. Petronilho Alcântara Costa consta da relação de guardas sanitário admitidos após Curso em Colatina, entre maio e junho de 1951. Curso para Agentes Sanitários.

tinha... que dava problema, que dava 'sapim'... O veterinário dava orientação pra gente; como é que era tudo era na base do treinamento 'cê' não tinha convicção mesmo; então era um serviço difícil, por isso você não tinha, não dominava. Uma vez um camarada criou caso comigo... pois é, mais ele ficou bravo, porque o camarada comprou um porco aí, grande, cê matou, passou o creolina nele, né, tem que jogar fora né, é prejuízo. Ah! Eu mandei jogar fora; acima de tudo a saúde do povo. Num fiz nada demais; porque ele achou ruim chamou o veterinário; foi lá o veterinário, doutor Luis, resolver a questão; o veterinário que tava de assistente no matadouro ele foi lá e constatou o que eu tinha falado.

Quando o SESP iniciou o Programa do São Francisco, em 1951, para lá foi nosso depoente, contribuir com sua experiência. Levou sua inseparável bomba de dedetização, a quem deu o nome de “Mariquinha”, segundo ele, por “coisa de rapaziada e não porque conhecesse alguma moça interessante com este nome”. Aliás, quando estive em Januária, numa segunda permanência no São Francisco, já era casado e sua esposa, Dona Odalice, o acompanhou. A transferência provisória para o vale do São Francisco trouxe lembrança marcante: a chegada dos funcionários do SESP na região causava curiosidade e excitação nas cidades; as moças solteiras se impressionavam com os agentes, uniformizados, cheios de novidades e bem remunerados. Sr. Petronilho se lembra divertido de uma ocasião que precisou arranjar uma desculpa para não ir ao cinema com uma moça que ficou interessada por ele.

Segundo o Sr. Petronilho, uma nota importante que marcou sua trajetória foi ter trabalhado diretamente sob a supervisão dos doutores Henrique Maia Penido e Durval Bustorff, que para ele eram boas pessoas e chefes. Além deles os inúmeros colegas de trabalho marcaram sua juventude e experiência de vida e trabalho.

Depois da malária veio a esquistossomose e saneamento em geral... tratamento de água; (...) inclusive o chefe do saneamento era americano. Eles passavam instrução pra gente já trocado em miúdo; eu lembro é do doutor Olivier, que era da parte do laboratório; Olivier e doutor Paes; Marcolino, tinha o Marcolino Candau, ele era brasileiro; conheci ele, era o chefe nacional né; Henrique Maia Penido, esse era meu chefe, trabalhei com ele ... boa, ótima gente, simples, camarada, num tinha pedantismo nenhum; eu não sei se eu tenho retrato dele aí. Mas tinha de tudo enquanto era médico né; achava que era mais pessoa que outros, né.

Os “tempos do SESP” são lembrados com saudade e carinho pelo Sr. Petronilho: “Comecei quando o SESP começou e aposentei quando ele acabou. O que eu tenho é o SESP que mim deu, tanto material como status; que eu era de sorte, todo lugar que eu trabalhava dava sorte, trabalhei fazia serviço (...) continuei até acabar; eu aposentei em 90 e 91 acabou; mudou de nome, dispersou né.”

O agente sanitário Olmário e a interação com a população ²⁵⁹

Sr. Olmário Francisco Vieira, 78 anos, começou sua atuação no SESP no ano de 1951, já durante a segunda fase do SESP no Vale do Rio Doce. Trabalhava em Vitória/ES como funcionário das oficinas de vagões da SOTEMA (Sociedade Técnica de Materiais Ltda.), que atendia a Vale do Rio Doce. Ficou sabendo do curso para auxiliar de saneamento do SESP por um amigo e se aventurou a concorrer a uma vaga. Aprovado no curso, feito em Colatina, foi designado para a área de Governador Valadares; começou no SESP com 21 anos e nele trabalhou até se aposentar quarenta anos depois. Conforme seu relato aprendeu no curso e ‘no serviço’ o trabalho que seria feito, pois não tinha noção dele até então: “Eu trabalhava na Vale do Rio Doce, em Vitória, na antiga Sotema. Então um amigo lá me indicou o SESP, que ia fazer, eu entrei e vim embora para cá. Mas sem saber o que eu ia fazer”.

De acordo com o depoente, o curso teve cerca de dois meses de treinamento e, quando terminou, cada auxiliar foi designado para um lugar. No curso, aprenderam “coisas” sobre saneamento básico; o tratamento do lixo, por exemplo; sobre o uso de sentinas, “banheiro desses de esgoto”; e acompanhamento da instalação de serviço de água e esgotos. Foram também preparados para fazer visitas domiciliares para averiguação das moradias e treinados em educação sanitária, sobre como informar as pessoas e convencê-las a se vacinarem, ou fazerem as melhorias sanitárias preconizadas pelo SESP em suas residências.

Segundo o Sr. Olmário, as visitas domiciliares eram um trabalho “complexo”. Antes de tudo era preciso se apresentar como funcionário do SESP para entrar nas casas. Na primeira visita, de observação, os agentes sanitários tinham que preencher um relatório “escrito tudo direitinho o que a casa possuía”: se tinha banheiro, quantos cômodos, se tinha ou não a água em condições adequadas de uso. Depois disso é que eram preparadas as visitas de orientação.

Posteriormente, começávamos a trabalhar, pegávamos as fichas com respostas negativas e íamos visitar, conversávamos: Ó fulano! O senhor está assim assado e tal... O senhor está precisando dá uma pintadinha aí e tal. (...) A pessoa não tinha banheiro. Nós a convencíamos a fazer um banheiro para eles. Então dávamos tudo

²⁵⁹ Entrevista com Sr. Olmário Francisco Vieira, 78 anos; 30 de maio de 2008. Acervo Núcleo de Estudos Históricos e Territoriais/NETH/Univale.

para fazer, ligávamos a água, dávamos torneira, registro, caixa d'água, cano. Quando eu cheguei aqui em 1951 já tinha o SAAE²⁶⁰.

A atividade dos agentes era sempre supervisionada por um 'inspetor sanitário' que controlava o trabalho realizado: 'Nós tínhamos um chefe superior, imediatamente superior, como inspetor de saneamento. Como se eu fosse soldado e ele fosse um cabo. Acima dele tinha os engenheiros na diretoria que faziam a supervisão de tudo". Mas para o Sr. Olmário o mais difícil era lidar com a "ignorância do povo, ou seja, muitas pessoas não aceitavam ou não sabiam o que era saúde pública e nós tínhamos que explicar direitinho".

Eu, por exemplo, cheguei numa casa e bati "Quem é?" Eu disse "É da saúde pública." "A privada fica lá no quintal." O pessoal não aceitava muito, achavam que era besteira, pois o avô morreu com 90 anos e não tinha privada em casa e iam para o mato, essas coisas assim.

O depoente nos contou que, entre as atividades de Educação Sanitária, gostava muito de participar das campanhas de vacinação. Iam para as roças de carro e até de bicicleta, se o lugar fosse mais próximo. Tinham que orientar as pessoas a tomarem banho antes da vacinação. Muita gente ficava com receio da vacina. "Teve uma casa lá que o menino caiu no mato, escondeu e não quis vacinar. Então a mulher cozinhou umas bananas da terra e me ofereceu com café, e o menino lá "Ó mãe! Guarda um pedaço de banana para mim". O Sr. Olmário gostava também de fazer palestras para crianças, nas escolas. Segundo seu ponto de vista "as crianças eram preparadas para orientar a casa delas". Nessas ocasiões, ele fazia "curso e elas entusiasmavam para responder, tudo direitinho, as perguntas". Também fazia palestras sobre higiene e saúde para adultos que frequentavam o Centro de Saúde. Lembrou bem humorado uma situação que viveu após participar de uma palestra sobre tuberculose:

Tinha coisas engraçadas, eu fazia palestra para os adultos; quando era sobre tuberculose eu nunca gostei de indicar ninguém como testemunha, assim: "Faz de conta que você é." Nunca fiz isso. Um dia, nessa turma de tuberculose, falei assim: "Faz de conta que eu sou o tuberculoso." Bati no peito, fiz assim e tal, tudo bem. Terminou o negócio, cada um foi para sua casa. No dia seguinte, eu precisei falar para uma pessoa daquela turma e bati na porta e a menina veio me atender e me disse "O senhor quer falar com a dona Maria, espera só um momento." Saiu, foi lá

²⁶⁰ Foi do doutor Henrique Maia Penido a ideia de criação de autarquia municipal que se responsabilizasse pela organização e manutenção de serviços de água e esgotos; desse modo foi criado em várias municipalidades onde o SESP atuava os Serviços Autônomos de Água e Esgotos (SAAE). O primeiro foi implantado em Governador Valadares, e logo expandido para as cidades de Baixo Guandu/ES e Conselheiro Pena/MG (que havia recebido cobertura de abastecimento de água pelo SESP a partir de 1948); as prefeituras de Aimorés e Colatina não se interessaram pelo tipo de organização proposto e mantiveram sob seu controle direto a supervisão do abastecimento de água (PENIDO, 1950).

dentro e chamou. A pessoa veio rindo “Sabe qual foi o resultado para você?” “Por que esse riso assim?” “A menina chegou lá na cozinha assim: “aquele tuberculoso tá aqui.” Coisa assim.

Ainda sobre a Educação Sanitária, o Sr. Olmário nos relatou sobre a projeção de filmes educativos para a população. O SESP tinha um projetor e uma tela que era armada nos locais escolhidos para exibição. Eram exibidos vários filmes sobre assuntos diferentes. O Sr. Olmário lembrava-se de um, especialmente: “Maneco, o sabido”; filme sonoro, de cenas movimentadas, sobre a construção de fossas sanitárias: “Maneco cavava o buraco, a terra saía e sumia, ninguém sabia aonde ia. O desenho era malfeito. Todos ficavam quietos. Nós explicávamos: “Ele está cavando o buraco e tal.”

De todo modo, para o Sr. Olmário, a Educação Sanitária era um meio de poder ensinar as pessoas a cuidarem da saúde. Para ele, o SESP contribuiu para melhorar a saúde da população e ele percebia isto quando as pessoas “deixavam de procurar mais o serviço de saúde, essas coisas assim”. Entretanto, ele acredita que muitos pacientes não melhoravam porque não atendiam as orientações, e então, nada poderia ser feito.

Por exemplo, a tuberculose, quantas pessoas foram curadas de tuberculose no SESP? Muitas. Chegavam lá, faziam abreugrafia, o médico via, se notasse alguma coisa mandava a pessoa voltar, e se desse de novo mandava fazer um exame extra. O exame extra era o toque final, que ia dizer se estava ou não tuberculoso. Então faziam o tratamento de seis meses, mas tinha que seguir as normas do médico, porque ele era muito bom, competente, mas tinha uma coisa, se ‘pisasse no calo’ dele. Ele dava remédio para a pessoa tomar durante um mês “Tantos comprimidos por dia, durante um mês. O senhor leva e toma em casa”. E passava um mês (...). Já saía com o remédio, para tomar em casa, eram seis comprimidos por dia. Então, passava um mês, um mês e meio e tal, a pessoa não aparecia porque tinha a ficha. Mandava na casa dele e ele comparecia lá “Não doutor, eu ainda tenho remédio”. “Como é que você tem remédio, rapaz? Você não está tomando direito. Eu te dei remédio para um mês, já tem um mês e meio, quase dois. Se quiser morrer, vai para lá, não vem aqui não, nem vem me amolar”. Ah! Mas era bom demais!

Em seu relato, o Sr. Olmário ainda nos contou que, em 1954, quando se casou, estava trabalhando na área de Tumiritinga (cidade próxima de Governador Valadares, cerca de 50 km) e ganhava CR\$800,00. O pai de sua futura esposa achou que era um bom salário: “na hora do almoço o pai dela me perguntou quanto que eu ganhava, eu falei 800 cruzeiros, ele olhou, o salário é bom”. Depois de casados, sua esposa o acompanhou para algumas cidades de Minas Gerais em que passou temporadas a trabalho: Montes Claros, Pirapora, São Francisco, Januária. Depois voltou para Governador Valadares. Da relação com seus colegas de serviço e com os superiores guarda boas lembranças. Em sua opinião, a convivência era de

“toda camaradagem”, entre os auxiliares e também com os médicos e engenheiros que costumavam frequentar a sala destinada aos auxiliares. Estes, entretanto eram mais próximos:

Nossa turma era muito boa, não houve nada desagradável. Eram bastante, quase uns vinte. Porque nós pegávamos só a turma do saneamento; tinha as outras turmas, laboratorista, serviços gerais, engenheiros e não sei mais qual. Toda sexta-feira, fazíamos, tinha a turma da copa, quando o expediente terminava, íamos tomar cervejinha, cachacinha, comer o tira-gosto, a maior farra ali. Mas tudo dentro dos limites, ninguém nunca brigou por causa disso, nós temos saudades dessas festas.

Questionado sobre o que sabia da história do SESP, o Sr. Olmário relatou-nos que nos cursos não foram informados exatamente sobre as circunstâncias da criação do SESP, mas que conheciam a história através de conversas mais informais entre os colegas e com os chefes superiores “lá dentro do SESP mesmo”.

Sabíamos, porque eles falavam a nós. Lá não tinha um veículo contando, mas os antigos contavam essas coisas do SESP. Porque o SESP foi feito através dos americanos, interesse de guerra. Esforço de guerra. Então, nós a tivemos aqui, porque dava muita malária, essas coisas assim. Viemos aqui para proteger o operário, para ele tirar o minério e atingia as famílias deles também. O serviço começou no Amazonas e os americanos tiravam a borracha, para esforço de guerra também.

Nós recebíamos parte do nosso salário, da Fundação Rockefeller naquela época. Depois, acabou o consórcio, e fiquei recebendo só pelo Ministério da Saúde do nosso governo. Era a mesma coisa, a mesma qualidade. Só mudou algumas coisas, por exemplo, recebíamos uma parte do Rockefeller, então houve, do Ministério da Saúde, que fundiu os dois salários. Depois, recebemos somente do Ministério da Saúde, do nosso país. E no mais estávamos com aquela orientação americana, todo mês era relatório, o que foi feito, o que deixou de ser feito e o que íamos fazer no futuro, tudo. Todo mês cada setor, assistência médica, sanitária, gestantes, a criança, tuberculose hanseniano, saneamento e enfermagem, cada um tinha que fazer um relatório e juntava tudo. Cada setor escrevia aquilo que iria fazer no mês e a produção do mês. Depois passou a fazer trimestralmente (os relatórios) e iam para Belo Horizonte.

Para o Sr. Olmário, o tempo passado no SESP foi bom. E conta saudoso que “naquele tempo era muito melhor do que hoje, pode acreditar”. Mas guarda certa melancolia com as mudanças que vieram: “Aqueles peões do SESP continuaram sendo do SESP, o dia que aposentavam já não eram mais ninguém, botavam outro no lugar por conta do SESP, até que o SUS tomou conta de tudo”.

A visitadora Hermínia e o amor ao SESP ²⁶¹

A visitadora sanitária Hermínia Milhorele Veras nasceu no município de Santa Tereza, no estado do Espírito Santo. Morava em Itapina/ES, quando aos 22 anos mudou-se para Governador Valadares para fazer o curso de visitadora sanitária oferecido pelo SESP²⁶². Exerceu a profissão por 32 anos. Ainda mocinha, trabalhou com um médico da Cia Vale do Rio Doce, que tinha consultório em Itapina. Limpava o consultório e marcava as consultas quando o médico estava na cidade. Também aprendeu a aplicar injeção e a fazer curativos. Dona Hermínia ficou sabendo do curso do SESP através de um compadre, que achando que ela tinha “tendência” para o trabalho insistiu que ela fosse fazer o teste.

Ô Hermínia, ó minha comadre, você vai em Colatina porque vai haver um curso ali de enfermeira e você, vê se você vai lá pra você se inscrever lá; aí eu fui (...) Eu morava em Itapina, num conhecia nada do SESP. Lá mesmo é que me falaram. Uma das meninas me orientando assim: minha filha me orienta aqui, eu tenho que fazer a inscrição e como é que eu faço; eu não conheço o SESP, o que vocês fazem aqui? A gente visita as casas... Mais ou menos alguma coisa as meninas me ajudou a fazer a tal da provinha lá... Era uma inscrição e nessa inscrição foi feito algumas perguntas como se fosse uma prova. O dia que eu recebi um telegrama me chamando e no dia seguinte eu tinha que vim pra Valadares pra fazer o curso e eu falei: Jesus, como é que eu vou fazer, mas uma amiga que morava também lá em Itapina estava em Colatina e ela se inscreveu, então ela trouxe a passagem e ela também vinha e ela falou assim: ó Hermínia, amanhã nós temos que ir minha filha e a passagem está comigo. Eu coitadinha, num tinha muita roupa né, três vestidinho, aquela roupinha pequenininha e mudei pra Valadares.

Era exigência para o curso que as candidatas tivessem o curso ginásial. Dona Hermínia conta que só tinha feito até o “4º ano”, mas que a aceitaram por causa de sua prática. Para tanto, contou com a defesa de Dona Flora Mensentier, a enfermeira coordenadora do Curso que convenceu o Diretor, o Dr. Henrique Penido, a aceitá-la. “Mas a Dona Flora²⁶³ que era nossa chefe, né, da escola, disse assim: mas ela tem prática, ela tem prática de injeção, ela tem prática de curativo, só vai fazer de acordo agora, é o que o SESP manda”. Assim, Dona Hermínia começou o curso e lembra que “comeu fogo para fazer as provas” e pedia ajuda a todas as colegas. “Não podia estudar de noite não até tantas horas. Num tinha luz em Valadares, aquela lampadzinha assim fosca e os lampiões, até dez horas a

²⁶¹Entrevista com a Sra. Hermínia Milhorele Veras, 83 anos; em 16 de setembro de 2009. Acervo Núcleo de Estudos Históricos e Territoriais/NETH/Univale.

²⁶² Curso realizado em Governador Valadares em 1947. O nome de Dona Hermínia consta da lista de ‘formandas’ publicada no jornal *Voz do Rio Doce*, de 04 de janeiro de 1948, que noticiou a formatura das visitadoras.

²⁶³ Dona Flora Mesentier, enfermeira que coordenou o curso.

gente estudava, passou daí a gente tinha que deitar”. De acordo com dona Hermínea, foram muitos os momentos de insegurança, de receios, de alegria e de susto, como quando alguma colega fugia para namorar e as outras tinham que despistar a vigilância da enfermeira chefe. Dos tempos do internato, ela também se recorda da visita de enfermeiras de outros lugares que vinham conhecer os trabalhos do SESP no Vale do Rio Doce e de um fato que, no seu entender, era um tanto ‘engraçado’: “Enfermeiras americanas vinham visitar o SESP e ficavam na escola. Elas iam pro banheiro carregavam as bolsas com medo das meninas roubar né, que era até engraçado. Elas falavam tudo era inglês mesmo, tinham uns professores lá que sabiam, né?”.

Para ter um destaque, dificultado pela falta do curso ginásial, Dona Hermínea apostava na parte prática. E caprichava naquilo que podia. Por exemplo, na distribuição de tarefas do internato, se estava na cozinha procurava fazer os pratos mais arrumados, pois aprendera a cozinhar com a patroa do seu pai, ainda em Itapina. Lembra que por isto chamou a atenção das enfermeiras que visitavam a Unidade de Governador Valadares.

Mas a salada sempre sobrava pra mim, cozinhava todas as verduras e colocava lá todas naquele prato minha filha, a folha de alface, botava beterraba, botava cebolinha aí no meio; o dia que as americanas vieram, eu cozinhei ovo, aí eu apanhei uma linha e parti o ovo no meio, parti o ovo em cruz, botava assim... a gema de alguma eu passava numa peneirinha e eu fazia um enfeite. Eu tinha que receber nota nem que seja na parte da prática, a teoria tinha lá no chão, mas a prática estava ali.

Ao se lembrar dos cursos, das enfermeiras visitantes e das dificuldades para estudar, dona Hermínea relata um pouco da formação que recebiam. Também se recorda de seu primeiro salário, CR\$750,00, que considerava bom para aquela época.

Esse curso durou seis meses. Tinha aula todo dia. Aula teórica e aula prática; então tinha hora que na escolinha mesmo, né, e a prática a gente ia pro SESP pra fazer lá e cada uma ficava dividida... Ia pro campo também fazendo. A gente saía com elas (as visitadoras já em serviço e enfermeiras) acompanhando visitar as casas, saía com as fichas, para aprender a fazer a ficha. Tinha que preencher no arquivo, fazer a ficha, atender o pessoal, como tinha que atender o pessoal, como tinha que fazer é... o atendimento interno... e o externo era nas casas.

Era um bom salário. O SESP sempre teve um bom salário, sempre foi um bom salário... Meu primeiro salário foi setecentos e cinquenta (cruzeiros), pagava quatrocentos de pensão lá em Aimorés né, lavadeira e por aí. E mandava pra minha mãe né, eu era mais velha né? Era mais velha, pessoa mais velha, quer dizer... (...) E a cidade, agora que todas as lojas que você ia eles ofereciam. Que você podia levar até a loja se você quisesse comprar. (...) Se você falasse que era do SESP é um bom salário, e você podia comprar em armazém, podia...

Depois que fez o curso em Governador Valadares, a nova visitadora voltou para sua cidade, Ita pina e aguardou a convocação do SESP. Não demorou muito e recebeu a orientação para ir para Colatina. Mas o quadro de visitadoras em Colatina estava completo e ela então foi encaminhada para a Unidade de Aimorés. Nesta cidade mineira, começou sua trajetória no SESP.

O primeiro serviço meu foi trabalhar com o médico nas escolas. Isto foi em quarenta e oito. Trabalhei um ano com o médico, doutor Augusto, ele era um baiano. Lá em Aimorés. O homem era assim, tão fechado que ele não fazia uma palestra, num fazia nada. Qualquer coisa ele me falava pra eu ter que falar com os pacientes. Ele falava assim, eu traduzia o que ele estava prescrevendo pra os pacientes... Nunca fez uma palestra pra ninguém o danado do médico, ma era bom trabalhar com ele. Então todo dia eu saia com o médico pra ir nas escolas eu olhava temperatura, tirava... tirava não, verificava a pressão arterial, né... De ginásio, de grupo escolar, tudo. (...) E fazia a vacinação. Quando falava na injeção aquilo era menino, você só via menino pulando da janela, saindo pela porta e as professoras atrás dos meninos né, era... Mas eu gostava.

Em Aimorés, uma situação inusitada mudaria a vida de Dona Hermínea. Houve um curso para auxiliar de saneamento em Aimorés e ela foi acompanhar alguns amigos que participaram do curso até a estação ferroviária da cidade. Neste grupo, estava o Sr. Petronilho (que apresentamos anteriormente) e outro colega de nome José (que depois se casaria com uma visitadora de Aimorés). O Sr. Petronilho apresentou à Dona Hermínea um dos participantes do curso, Quintino Veras. Este moço teria dito ao Sr. Petronilho, durante a viagem: “eu vou voltar e vou casar com essa loira aí”. E o Sr. Petronilho em resposta disse que “essa loira aí não é pra qualquer um não, ela não dá confiança pra ninguém”. Mas quis a fortuna que o Sr. Quintino retornasse a Aimorés para um trabalho e o reencontro os aproximou. Numa visitação a uma localidade “na roça” na qual os dois participavam ocorreu o pedido de casamento. Não houve pedido de namoro, mas de casamento, direto. O Sr. Quintino foi transferido para Governador Valadares, depois para Teófilo Otoni (também em Minas, a 100 km de Governador Valadares). Neste ínterim Dona Hermínea foi transferida para Governador Valadares e se casaram, permanecendo juntos por 57 anos; ela visitadora, ele agente sanitário do SESP. Os dois se conheceram em agosto de 1951 e se casaram em dezembro do mesmo ano.

E aí quando ele voltou que ele me pediu em namoro, mas foi numa visitação. Nós fomos numa roça com enfermeira, o médico chefe; a enfermeira pra fazer um atendimento na roça, então nós fomos na pick-up. Eu fui lá dentro com a enfermeira e o médico, era grande né? Na volta a enfermeira me pediu se eu podia ceder o lugar pra levar uma senhora que estava com um bebê passando mal e eu subi e o Sr. Quintino estava em cima, na carroceria. E aí ele me pediu em casamento. Quer dizer

num tem namoro nada não, era casamento; e eu num tive jeito, eu tive medo de perder meu serviço, que o médico era primo, né. Aí fiz assim: mandei um retrato dele para minha mãe que estava em Santa Tereza, na casa de um tio. Eu disse assim: segue a mostra, se vocês aceitarem vocês mandem um telegrama. E a gente só tinha o direito no serviço de abrir telegrama, a gente não podia abrir carta e outra coisa toda vez que um enfermeiro entrava na sala você tinha que ficar de pé igual ao regime de polícia. É, então quando veio o telegrama, ele que recebeu o telegrama, eu estava na visitação. Quando eu cheguei, ele me deu o telegrama eu pedi licença pra enfermeira, enfermeira Letícia para abrir o telegrama e li: concordamos com seu pedido. Eu só fechei o telegrama e dei pra ele. (...) Casei com o homem sem conhecer, mas graças a Deus ele foi um ótimo esposo.

Em Governador Valadares, dona Hermínea continuou seu trabalho de visitadora, iniciado em Aimorés. Além da assistência aos médicos e enfermeiras que faziam as vistorias e campanhas de vacinação e higiene nas escolas e do trabalho interno, no Centro de Saúde; as visitadoras atuavam no âmbito doméstico; isto é, faziam visitas domiciliares para verificar a condição de higiene e saúde das famílias e para orientação nestes quesitos. E ainda participavam dos cursos que eram dados para as parteiras que conseguiam convencera participar. “Então a gente era escalada pra trabalhar seis meses ou mais, aí fazia rodízio né; tinha que fazer né, pra uma só não ficar, né. Era assim, tinha um rodízio de visitar no campo, tinha rodízio de ficar na unidade e nos postos”. Dona Hermínea lembra que fez todas estas tarefas, e que o público atendido pelas visitadoras era prioritariamente de mulheres e crianças.

Dona Hermínea recorda que o trabalho interno na Unidade (Centro) de Saúde exigia atenção e cautela, tanto no preenchimento das fichas de cadastro de cada pessoa que procurasse a Unidade de Saúde, como no atendimento e encaminhamento das pacientes. Elas recebiam as pacientes para consultas e exames, faziam triagem para estabelecimento de prioridades, encaminhavam-nas para a consulta e, finalmente, orientavam-nas quanto ao uso dos medicamentos prescritos pelos médicos. Por vezes, tinham que enfrentar situações constrangedoras relacionadas ao despreparo, à impaciência e/ou à falta de higiene das pacientes. “Por exemplo... Se a criança tivesse com febre, tinha que ser o primeiro lugar, né. Aí que era a briga porque as mulheres, eu cheguei primeiro e a senhora botou a outra; (...) aí a mesma coisa com as gestantes, se elas estavam com febre”. Outra dificuldade era quanto à administração dos medicamentos prescritos. Muitas mães levavam os remédios e assim que a criança melhorava suspendiam a medicação, e logo tinham que retornar com a criança doente de novo, ou melhor, ainda não restabelecida.

Elas não gostavam muito da quantidade de remédio que o médico dava; por exemplo, doutor Galvão e o doutor Hermírio eles num enchiam o paciente de remédio porque sabia que não ia dar. Ele disse assim, a criança está com febre, então levava o comprimidinho da febre, de dois a três comprimidos, né; e se era um

xarope era aquela quantidade certa pra tomar tantos dias porque se levasse um vidro grande e se desse um mocado de comprimido no terceiro dia ou no quarto dia que ficava melhor elas não utilizava o remédio mais; então o que que acontecia, passado um mês o menino voltava de novo porque a mãe não deu a medicação certa.

O atendimento às gestantes era no sentido de aconselhamento quanto aos cuidados no período da gravidez. Depois que o bebê nascia, as visitadoras visitavam mãe e filho/a em suas casas, verificando os cuidados com a higiene e saúde de ambos, e principalmente se as mães seguiam a orientação dada na Unidade de Saúde. Como a maioria dos partos era acompanhada pelas ‘curiosas’, as visitadoras verificavam se elas mantinham o padrão de higiene prescrito nos cursos, evitando uso de substâncias condenáveis como o “pó de fumo ou casa de marimbondo para curar umbigo”. “E o maior trabalho que nós tivemos era com as parteiras de fazer o curativo no umbigo com pó de fumo, com azeite, com... pegava é, casa de marimbondo, amassava aquilo e botava ali... (...) e quantas crianças morreram de tétano.”

O trabalho fora da Unidade de Saúde, trabalho externo, exigia que as visitadoras percorressem vários bairros da cidade; alguns com dificuldade de acesso por falta de ruas abertas e de numeração nas casas. Havia uma caminhonete que levava as visitadoras (e também os agentes sanitários) até certo ponto e depois voltava para buscá-los. Em alguns lugares, como Aimorés, o uso de bicicletas, fornecidas pelo SESP, era comum. A visitação mais difícil para Dona Hermínea era na área da zona boêmia de Governador Valadares. As visitadoras não entravam nas casas. O motorista da caminhonete chamava as mulheres que vinham até o carro

A gente ia fazer a visita assim... Ela veio no SESP e fez exame de sangue e deu positivo... Com doenças venéreas, então a gente encaminhava. Quer dizer, elas faziam o exame e o exame deu positivo e não vinha pra enfermagem, a enfermagem então tinha que buscá-la. Então a gente não entrava nas casas. A gente ficava na caminhonete com a ficha, o motorista descia e ia buscar a mulher e ela vinha no carro e a gente conversava com elas no carro. A gente dava o encaminhamento e perguntava como ela estava. O dia da consulta era marcado e elas eram obrigadas a comparecer. Tinha um dia certo pra elas.

A visitação às famílias nas residências era sempre preparada com antecedência. Nestas visitas, “você tinha que olhar tudo na casa”: condição de saúde dos moradores, condição de higiene; se estavam tomando os medicamentos prescritos em consultas; se as crianças estavam com a vacinação em dia. As visitadoras ainda orientavam as mães quanto à alimentação adequada e aos cuidados gerais para uma boa saúde. Faziam muitas conversas para convencer as pessoas a mudarem seus antigos hábitos higiênicos, dentro dos preceitos da

medicina científica. As visitas eram sempre monitoradas por uma enfermeira que recebia os relatórios de cada visitadora.

Se não estava a gente botava pessoa ausente e se estava a gente ia então fazer as perguntas. Perguntava... Se eu visitar uma criança então eu perguntava... Pedia licença, conversava um pouquinho com a mãe, depois, e fulano como é que ta e outros, e aí ela falava, né, se ele tava bem se não tava bem, e se tava doente a gente dava o papelzinho e encaminhava pra consultar de tarde e se você visitasse a tarde encaminhava pro dia seguinte. Na visitação a gente ia todo dia. Se a mãe tava faltosa na vacina antitetânica a gente fazia na casa, se a criança tava faltosa também à vacina a gente aplicava na casa que era vacina tríplice, né, a gente fazia. O BCG era para o maiorzinho que a gente aplicava.

Cada visitadora tinha uma maletinha com o material necessário para injeções, vacinas e curativos. Cada uma se responsabilizava pela organização da sua, que também era vistoriada pela enfermeira chefe.

Ah! Minha maleta meu Deus, que quando eu entrava de férias que eu voltava que num encontrava meu material na minha maleta, que elas tinham mania de pegar; porque eu tinha pinça, tesoura, os curativos; é, os papéis já dobradinhos, que eu já deixava tudo dobradinho, arrumadinho dentro da maleta, com os vidros também; porque a gente carregava também o remédio de pingar no olho, porque as vezes a gente chegava na hora que a criança tinha acabado de nascer e a parteira não tinha na hora, e a gente fazia também, né; e um vidrinho de álcool e as vacinas que a gente pegava na geladeira pra carregar, né; as vacinas, as vacinas também, a antitetânica, a tríplice e... Contra a varíola só fazia no SESP. Contra a varíola era uma lufazinha bem fininha sabe, era o tempo da agulhazinha, depois veio... Eu tinha guardado, era uma pena que eles usavam primeiro... então, partia a metade daquela pena né pra poder fazer uma ligeira escoriação assim pra poder pingar aquele líquido pra poder a vacina pegar né, tinha que pegar a vacina. Só a BCG que era intraderme, né, bem... Mas era gostoso...

A visitação era um momento em que elas tinham que exercitar paciência, discrição e controle de situações inesperadas. Deviam estar bem preparadas para contornar as dificuldades e desconfiança das mães e outros familiares.

No princípio mesmo diz as meninas, que tinha um pouco de dificuldade porque a gente tinha que visitar de manhã, quer dizer, era uma hora imprópria que a mãe ta fazendo almoço, né, e preparando menino pra escola e tudo. (...) Era ruim porque ... Você chegava às vezes e a mãe não queria nem atender a gente porque ela tava fazendo almoço... Num tem problema não, eu só quero saber como é que tá sua criança; se fosse a gestante, como s senhora tá passando, se a senhora tá faltando sua vacina; não eu tô tomando; tá e me mostrava né, o papelzinho dela pra saber se ela estava em dia, se ela tinha alguma queixa, alguma coisa a gente orientava ela aí, né. E a senhora, está alimentando direitim e tal; então anotava aí na ficha, preenchia. Muitas vezes ia pra cozinha, não minha filha a senhora não fica me fazendo sala não, a senhora tá com sua panela no fogo eu vou atrás da senhora e ia lá pra cozinha; eu ia junto, eu nunca deixava ela ficar me fazendo sala. Não vamos embora... a senhora está na cozinha, a senhora está varrendo quintal, ó a senhora vai varrendo aí e eu vou

conversando aqui e a senhora vai... Eu anotava mais ou menos assim a lápis né, que eu chegava na unidade pra escrever direitinho, porque tinha...

Dona Hermínea recorda-se de muitos pormenores de todas as atividades de que participou no SESP. Conta com largueza de detalhes sobre a forma de fazer a esterilização dos instrumentos para injeções e vacinas por autoclave, sobre o modo de dobrar as gazes e toalhas, sobre itinerários percorridos entre outros procedimentos. E uma de suas lembranças preferidas é uma experiência no Lactário da Unidade de Governador Valadares:

Ah, o lactário. O lactário servia o leite, era distribuído assim, todo dia. Tinha cestinha, tinha as mamadeiraszinhas, aquelas garrafinhas... (...) aí a menina do laboratório, que tinham duas que eram, que trabalhavam no lactário né. Agora todo sábado e domingo era escalado uma visitadora e uma atendente pra trabalhar no sábado e no domingo pra dar descanso as que trabalhavam diária né. (...) Mas ah, o lactário, o leite era distribuído de acordo que o médico receitava. Tinha que fazer leite ao meio, leite da espessa, leite integral... É a mistura. (...) Aí tinha aquelas cestinha, de acordo, a criança que as vezes mamava pouco, pra completar as vezes, tinha cestinha que levava só três mamadeiras, outra levava quatro. E a outra levava seis mamadeirainha que era para o dia todo. As garrafas todas eram autoclavadas e todo dia tinha que lavar... A cestinha era de arame; então eles enchiam de acordo com a quantidade de “ml” que tinha que tomar e tampava com um papel que era esse papel manteiga e passava o elástico. Era tudo muito bem... Toda mãe levava, você tinha certeza que a criança ia ser bem alimentada...

Em casa que não existia geladeira a gente ensinava a bater caixotinho com areia, molhava aquela areia e então enterrava a mamadeira naquela areia até aonde pegava o leite. Senão estragava, mas muitas crianças no dia seguinte. Ela vinha a criança com diarreia, com vômito, porque mandava o irmãozinho maior vim buscar, eles iam jogar bolinha de gude e de vez em quando o moleque tirava a tampinha tomava um pouquinho do leite e tampava, aí o pobrezinho ia tomar aquele pouquinho de leite, né, que já estava mexido, babujado né, aí vinha.... Aí foi até que suspenderam, né.

Para Dona Hermínea, o convívio com os colegas de trabalho (agentes e visitadoras) “era bom demais”, formavam uma família. Muitos se mantiveram próximos, mesmo depois de aposentados. Mas, infelizmente, aos poucos muitos foram se afastando por vários motivos: distância entre cidades em que viviam, doenças, morte.

Era aniversário, natal, a gente tinha os natais né, nossa... Troca de presentes a gente fazia né. (...) Então, festa junina, todo ano, então se o clube fazia no São João a gente fazia então no Santo Antônio, porque é pequeno né, e não era muito grande pra todo mundo frequentar né, tinha que trocar. Era bom demais. (...) Nós éramos colegas mesmo, todos, todos mesmo graças a Deus, nunca vi falar assim que tivesse qualquer briga ou... Era uma família, a gente torna-se uma família. Quando nós aposentamos, um mocado de visitadoras e atendentes, nó passamos muitos anos assim, todo mês a gente ia numa casa e aquela servia um lanche; aí fizemos isso pra não ficar parados, porque a gente torna-se uma família e é difícil separar né; então todo mês, depois começou, uma não podia ir depois outra; aí foi acabou.

Em 2006, o antigo prédio da Unidade de Saúde do SESP, construído em 1943, foi derrubado pela prefeitura Municipal de Governador Valadares, para a construção da Policlínica Municipal. Alguns antigos funcionários foram homenageados, recebendo placas comemorativas. Dona Hermínea, como os demais depoentes, recebeu uma placa. Ficou feliz com a homenagem e muito triste com a derrubada do prédio. “E quando eles, que eu vi aquelas máquinas jogando aquelas coisas no chão, mas eu chorava, chorava, sozinha... Ai meu Deus do céu, mas passou, né. (...) Eu acho que eu fiz alguma coisa em prol dele (do futuro) né, diferente”.

A visitadora Glória e a postura de enfermeira–chefe²⁶⁴

Maria da Glória Carvalho iniciou sua trajetória no SESP em janeiro de 1947. Começou como atendente do dentista da Unidade, seu cunhado. Porém, ficou somente seis meses nesta função. Em julho do mesmo ano, começou o curso para visitadora sanitária; o mesmo do qual participou dona Hermínea. Em dezembro, quando terminou o curso, retomou suas atividades, não mais como atendente, mas como visitadora. Trabalhou até 1953, quando terminou o segundo grau, e almejava fazer um curso superior. Fez o exame de seleção para a Faculdade de Enfermagem em Juiz de Fora (Escola de Enfermagem Hermantina Beraldo²⁶⁵). Estudou com bolsa do SESP e, ao final dos três anos do curso, em 1957, foi enviada para o Vale do São Francisco, onde o SESP iniciara um trabalho de saneamento e saúde. “Fui para Juiz de Fora, fiz o curso superior, quando eu terminei, eu não voltei para Valadares, eles me designaram para trabalhar como supervisora no Vale do São Francisco. Então, eu supervisionava aquelas unidades todas lá”. Depois de algum tempo, foi remanejada para Governador Valadares, pois havia adoecido e pediu para voltar, permanecendo nesta cidade até se aposentar. A trajetória da Sra. Glória Carvalho, no SESP, distingue-se pela decisão e

²⁶⁴Entrevista com Maria da Glória Carvalho, 77 anos; 30 de outubro de 2009; acervo pessoal.

²⁶⁵ A Faculdade de Enfermagem Hermantina Beraldo/FEHB, foi criada pelo governo de Minas Gerais em 1946, e incorporada à Universidade Federal de Juiz de Fora no final da década de 1970. Conforme Bastos (1996, p. 457) o SESP colaborou com a escola de “duas maneiras: ajuda financeira iniciada em 1953 e a colocação à disposição da Escola de uma enfermeira do quadro de pessoal do Serviço, para completar a equipe de professores que estava deficitária. Em julho de 1955, a enfermeira voltou ao SESP, que passou a conceder a Escola um auxílio financeiro para que a própria Escola contratasse duas enfermeiras e suplementasse o salário de uma outra que exercia funções didáticas”.

oportunidade de continuar estudando, o que favoreceu sua ascensão a um cargo de nível superior²⁶⁶.

A transição do trabalho de atendente de dentista para o trabalho como visitadora é lembrada por Glória Carvalho. O dentista atendia os casos que exigiam maior cuidado no consultório montado na Unidade de Saúde e fazia a prevenção da cárie dentária nas escolas.

Porque o trabalho dele com as crianças, o trabalho dele preventivo era feito no grupo escolar. A gente tinha que preparar, dava mais assistência para as gestantes né, na remoção de corpos dentários; lá no SESP no consultório dentário era só pra atender os casos de gestantes pra remoção de corpos dentários pra não dar infecção; naquela época não tinha desse negócio de tratar canal, não tinha nada disso né, então remoção de corpos dentários; aí eu fiquei com ele durante seis meses, de janeiro até julho; em julho começou esse curso pra visitadora sanitária, aí a diretora fez lá um teste né, com as candidatas e eu fui aprovada no teste; daí eu fiz o curso de visitadora que começou em julho e terminou em dezembro do mesmo ano; aí quando foi no próximo ano seguinte já comecei trabalhando como visitadora.

Para Glória Carvalho, o curso para visitadora foi muito bem preparado. Na parte teórica do curso, ela destaca as matérias voltadas para a Enfermagem: Anatomia, Fisiologia, Nutrição, que eram ministradas por enfermeiras formadas, sempre na parte da manhã. A parte prática foi feita na Unidade Sanitária e no ambiente externo “acompanhando as visitadoras antigas no campo pra aprender a fazer as visitas, porque a gente fazia visitas pra gestante, visita pra criança não é? Quer dizer então que esse trabalho era feito nas residências, visitava todas as residências”. Após o curso, as visitadoras estariam aptas para exercer sua função.

Trabalhávamos na medicina preventiva, que era atender as gestantes durante o período completo de gestação e as crianças; chamava-se na época de higiene infantil. Então atendíamos as crianças com: vacinas, alimentação, dávamos orientação, porque tinha o lactário. As crianças desnutridas nós encaminhávamos para receber o leite, tinha três tipos de leite, eram o integral, os dois terços e ao meio, ou seja, de acordo com a idade da criança, dávamos aquela mamadeira e já preparadas. Nós preparávamos o leite no lactário, tinha a cestinha que a criança já levava o leite prontinho.

As visitadoras tinham tarefas bem definidas, tanto para o trabalho na Unidade Sanitária ou nos subpostos que se criaram em alguns bairros de Governador Valadares a partir de meados dos anos 1950. Dentro da Unidade, após a consulta, o paciente (gestantes e crianças) era orientado pela visitadora. Se o paciente fosse uma criança, a visitadora deveria pesá-la, verificar a temperatura, verificar se estava em dia com as vacinas e anotar como

²⁶⁶Outra visitadora, de Aimorés, Sra. Graginha Vidal de Moraes Lopes, fez a mesma trajetória. Fez o curso para visitadora em Pirapora; e depois também teve bolsa de estudo do SESP para fazer o Curso de Enfermagem na Faculdade de Enfermagem Hermantina Beraldo, em Juiz de Fora. (Entrevista com Sra. Graginha Vidal, 73 anos, em 15/10/2009. Acervo do Núcleo de Estudos Históricos e Territoriais/NETH/Univale.

estava seu desenvolvimento. Em seguida, aconselharia a mãe sobre o uso da medicação, sobre alimentação adequada e acerca dos corretos procedimentos higiênicos. Se fosse uma gestante, a visitadora orientaria “sobre como a gestante tinha que comportar durante a gravidez, os remédios que ela tinha que tomar”. Na opinião de Glória Carvalho, quando as mães, já com seus bebês, relatavam que haviam levado as crianças a benzedores, ou que haviam utilizado algum chá conhecido, a posição da visitadora deveria ser de orientação respeitosa, mesmo porque ela também costumava levar seus filhos para benzer:

Eu respeitava é claro, eu não vou falar: não você não vai na dona fulana não, porque a dona fulana é charlatã, eu não vou falar isso. A gente não entrava nesse campo não, a gente respeitava, porque se não fizer bem, mau também não vai fazer, né. Mesmo que elas falavam: Ah! Eu estou dando chá de alecrim, eu estou dando mel poejo, estou dando não sei o que pro menino porque está assim, assado... Não, se a senhora está dando, está melhorando, está dando certo continua dando. Aqui na Rua Sete de Setembro tinha uma chamada Maria Marreca. Também quando meus meninos estavam com vento virado, vento caído... aí vamos levar na Maria Marreca pra Maria Marreca benzer. Sei que a Maria Marreca abria a boca e tá saindo tudo, o mal olhado todo e as meninas ficavam boas, menina, que coisa né. (...) A questão era sarar, eu quero é ficar livre disso, vou me apegar a tudo.

Glória Carvalho recorda que o trabalho das visitadoras era muito organizado. O controle sobre os atendimentos (e sobre os atendidos) era feito na forma de fichamento individual, sendo que cada família tinha seu próprio cadastro (no qual eram anotados o nome e as informações sobre cada membro daquele grupo). Segundo a depoente, isto facilitava a verificação de ocorrências variadas e o atendimento a “toda a comunidade que estivesse necessitada”, lembrando que “Valadares era uma cidade muita pequena tinha, naquela época, uns 25 mil habitantes”.

Então, fazíamos a ficha com todas as pessoas da casa, mãe filhos, marido, todos registrados com as fichas. Tínhamos o fichário e essas fichas eram todas guardadas no fichário por ordem alfabética. Cada visitadora tinha sua área de visitação, era dividido em áreas, cada bairro tinha uma visitadora responsável por aquela área. Então se a criança faltasse à vacina a visitadora já sabia, porque cada uma tinha seu arquivo com as fichas de todas as crianças. Tudo controlado. Então a visitadora já ia na casa saber o porquê que a criança estava faltosa, já aproveitava e fazia a vacina; e orientava a mãe para o próximo mês voltar; com a gestante era a mesma coisa, ou seja, se ela faltou na consulta ou na vacina, também íamos na casa, orientava, fazia o encaminhamento, encaminhava para a unidade sanitária. Então, tinha médico para gestante, para criança, tudo organizado. Na unidade de saúde. Então, era um serviço muito bem organizado, muito bem orientado. Então nós não perdíamos ninguém, porque todos eram fichados, cadastrados.

O trabalho das visitadoras, lembra-se Glória Carvalho, relacionava-se à medicina preventiva. Deste modo, a parte da Educação Sanitária incluía-se nas atividades

realizadas. Para ela, o SESP era avançado na proposta de Educação Sanitária. As visitadoras e os agentes “distribuíam folhetos, livrinhos, cartazes”; “para as mães, para as crianças, para a família toda”; com informações e orientações sobre doenças transmissíveis, sobre higiene e saúde. Além das palestras feitas na Unidade, nas escolas, ou onde fosse possível, havia também a projeção de filmes educativos.

Tínhamos a parte de educação sanitária, na qual passávamos os filmes sobre verminoses. E eu cansei de passar filmes. Eu aprendi a mexer com a máquina né, aquela de trinta e cinco milímetros; só tinha eu e uma outra que passava, passava os filmes e levava todo mundo pras salas, isso cada, na parte que atendia o pessoal, gestantes e crianças... Era filme sobre verminoses né, sobre saúde da mãe de gestante, saúde da criança, então era tudo voltado pra para o tratamento. Aí juntava todo mundo na sala e passava o filme, agora para os tuberculosos a gente fazia numa outra área, aí já era com álbum seriado. (...) Tinha palestras, a gente fazia palestra todo dia com álbum seriado, juntava a turma toda lá pra tomar os remédios e aproveitava pra ensinar a tomar os remédios pra ele ir formar aquele hábito, né? Então quer dizer, a gente educava diariamente.

Uma atividade que Glória Carvalho faz questão de registrar em seu depoimento foi o trabalho com as parteiras. Ela participou dos cursos que eram dados para as ‘curiosas’ como visitadora, contribuindo com as orientações; e como coordenadora dos cursos, depois de formada em Enfermagem. Os cursos eram dados uma vez por semana. Cada parteira que participava do curso no SESP ganhava uma maleta com material variado²⁶⁷: avental, curativos, remédio para pingar no olho do recém-nascido. “Aí elas colocavam tudo ali: avental, os remédios que tinham que usar, tudo certinho, arrumadinho, tesoura tudo esterilizado pra cortar o cordão umbilical, era tudo muito bem organizado”. Glória Carvalho explicou que as parteiras eram respeitadas em suas comunidades, eram líderes, eram quase como ‘chefe do bairro’. Cada parteira tinha as suas clientes que, logo que engravidavam, procuravam por ela e combinavam o acompanhamento do parto. Se a gestante era cadastrada, “ia no SESP, olha a dona fulana que vai ser minha parteira; aí a gente já orientava direitinho como é que tinha que ser...”. De acordo com Glória, o trabalho das parteiras era “mais era voluntário. Se as mulheres pagavam devia ser uma taxa muito pequenininha, eu acho que nem sei”.

²⁶⁷ “Maleta da parteira: Envelope de pano contendo: avental; Envelope de pano contendo: a touca (um quadrado de pano), sabão, toalha, máscara; Envelope de pano contendo: 1 funil de esmalte, sondas de borracha, sonda retal, tubos simples de borracha; Envelope de pano contendo: tesoura e cuba; Envelope de pano contendo: cordão para amarrar o umbigo, curativo umbilical, pérolas de nitrato de prata; Envelope de pano contendo: curativo perineal e cinto; Envelope contendo a ficha de notificação do nascimento ao Centro de Saúde”. Conforme documento do FSESP - Programa de Treinamento de Seção de Enfermagem do Rio Doce em Aimoré (MG) –BR.FIOCRUZ- COC/FSESP/ AMS/ 00/CT/FC/28.

E ainda tinha o curso de parteiras ‘curiosas’, porque elas faziam os curativos com pó de fumo, com azeite; então dava muito “mal de sete dias”, que é o tétano umbilical. Ah! Dava aula pra parteira, quando eu era visitadora eu dava aula pra parteira, depois que eu formei também como enfermeira eu também dava aula pra parteira. (...) A gente orientava as parteiras pra fazer parto, porque naquela época num tinha hospital, o único hospital que tinha aqui em Valadares era o São Vicente entendeu? E atendia precariamente, então as pacientes ganhavam neném em casa; então a gente orientava as parteiras: olha vocês vão fazer isso e isso e isso; às vezes a gente avisava: olha, nós vamos visitar, hein! cuidado! Aí a gente ia na casa visitar pra saber como é que tava, pra não por pó de fumo nem, pra não dar nada de umbigo né; então elas pegava, a gente fornecia os curativos de umbigo, fornecia o “creder” que era o remédio pra evitar a “oftalmia pirulenta” né; então elas pingavam o remédio assim no olho do menino, fazia o curativo no umbigo, dava banho, a gente ensinava como é que dava banho, a gente tinha os bonecos lá pra ensinar, né... (...) É, tinha os bonecos grandão assim que a gente dava os banhos... Como se fosse o bebê, né; quer dizer o boneco podia ficar dentro d’água né, a gente ensinava direitinho e depois elas iam também fazer pra saber se tinha aprendido é, era muito bem feito. (...) Era tudo organizado, tudo organizado.

A mudança de função de Glória Carvalho, de visitadora para enfermeira, foi um episódio singular em sua carreira. “Fui até no pico né, graças a Deus. (...) Eu acho que lá dentro num achei, eu fui a única que fiz isso, eu acho que foi, num teve outra que tivesse essa trajetória minha não”. Quando retornou a Governador Valadares, depois de algum tempo atuando no Vale do São Francisco como enfermeira supervisora de área, assumiu a coordenação dos cursos para visitadoras porque “tinha experiência na área”.

Aí eu voltei pras origens. Ser chefe das meninas que foram as minhas colegas, imaginou? Elas continuaram. Eu que fui... Elas não quiseram, continuaram como atendente, como visitadora; pior é chamar de dona né, porque naquela época era uma hierarquia danada né, dona fulana, dona beltrana; maior dificuldade, eu tentando chamá-las de dona e elas tinha que me chamar. Uma outra situação diferente né, mas não tinha problema não, foi tudo legal. (...) Também, aí me puseram mais pra dar cursos, aí eu fiquei como orientadora de cursos de atendente, curso de visitadoras, aí vinha moça do Brasil inteiro fazer o curso aqui. Aí eu que dava os cursos. Levava uns cinco, seis meses pra dar o curso. (...) Tinha prova, tinha os módulos; terminava o módulo e entrava noutro, entrava até terminar tudo pra elas fazerem a prática e a teoria; aí elas já recebiam o certificado pra voltar pra suas bases né, pra trabalhar nas suas bases. Eu dava os cursos, quando terminavam, elas voltavam para suas cidades, porque eram de várias cidades, cada uma de uma cidade, onde tinham unidades de saúde, e elas iriam executar o trabalho que aprendiam aqui, lá na cidade delas.

De acordo com Glória Carvalho, havia no SESP uma hierarquia muito rigorosa. Uma marca desta hierarquia era o uso de uniforme. Glória Carvalho se recorda que cada funcionário tinha que mandar fazer seu uniforme cujo “pano vinha dos Estados Unidos”. Os modelos variavam, mas todos deveriam usar um crachá com nome e função: “Para as visitadoras o uniforme era um modelo, a enfermeira era outro modelo entendeu, o auxiliar de saneamento outro modelo, o pessoal de atendente outro modelo e o auxiliar de serviços gerais, outro modelo”. Se internamente o uso do uniforme marcava a hierarquia, no ambiente externo

ao SESP, ele distinguia os funcionários e já anunciava sua presença. No caso das visitadoras e enfermeiras, Glória se recorda que “causavam ‘frisson’ quando passavam com seus uniformes, que deveriam estar sempre impecáveis”.

A influência norte-americana é comentada por nossa visitadora e enfermeira. Segundo seu ponto de vista, o SESP foi fruto de uma troca. Os americanos mandavam remédios para verminose, mandavam leite em pó, treinaram o pessoal, fizeram o SESP; com o objetivo de ter acesso ao minério e à mica. “Para ter esse acesso a esse material, material bélico, então eles, quer dizer, trouxeram a parte da saúde, porque como é que a pessoa vai trabalhar sem saúde, não tem como, né? É uma troca né, aí conseguiu sanear a região toda graças a Deus”. Segundo Glória Carvalho a presença de médicos e engenheiros estrangeiros também contribuiu para mudar a cidade.

O trabalho era desse jeito, fazia os acampamentos pros médicos, pra esse povo que vem de fora né, pra poder ficar hospedado; porque também não tinha hotel, não tinha nada disso. É, tinha que ter casa pra eles ficarem né, com empregada, com tudo né. Ficavam aqui algum tempo, mas não ficavam residindo mesmo não, sabe? Ah! Agora, Valadares, minha filha, era famosa a cidade por causa desse pessoal todo. Depois veio também a Companhia Vale do Rio Doce, veio a Morryson né, pra fazer estrada, então quer dizer, aquilo foi desenvolvendo. Dessas coisas que vieram de fora foi que desenvolveu a cidade.

Para Glória, o trabalho realizado pelo SESP foi “de primeiro mundo”, mas foi praticamente abandonado “porque os políticos não deram continuidade ao nosso trabalho. Ela relata que há pouco tempo ouviu alguém falando sobre um curso, no Nordeste, para formar “parteiras curiosas”, que a deixou surpresa e triste, pois ela e suas companheiras faziam isto há mais de cinquenta anos. “Falei: Gente! Nós já fazíamos isso há cinquenta anos, agora que eles estão descobrindo a maneira. Agora eles estão achando que é uma coisa maravilhosa (...) “Gente, agora que eles estão descobrindo a América”.

Glória Carvalho também recebeu a placa de homenagem, como os demais depoentes, por ocasião da ‘derrubada’ do antigo prédio do SESP, em Governador Valadares. Achou importante o reconhecimento, mas não deixou de distinguir o trabalho feito: “aquele amor que nós trabalhávamos e executávamos a nossa tarefa, nós não vemos mais isso.”

Agentes sanitários, visitadoras e as percepções da população atendida

Uma leitura cuidadosa dos cinco testemunhos apresentados nos fornece um conjunto de informações que ora os aproxima e ora os distingue em suas particularidades, tanto no que

se relaciona com as atividades que marcaram a atuação de cada um dos entrevistados, como na forma como cada qual revela suas memórias. Cada um dos entrevistados foi identificado com uma particularidade que a nosso ver resume sua trajetória, ou pelo menos a forma como ela nos foi oferecida, ou melhor, representa aquilo que, neste esforço, fomos capazes de alcançar.

Abordaremos de forma pontuada alguns dos elementos comuns aos testemunhos, e outros que são particularizados. Também incluiremos outros testemunhos e comentários de fontes documentais que servirão de baliza ou de contraponto a algumas questões levantadas.

Primeiro – Os agentes sanitários e as visitadoras entrevistados vieram das comunidades onde o SESP tinha atuação e, portanto, guardavam uma identificação estreita com o público-alvo; ou seja, a seleção deste grupo de funcionários seguiu a orientação geral de se requisitar pessoal local que tivesse interesse na área de atuação e disponibilidade para dedicação integral ao serviço. Embora o interesse manifestado pelos entrevistados estivesse mais ligado à possibilidade de trabalho e de melhoria de sua situação financeira, eles abraçaram a ‘nova’ profissão e permaneceram no SESP até se aposentarem. O “aprender fazendo”²⁶⁸, mais do que “o treinamento em serviço”, em decorrência do pouco tempo dos cursos, especialmente para os agentes sanitários, foi um procedimento básico para formação destes auxiliares. Evidentemente que ao relatarem que “não conheciam o SESP” (o que não significa demérito, pois o próprio Serviço fora recém-criado) explicitam o desconhecimento sobre as atividades planejadas e mesmo sobre os princípios higiênicos e de saúde que passariam a divulgar. O fato de pertencerem ao mesmo público que seria alvo das intervenções do SESP torna sua formação ainda mais complexa, pois eles também estariam sendo (re)educados dentro de novos padrões de comportamento e de mentalidade. O depoimento da visitadora/enfermeira Glória Carvalho fornece uma pista sobre a questão: “Às vezes os candidatos, especialmente para os cargos de serviços gerais, nem tinham vaso sanitário direito em casa né, parte de higiene precária, então você tinha que ensinar pra eles como é que eles tinham que trabalhar, fazer aquele serviço, tinha que ensinar”.

Segundo – Os cursos para visitadoras e agentes sanitários atendiam mais a urgência de pessoal para o campo do que a qualidade teórica de sua formação. A ênfase no preparo para a prática pode ser percebida pela quantidade de horas dedicadas à prática de campo (120 horas

²⁶⁸ Princípio defendido pelo filósofo e educador norte-americano John Dewey e incorporado na discussão sobre Educação sanitária por Bastos (1963, p. 317).

do curso para agentes sanitários, cerca de 32% do total de 377 horas²⁶⁹; e 260 horas para o curso de visitadoras, cerca de 62% do total de 420 horas²⁷⁰). Embora o SESP defendesse a vinculação estreita entre teoria e prática, o caráter intensivo dos cursos, a natureza das atividades a serem realizadas e a exigência mínima de curso ‘ginasial’ para ambos os auxiliares, dispensavam aprofundamentos teóricos mais complexos. Um comentário de Dona Hermínea Milhorelle sobre as provas que fez para entrar no curso de visitadora explicitam a desproporção:

Eu acho que pra esse serviço de visitação o que vai valer mais é a prática e não a teoria... Conhecimento das coisas, mas o que vale é a prática, pra que eu precisava saber de coisa de laboratório? Que eu não ia trabalhar em laboratório. Nome de verme, nome dos exames, nome de tudo e não sei o que, pra que isso, que eu não ira fazer aquilo meu serviço era visita, visitar NE?

A propósito, como dito anteriormente, para o sucesso da pedagogia sanitária implementada pelo SESP, seria preciso que os atores sociais envolvidos em todo o processo compreendessem os novos princípios de higiene e os colocassem em prática em sua experiência cotidiana. Ou seja, a simples compreensão do valor dos princípios higiênicos sem a sua devida (re)significação e introjeção pelos indivíduos não levaria ao desenvolvimento de uma “consciência santária” que resultasse em benefícios individuais e/ou coletivos (CANDAU; BRAGA, 1948, p. 584). Neste caso, a atuação dos agentes e visitadoras sanitárias é reveladora da forma como os princípios higiênicos foram tomados como norteadores de uma nova postura diante da saúde, da vida social e do reordenamento espacial nas cidades e zona rural. Os agentes e visitadoras, em sua maioria, tiveram que reposicionar-se diante dessas questões para que sua atuação junto à população atendida pelo SESP tivesse o resultado almejado.

Terceiro – A seleção para o trabalho e o desempenho das atividades dos agentes e visitadoras sofria seus reveses, embora os testemunhos ofereçam uma situação mais exitosa, especialmente no caso das visitadoras. Neste sentido, poderíamos nos perguntar se os cursos feitos propiciariam aos auxiliares a carga de conhecimento– teórico e prático – necessária para o convencimento e aceitação dos hábitos novos que estavam propagando. Ou, de outra

²⁶⁹ Conforme Documento BR.FIOCRUZ-COC/FSESP/A/00/OF/00/165 - Aspectos do curso para agentes sanitários realizado em Colatina, 1951. De acordo com Bastos (1996, p. 401), “em 1964 os cursos para agentes sanitários passaram a ser dados em 17 semanas, compreendendo um total de 621 horas, sendo 137 em atividades teóricas e 254 em atividades teórico-práticas e práticas”.

²⁷⁰ Conforme documento do FSESP - BR.FIOCRUZ- COC/FSESP/ AMS/ 00/CT/FC/09 – Curso de Visitadoras Sanitárias em Santarém/PA, Programa do Amazonas; 1946.

maneira, se os formandos estariam em condições de exercer tais atividades propostas pelo Projeto médico-sanitário, que de todo modo, já vinha pré-estabelecido embora com alguma margem de negociação e adaptações locais que não chegavam a provocar mudanças substanciais na orientação geral. A documentação do FSESP nos oferece alguns indícios sobre desajustes que indicam que nem sempre as coisas saíram como planejadas ou desejadas. Por exemplo, um relatório da Divisão Médico-Sanitária do SESP do Programa Rio Doce, de abril de 1948²⁷¹, relata dificuldades de execução do programa sanitário em Colatina, onde foi necessário providenciar revisão geral no arquivo de “Pastas de Família”, que apresentava grande desorganização, ao que parece ser de ordem prática, com: fichas duplicadas, fichas com visitas retardadas, fichas de Pré-natal sem visitação, entre outros problemas. O mesmo relatório reclama que “as visitadoras, de um modo geral, fogem às oportunidades para demonstrações em domicílio. Na parte técnica há ‘desuniformidades’ no trabalho e falta de nitidez na execução”, em referência às dificuldades das visitadoras em atenderem as orientações e à falta de supervisão mais intensiva (p. 115). O relatório, para o mês de maio de 1948 (p. 114) registra que em Governador Valadares o Serviço de Enfermagem “não vem cumprindo as recomendações deixadas nas visitas anteriores para uniformização das atividades”. Mais preocupante, o relatório de junho de 1948, sobre as atividades em Aimorés, notifica que havia falhas na realização das visitas domiciliares pela preocupação com a “quantidade em detrimento da qualidade de produção, pois, vimos 10 e 12 visitas numa só manhã, sendo gastos 10 minutos em casos novos inclusive com preenchimento de Pasta de Família” (p. 163)²⁷².

No caso dos agentes sanitários, o mesmo relatório, na Seção de Engenharia (mês de junho de 1948), indica a necessidade de “reajustamento dos Serviços de saneamento, visando padronizar e melhorar suas atividades, cujas deficiências são motivadas geralmente pelo baixo padrão do pessoal de que se dispõe”. O relator (representando a Divisão) que havia sugerido a criação de curso de Inspectores Sanitários “com pessoal de melhor capacidade” a fim de aliviar a situação, pedia a suspensão do mesmo em vista do “baixo padrão dos candidatos que se apresentaram”. Naquele mês, em Governador Valadares, as atividades de saneamento coordenadas pelo Centro de Saúde foram interrompidas, pois “contando de 2 guardas o seu quadro de pessoal, um pediu exoneração para ir trabalhar no Serviço Nacional de Malária e ao

²⁷¹ Documento do Fundo – FSESP- BR.FIOCRUZ-COC/FSESP/AMS/00/SS/00/01 - Administração da Divisão Médicos-Sanitária de Vitória (ES). Projeto RD-VIT-1B do Programa do Rio Doce.

²⁷² Idem.

outro foi concedida longa licença para tratamento de saúde em consequência de estar acometido de tuberculose”. Para solucionar o problema, previa-se a realização de um novo curso para agentes sanitários, em caráter de urgência, com oito semanas, “05 em Aimorés e 03 em Colatina”. Para este curso, os Chefes dos Centros de Saúde de Colatina, Aimorés e Governador Valadares procurariam “selecionar candidatos locais, exigindo instrução e personalidade como requisitos ponderáveis”²⁷³.

Quarto – A existência de uma forte hierarquia institucional indica uma “distinção pela dependência” (Chartier, 2001, p. 21; Elias, 2001, p. 213), isto é, o ‘posto’ ocupado definia a conduta e o comportamento social dos funcionários do SESP, que se adaptavam à disciplina que o governava. Os testemunhos demonstram uma aceitação tácita desta hierarquia, pois sua permanência nos quadros do SESP dependia de agir conforme o padrão estabelecido. Dois casos exemplares, apresentados no Relatório de Atividades de 1948, são indicativos de que, em tese, não havia contemporização no que dizia respeito às faltas cometidas. No primeiro caso, o relatório do mês de abril, sobre as atividades em Aimorés²⁷⁴, aponta “falta de cooperação, ética e inobservância das ordens de serviço por parte das visitadoras” (p. 112). A Divisão decidiu pela exoneração de uma visitadora e por colocar em prática a resolução de “punir com rigor as reincidências futuras”. No segundo caso, o relatório do mês de maio de 1948 (p. 114) registra que “em Governador Valadares ocorrências graves, de caráter moral, na residência das enfermeiras e visitadoras, vinham influenciando bastante no conceito do serviço. (...) Severas medidas foram tomadas, resultando na cassação daquele benefício, com a extinção daquela residência”²⁷⁵. Sobre essa questão é possível que se tratasse do caso de uma visitadora que havia engravidado de um namorado com o qual não se casou, conforme depoimento de dona Nilza da Silva, que era visitadora em Aimorés. De acordo com dona Nilza, “quando ela engravidou, ela estava em Valadares. Foi uma tristeza. Naquele tempo era um bicho de sete cabeças”²⁷⁶.

Deste modo, a alegoria militar no testemunho do Sr. Olmário; a distinção estabelecida pelos tipos de uniforme de cada funcionário, de acordo com Glória Carvalho, e sua própria

²⁷³ Idem.

²⁷⁴ Documento do Fundo – FSESP- BR.FIOCRUZ-COC/FSESP/AMS/00/SS/00/01 - Administração da Divisão Médicos-Sanitária de Vitória (ES). Projeto RD-VIT-1B do Programa do Rio Doce.

²⁷⁵ Documento do Fundo – FSESP- BR.FIOCRUZ-COC/FSESP/AMS/00/SS/00/01 - Administração da Divisão Médicos-Sanitária de Vitória (ES). Projeto RD-VIT-1B do Programa do Rio Doce.

²⁷⁶ Entrevista com dona Nilza da Silva. Visitadora na cidade de Aimorés/MG. Em 13 de outubro de 2009. Acervo do Núcleo de Estudos Históricos e Territoriais/NETH/Univale.

distinção quando se tornou enfermeira; a presença do supervisor para “atucanar” os agentes conforme o Sr. Petronilho, e seu orgulho de ter convivido e trabalhado com diretores exponenciais do SESP; o ‘carão’ recebido pelo agente pego fora do serviço, como relata o Sr. Atanael; o medo de Dona Hermínea em aceitar o pedido de casamento feito pelo colega agente sanitário, “porque o médico-chefe era seu parente”; além do constrangimento de Dona Hermínea sobre o caso das enfermeiras visitantes que levavam suas bolsas para o banheiro, que ela identificou como ‘engraçado’; demonstram em episódios e sutilezas cotidianas o desequilíbrio de poderes (Elias, 2000) inerentes à “organização racional do trabalho” (PENIDO e SIMÕES, 1954, p. 409)²⁷⁷ que acompanhavam a configuração funcional do SESP. Mais taxativo é o testemunho do Dr. Almiro Barreto, Diretor da Unidade de Governador Valadares em meados da década de 1950: “Era bem organizado, o que não tinha bagunça era no SESP. Se tivesse algum deslize, eu dava três dias de balão²⁷⁸, dava três dias mesmo. Não tinha conversa²⁷⁹.”

Quinto – A internalização do discurso seespiano e o sentimento de lealdade ao SESP por parte de seus servidores. As narrativas apresentadas indicam que os depoentes se apropriaram e internalizaram em grande medida o discurso técnico-científico divulgado pelo SESP e se converteram em agentes de mudança “por dentro”, pois eram membros da própria comunidade atendida. Todavia, podemos presumir que tal internalização, e posterior exteriorização na tarefa prática de ‘divulgar’ o conhecimento adquirido, não significariam simplesmente a repetição memorizada de dados e noções aprendidos nos cursos, mas a ressignificação deles num processo de recriação, de reelaboração, a partir das perspectivas socioculturais e competências pessoais (recursos cognitivos, iniciativa, forma de comunicação, etc.) dos agentes e visitadoras. Vimos, por exemplo, que cada depoente, à sua maneira, relata sua experiência seespiana, da aprendizagem nos cursos até a atuação prática, acentuando aspectos que marcaram este processo. Neste sentido, tomamos, por exemplo, o caráter didático (de enfermeira-chefe) que perpassa o depoimento de Glória Carvalho; a postura compreensiva no depoimento do Sr. Olmário Vieira; o artifício criativo da caixinha de areia molhada para conservar o leite distribuído às famílias carentes, como relatado por Dona Hermínea Milhorele. Nestes casos, podemos considerar o que diz Norbert Elias (2006, p. 47)

²⁷⁷ Trabalho da Divisão de Organização Sanitária do SESP, apresentado no XI Congresso Brasileiro de Higiene, realizado em Curitiba, de 15 a 31 de novembro de 1953.

²⁷⁸ Suspensão do serviço.

²⁷⁹ Entrevistado apresentado no capítulo 1

sobre o percurso de aprendizagem: “há pessoas que promovem a tecnização²⁸⁰ de certos aspectos de suas vidas sociais e acabam marcadas por esse processo”.

Algumas observações ainda podem ser realçadas a partir das informações coletadas. Em primeiro lugar, são comuns entre os entrevistados as demonstrações de carinho relativo aos anos de trabalho no SESP. Também são comuns os elogios à ação sespiana em benefício da saúde pública e do saneamento de áreas urbanas e rurais. Todas as ações realizadas tendem a ser descritas pelos depoentes como muito bem organizadas, o que revela um profundo sentimento de lealdade ao SESP. Estimamos, nesse sentido, que tais menções afirmativas da capacidade e da competência do Serviço implicitamente traduzem um sentimento de autorreconhecimento e de valorização das próprias ações, pois cada um, por sua ‘formação’ e a seu modo, fazia parte deste movimento. Enfim, cruzando tempo e espaço, a existência narrada indica a constituição de uma identidade profissional e pessoal, entrecruzada por um sensível sentimento de pertencimento social. Ou seja, a identificação tão visceral dos antigos funcionários com a atuação no/do SESP pode ser pensada como uma forma de distinção diante dos outros – no passado e no presente. Afinal, os preceitos/o programa, o discurso propalado pelo SESP é um discurso considerado vencedor/civilizado. Estes funcionários, quando se voltam para suas lembranças a partir do olhar atual, consideram que, ao terem atuado no SESP, fizeram parte de um projeto que deu certo.

Sexto – A atuação dos agentes e visitadoras na perspectiva de divulgação de uma cultura científica em substituição aos saberes e hábitos tradicionais foi marcada por constrangimentos e tensões de diversos matizes. Como apontamos no capítulo 2, pela via da educação sanitária, os agentes e as visitadoras seriam ‘divulgadores’ de novas concepções sobre saúde e de hábitos higiênicos que incidiriam fortemente sobre o cotidiano de boa parte da população-alvo do SESP. Na perspectiva de Bastos (1963, p. 332-333), o processo educativo teria “por finalidade a criação ou mudança de crenças, atitudes e comportamento”, para o que seria preciso o estabelecimento de forças motivadoras, de ordem material e/ou de reconhecimento social, que conduzissem o indivíduo à compreensão da mudança proposta e que tivesse interesse nela. Esta concepção aproxima-se daquilo que Norbert Elias (1993, p. 195-196) entende como “autorregulação civilizadora”, porém este autor, diferentemente de Bastos, não entende o processo como puramente individual. No sentido elisiano, o “modo como se comportam” os indivíduos corresponderia à estrutura da sociedade (com suas

²⁸⁰ Por *tecnização*, Norbert Elias entende “o processo que, à medida que avança, permite que se aprenda a explorar objetos inanimados, cada vez mais intensamente, em favor da humanidade, manejando-os e os processando, na guerra e na paz, sobretudo na expectativa de uma vida melhor” (2006, p. 35). É um processo de aprendizagem que ensina inúmeras relações tanto entre indivíduo-natureza, como entre indivíduo-indivíduo.

polarizações e incertezas) em que vivem, e a mobilização motivacional estaria ligada à “teia de interdependência em que o indivíduo está emaranhado” (ELIAS, 1993, p.198-199). É neste sentido que vislumbramos a aceitação e a resistência às modificações aventadas pela ação dos agentes e visitadoras do SESP.

Os depoimentos apresentados indicam que as mudanças esperadas demandariam um longo processo de aprendizado, até que as pessoas tomassem para si, como uma “segunda natureza”, um hábito que não necessitasse ser monitorado, mas que funcionasse também quando a “pessoa estivesse sozinha” (ELIAS, 1993, p. 251; 1994, p. 142). Um exemplo clássico seria a necessidade do monitoramento pelas visitadoras quanto ao uso da medicação pelos pacientes que frequentavam a Unidade de Saúde, e a verificação da atividade das parteiras contra o uso de ‘pó de fumo’ para cura do umbigo do recém-nascido²⁸¹; ou ainda, a ministração do leite nas medidas indicadas aos recém-nascidos. Outro exemplo seria o esforço das visitadoras para convencer as parturientes a fazerem o acompanhamento pré-natal. Entre os agentes destaca-se a fiscalização quanto à adequada utilização das fossas sanitárias, que nem sempre eram utilizadas para seu fim, ou quanto ao cuidado com os novos equipamentos públicos (encanamento, torneiras, redes de escoamento sanitário). Percebemos, portanto, nos depoimentos uma configuração, conforme sentido proposto por Norbert Elias. Nesta configuração, os indivíduos vivenciam um contexto de mudanças e internalizam um discurso. Para o projeto sespiano, a mudança deveria ser rápida, mas as figurações tradicionais do público-alvo, enraizadas nas práticas cotidianas, as tornavam lentas e, em alguns casos, superficiais. Para o agente sanitário Olmário F. Vieira, por exemplo, o fato das pessoas deixarem de procurar frequentemente o serviço médico seria um sinal de que houve melhoria das condições de saúde. Entretanto, entendemos que esse fato pode significar não o acatamento, mas uma resistência às orientações e propostas conduzidas pelo pessoal do SESP. Neste caso, devemos ponderar sobre até que ponto os preceitos de higiene e de bem estar e solidariedade social foram incorporados pelos agentes e visitadoras e também pela população atendida. Para a visitadora e enfermeira Glória Carvalho, o programa de educação sanitária teria que ser contínuo, pois, ainda hoje, as pessoas não atendem os preceitos de higiene e saúde. Ela lamenta que muitas pessoas ainda não tenham os cuidados higiênicos esperados: “Até hoje, menina, tem gente que vai fazer xixi e não dá descarga, quantas vezes que eu

²⁸¹ No Relatório de Atividades do Programa Rio Doce, referente ao mês de abril de 1948, na Seção de Enfermagem (p. 113) está registrado: “Há necessidade de incrementar ainda mais a instrução das “curiosas”, quer em controle domiciliar, quer nas reuniões no Centro, para abolir de vez as práticas absurdas, como pó de fumo, pó de folhas, querosene, óleos diversos, falta de cuidado com os olhos do recém-nascido”. Documento do Fundo – FSESP- BR.FIOCRUZ-COC/FSESP/AMS/00/SS/00/01 - Administração da Divisão Médicos-Sanitária de Vitória (ES). Projeto RD-VIT-1B do Programa do Rio Doce.

chego naquele sanitário lá, na Faculdade de Direito, eu chego lá no sanitário, está lá, sem dar descarga”.

Segundo Foster (1964, p.14 -16), “aliada a toda a mudança técnica e material há uma mudança correspondente nas atitudes, nos pensamentos, nos valores, nas crenças e no comportamento das pessoas que são afetadas pela mudança material”. Em sua perspectiva, as “mudanças imateriais são mais sutis” e o efeito eventual de uma melhoria material ou social “é determinado pela medida em que os outros aspectos da cultura afetados por ele podem alterar suas formas com um mínimo de transtorno”. Neste sentido, as motivações para aceitação ou resistência a mudanças seriam de natureza cultural, social e psicológica e poderiam “encontrar-se em qualquer uma dum vasto número de circunstâncias existenciais”. Elias (1993; 1994), de forma semelhante, indica fatores da mesma natureza, que potencializam ou limitam possíveis mudanças comportamentais: sentimento de vergonha diante do outro, medos sociais, pressão e controle social, interesse, desejo de prestígio e reconhecimento. No caso “a transformação da existência social como um todo (seria) a condição básica para civilizar-se a conduta” (ELIAS, 1993, p. 212). Por exemplo, ter água tratada em casa, ou um banheiro adequado, como vimos no depoimento de Ana Aparecida Souza de Jesus²⁸², era um ‘luxo’ que modificava as relações familiares e sociais. Não ter que enfrentar os constrangimentos e as brigas da ‘fila da água’ ou não ter que sair no escuro ou na chuva se precisasse “ir à fossa” melhorariam a vida cotidiana. Ou, conforme lembrou o Sr. José Gonçalves Reis,²⁸³ como as pessoas não possuíam e às vezes nem conheciam os novos equipamentos sanitários era preciso ensinar sobre seu uso e cuidados.

Os depoimentos abaixo apresentam indícios da aceitação e de resistências, por motivações variadas, pelo público-alvo das atividades sanitárias desenvolvidas pelo SESP. Neles, a aceitação e resistência, algumas vezes são faces de uma mesma moeda, indicativos de que cada indivíduo e cada sociedade têm ritmos temporais próprios, conectados a um sem número de redes de interdependências (ELIAS, 1993, p. 207).

- 1- A boa assistência– ou o entendimento de que a assistência prestada pelo SESP contribuiu para a melhoria de vida da população.

O SESP cuidava, dava uma assistência à mulher gestante; é, vacinava, cuidava do impaludismo, da febre que tinha aqui, muita febre mesmo e distribuía remédio, fazia exame de sangue. Tinha os guardas do SESP que andava a região toda, as matas, era

²⁸² Entrevista com Ana Aparecida Souza de Jesus, 52 anos. 14 de abril de 2014. Acervo pessoal.

²⁸³ Entrevista com o Sr. José Gonçalves Reis em 12 de abril de 2014. Acervo pessoal.

uma assistência razoavelmente boa, porque o camarada lá no caramuru, no barraquinho lá de pau-a-pique tinha a fichinha do guarda do SESP que passava lá, recolhia o sangue numa lâmina e trazia pra fazer exame e pegava a larva do mosquito abufelo num sei o que lá, anofelino, né. (...) Era boa a assistência. (Entrevista Sr. José Reis. Em 18/08/2009. Acervo do Núcleo de Estudos Históricos e Territoriais).

- 2- O orgulho – do trabalho do pai que ‘foi um campeão’ e o reconhecimento do SESP como um presente para a cidade.

Porque as outras comunidades não tinham ação do SESP. Foi Valadares, Aimorés, Colatina, aí na decida do Rio Doce, foram altamente beneficiadas com esta ação e também, nas escolas eles faziam esse tratamento; toda essa prevenção da verminose e dentária. Então, meu pai trabalhava no SESP como dentista das gestantes ele foi campeão de extração de dentes no Brasil; o maior número de dentes extraídos por ano, porque ele só trabalhava com as gestantes com dentes infeccionados, para evitar comprometimento do feto, as infecções; aí ele fazia, extraia dente demais; aqui não tinha recurso, não tinha dentista, não tinha dinheiro, tudo muito difícil. Não tinha antibiótico. Não tinha nada, vamos lá, extraía na boca das gestantes; e consultórios itinerantes nas escolas para passar o flúor porque a água não era fluoretada, tacava flúor e tirar aqueles dentinhos que causavam dor e dificuldade na escolaridade; então você veja bem a atuação dessa Fundação. Então o SESP foi um marco, acho que foi o marco mais importante. Mudança de hábitos, de mudança de entendimento da prevenção de doenças através das vacinas, através do saneamento e mesmo tratamento. Porque a ignorância era demais e Valadares recebeu esse presente. (Entrevista com Sandra de Carvalho Gomes Ferreira; Advogada, 67 anos. 11/06/2014. Acervo pessoal).

- 3- O alívio e o orgulho de ter podido melhorar a condição sanitária. A expectativa da chegada das visitadoras como sinal de ‘salvação’.

Pra minha alegria e alívio por que quando elas, que a gente chamava de enfermeiras do SESP, as donas que subiam com aquela roupinha branca, boina branca; quando apareciam lá em baixo era um alívio danado, vinham fazer visitas nas casas, saber quantas pessoas tinha na casa e a primeira providência é providenciar a fossa de concreto. A gente achava uma coisa até chique e olhar o DES-SESP eu achava o máximo. Nossa! a gente tem um SESP agora em casa e tal. Então foi muito, muito bom depois começou a fazer as inscrições... O programa era mais ou menos parecido com o “saúde da família” hoje, porém com muito mais expectativa por parte da população, por que a gente via naquilo a salvação. (...) As visitadoras, que a gente não sabia que tinha esse nome, pra nós eram as enfermeiras do SESP, elas chegavam assim elas conversavam com a gente (...). Aí elas falava, explicava, olhava dentro dos olhos da gente e falava: tá com muita lombriga. Não sei por onde elas viam lombriga, deve ser por anemia, né. Ela falava: olha tem que levar ao médico e dava um pozinho que era menos inofensivo, aquele pacotinho: Olha, você tem que dar dessa e dessa forma, vou deixar desses que são tantos; e separava as doses com os nomes de todo mundo, deixava as doses. Oh gente, na hora de botar aquelas bichas pra fora pelo amor de Deus, mas, era muito bom que daí a pouco agente ficava bom... (Entrevista com Ana Aparecida Souza de Jesus, 52 anos. 14/04/2014. Acervo pessoal).

- 4- A inspiração vinda do SESP e o sonho não realizado por contingências familiares.

Eu trabalhei com um dentista. Trabalhei com médico, atendente de médico. Que meu sonho era ser enfermeira, mas meu pai... Aqui não tinha. E meus pais não tinham condições de botar... A gente estudar. Lá em Pirapora tinha não é? Tinha. Mas quem era eu? Quem era para estudar, para ir para Pirapora? A gente não tinha condições de vida não é? Tinha curso (de visitadora). Aí tinha, e eu era apaixonada sabe? Mas eu tirei o quarto ano... Porque eu ali vivia com elas ali no SESP. Porque minha prima trabalhava no SESP. Eu ia para lá quase todo dia, ficava lá vendo. Vendo. Ia para lá, a Ana Adélia, a Hermínia... Muita gente conhecida. Ah! Achava maravilhoso. (...) Namorei um rapaz que trabalhava no SESP. Depois ele foi transferido. (Entrevista com Dona Zuleide Toé. Dona de casa. 79 anos. 25/05/2013. Arquivo pessoal).

- 5- A admiração e a distinção dada às enfermeiras e visitadoras (que andavam de bicicleta) e aos agentes que se vestiam de modo destacado das mulheres e dos homens do lugar. A distinção da família que não ‘precisava’ do atendimento do SESP.

Aí chega o SESP e foi uma revolução, né. Vinha tudo de fora, as bicicletas que as enfermeiras usavam, o pano da roupa delas. (...) Então aí, lá tinha vacinação, exame de sangue, exame de escarro, tudo isso e o saneamento, né. (...) Então tinha o Acampamento, onde eles moravam, o conceito de moradia influenciava muito. O andar de uma roupa parecendo safári, os homens até os operários andavam de calça, aquelas calças, aqueles trens todos. Mas de manga curta, umas coisas bem práticas isso também interferia muito. (...) Então, mamãe não precisou disso não (das visitadoras); ia lá ao SESP se precisava fazer um exame; ia lá, na hora fazia. Limpinho aquele pessoal lá; lá era bonito, tinha uma plantação de margaridas brancas... (Entrevista com Terezinha Hilel; 80 anos. Em 01/07/2014. Acervo pessoal.).

- 6- A resistência aos conselhos das visitadoras entendidos como imposição e humilhação (como se a mãe não soubesse cuidar dos filhos) e, ao mesmo tempo, o reconhecimento dos benefícios médicos, mas numa atitude de autorregulação crítica.

Elas chamavam visitadoras, eram muitas, então elas iam nas casas visitar, brigava com a gente porque tinha que tratar do menino era assim. Ah! E ela queria me mandar: Mas num é assim não, você não pode e tem que fazer assim. E falei assim: Você vai me desculpar minha filha, mas eu vou criar meus filhos é desse jeito, assim mesmo. Porque a parteira usava cortar o umbigo da criança e botava um pozinho pra curar o umbigo, pó de fumo, essa botava era pó de murta, da flor da murta, ela fazia o pozinho pra curar o umbigo da criança. E quando ela chegou lá e viu aquilo ela num gostou de jeito nenhum. Falou, falou, falou... E eu assim: eu num vou mudar não, porque a parteira que faz isso. Mas num pode e queria tirar e tal. E eu falei: não, deixa do jeito que está. Aí elas brigavam e nem gostava muito de me visitar não. (...) Não ia atrás dos conselhos delas né, mas também nunca fui lá pra pedir mingau e nunca fui lá pra nada e porque que eles tinha que ficar querendo me mandar. (...) Mas então, aí eu trazia pra consultar, às vezes a gente trazia crianças pra consultar aí no SESP, eu trouxe muitas vezes as crianças. Exames... Eram os melhores exames. (Entrevista com Iracema Costa, 82 anos. Em 30/05/2008. Acervo pessoal).

7- A relação com as parteiras. A insegurança de uma que preferia ficar no anonimato em função dos riscos do partejar; o caso de outra que vivia com prazer o prestígio que conseguira diante das enfermeiras; e de outra que, se sentindo bem preparada e aceita pela comunidade, atendeu ‘contrariada’ as críticas e orientações do SESP.

Eles (o SESP) num me chamou, ninguém sabia, né; ninguém sabia que eu mexia aqui, eu num contava pra ninguém. Prá ninguém me chamar; não, eu num era (parteira) não; eu fiquei sabendo, né. Porque eu num queria, que ‘as vez’ tinha alguma ‘perrenguinha’ lá e né; se passasse muito mal eu que tinha que dá conta, né (...). É boba, muita coisa precisa da gente ter medo de chegar e pegar; cê sabe dessa, precisa de ter medo, tem de pensar né, de pensar. Tem umas que ‘as vez’ tá boa, com pouco tá morrendo, né. (Entrevista com Dona Ambrózia, 92 anos; Parteira e Miqueira; Em 21/05/ 2008; Acervo do Núcleo de Estudos Históricos e Territoriais).

Então eu fui lá no SESP, dei meu nome e fiquei seguindo as reuniões. (...) Lá na mesa nós colocávamos uma boneca e um bonequinho. Então ficava no estágio vendo os outros “Quero ficar na frente fazendo esse parto primeiro, treinando.” Ia lá olhava (...) Na hora que colocava a bacia, tudo lá, eu lavava minhas mãos, vestia meu blusão. Então eu fazia mesmo igual à mulher. Está demorando um pouco... Para falar que tinha nascido, nascia e falava “O menino nasceu.” Chegava e eu ia fazer... Limpava a boneca e limpava a mulher. Arrumava, espichava e botava lá. Eles davam parabéns. (...) A enfermeira ensinava: O serviço de parteira não pode ir de roupa suja, não pode ir com as mãos suja, não pode nada. Tem que ter um pano amarrado na cabeça. Unha bem lavadinha, unha não tinha e anel de jeito nenhum. E eu era a mais famosa no SESP do que todos. Eu sempre ganhava mais presentes. Sempre ganhava mais pontos. Graças a Deus! Ganhava colírio para pingar no olho, curativo. Curativo tinha tudo de graça. Tesoura também. Muitas parteiras tinham raiva de mim, por causa deles. Pois os outros conversavam mais comigo do que com as outras. Não sei o porquê, agora eu estou mais calma, mas quando eu era mais nova, eu era mais popular, mais ‘regatera’. Sempre falavam “Vocês não estão fazendo o parto direito, não é assim. Vem cá Paulina, vem ensinar.” Eu chegava lá e ensinava. (Entrevista com Dona Paulina Alves. Parteira, 24/05 /2008. Acervo do Núcleo de Estudos Históricos e Territoriais)

Eu fui para o SESP, já tinha dezenove para vinte anos. Eu fui lá e me apresentei. Falei “Eu vim buscar o credê e as gazes para eu fazer no umbigo. E também tinha que buscar faixas para fazer curativo. Ouvei falar que no SESP ia dar. Teve lá o curso. Ela (Paulina) fez o curso, muita pessoas fizeram. Mas eu não fiz porque eu não tinha tempo e nem podia sair. Não sabia ler, não aprendi a ler. Só sei escrever meu nome. (...) Eu curava era com azeite e fumo. Torrava o fumo limpinho, colocava numa caixinha bem limpinha, e o azeite era de mamona, num vidro muito limpinho. Colhia mamona e fazia. Então, só eu dava banho, com cuidado direitinho e enxugava bem enxuto. Punha um pouquinho de pó e de azeite e estirava aquele paninho. Ensinava a mulher cortar, enrolava o umbigo e pronto. “Se eu não vier amanhã, é assim, assim e assado.” O SESP nos criticou: “Agora vocês não vão usar mais não; vão passar o álcool”. Eles nos davam um álcool para passar. (...) Fiz muitos bons partos. Graças a Deus! Aqui tem o Paulinho, soldado da polícia, a mãe dele morreu tem pouco tempo. O Paulinho, além de ser meu filho de umbigo ainda é meu filho de leite. (Entrevista com a senhora Maria Auxiliadora Dias (dona Lili); Parteira, 83 anos, 04/07/2008. Acervo do Núcleo de Estudos Históricos e Territoriais)

8- A decepção de um atendido com a demora de um diagnóstico. A decepção com o SESP como conforto para a impotência diante de algo para o que não havia recurso.

Quando (B) adoeceu (1953) tinha pouco médico aqui. Devia ter uns quatro médicos. Muito tempo levou pra descobrir o que tinha. Quando ele adoeceu levei no SESP, o que tinha aqui... A gente sempre estava levando no doutor X que era de criança. (...) Eles foram olhar o menino e disseram que não tinha nada. Eu ficava em cima dele: “doutor, o menino não pode dar febre todo dia”. Ele falou assim comigo: - vamos fazer uma experiência com ele. Ele deu três injeções (...) ele não dormia, noite e dia na rede. Aí o (F) aplicou a injeção e ele ficou quieto (...) quando ele aplicou a última injeção que ele não mexeu com nada... Ele tava de mão dada assim, ele foi pousar a mão assim, e deu um grito. Foi onde nós passamos pro Doutor Milton que descobriu: “ele tá com problema no fígado e a febre da paralisia já passou, agora não tem mais recurso, tem que ir para Belo Horizonte”. Aí foi quando a gente começou ir pra Belo Horizonte. Começou a tratar porque não havia tratamento aqui. (Entrevista com Tauffic Salmen, 76 anos, Comerciante. Em 02/10/2009. Acervo pessoal).

- 9- A admiração pela técnica de tratamento de água e a transformação do SAAE em ‘ponto turístico’ local digno de ser mostrado.

O SAAE começando, lá era o passeio... o passeio turístico da cidade. Chegava o visitante aqui a gente ia levar lá, porque era a coisa mais bonita, porque a gente entrava, andava em cima daquela água do... do lugar do tratamento... Daquela barreira ali, aquela espuma igual ao caldo de tijolo e... e ia mudando até sair água limpinha lá na frente e era o máximo. Era jardinado, era uma coisa linda, né? Era uma novidade... (Antonio Peixoto, 78 anos, Entrevista em 15 de abril 2014. Acervo pessoal).

- 10- O reconhecimento de si através do ‘outro’ e a autocensura marcada pelo riso. A identificação com os personagens dos filmes educativos, disfarçada pelo riso, diluía o incômodo público da exposição de costumes cotidianos.

Ah! Tinha filme, tinha cineminha... Era máquina mesmo de passar filme. Eu passei muito. Tinha a Maria Tifosa, tinha o Jeca Tatu. O Jeca Tatu mostrando a família que dava verme, andava descalço depois deu o remédio sarou. A Maria Tifosa, ela cozinhava, e todas as casas que ela ia morria ‘um cado’ de gente por que ela transmitia através das mãos a febre tifoide. (...) Ah! eles (o público) cantavam, riam. “Ah olha lá, até a galinha tem sapato” (Entrevista com a Sra. Graginna Vidal de Moraes Lopes, visitadora e enfermeira do SESP/Aimorés. Entrevista em 15/10/2009. Acervo do Núcleo de Estudos Históricos e Territoriais)

Tive a oportunidade de assistir e até de ajudar, ajudar a chamar as pessoas; uma vez no Bairro Santa Terezinha, o seu Euclides que era guarda do SESP pediu ajuda pra eu ir lá organizar, que ele ia exhibir um filme da Esquistossomose; ai eu fui lá ajudar ele. O pessoal ria muito do filme né, por que o camarada entrava no mato pra fazer cocô e quando ele saía abotoando a roupa então, o pessoal ria muito. Aí vinha a chuva, caía, dissolvia as fezes e levava a bactéria, o verme da esquistossomose pra água; ai ele aloja no caramujo, e o caramujo é o hospedeiro e aí que contamina se encostar no caramujo; então isso foi uma evolução pra época né; ai depois vinha as instruções da privada no próprio filme; as privadas de latrina de buraco com a placa de cimento que a Fundação SESP fornecia. (...) O filme passava muitas vezes na rua; no Santa Terezinha mesmo, nós passamos na rua; lá no Baguari foi na rua também, perto do campo de futebol; tinha uma pracinha, o SESP passou lá; é aonde eu fiquei

conhecendo filme; e ali saía pra cidade, pelos bairros, passando esse filme e com essa orientação. (...) Então o personagem tinha um narrador. É, era narrado, então não dublado, né; o personagem era mudo, ele não falava, ele só se movimentava. Movimentava, andava, gesticulava, aí comunicava ao público. (...) Eu tenho a impressão que, pelas risadas, o cara se ligava naquele ato, no ato dele. Ele via isso, comunicava sim. Ali eles faziam um tipo de interlocução, né; aqueles gestos aquelas coisa né; comunicava, surtia efeito sim, era muito importante pra saúde na época. (Entrevista com o Sr. José Gonçalves Reis. Entrevista em 12/04/2014. Acervo pessoal).

11- A concepção de que o conhecimento que veio de fora é que mudou a forma de cuidar da saúde. O depoimento destaca a Rockefeller como introdutora da Unidade do SESP na cidade, indicando que o nome desta Fundação teria sido mencionado em alguma situação.

Em casa tínhamos uma cartola, colocávamos aquela água lá com o balde, despejávamos ali e ia assentando no fundo. Depois pegávamos aquela água e colocávamos no filtro, mas não fervíamos para beber. No bar, ali na avenida, pedia-se um copo d'água, eles vinham com aquela água turva que não era filtrada. Você acha que eles iam filtrar água naquele tempo? Quando a comissão americana veio para cá, o Rockefeller mandou abrir aquela unidade do SESP, que criou aquele sistema para acabar com o verme. Nós não sabíamos o que era pernilongo. Então na praça pública, o SESP ia lá e passava um filme mostrando como era o pernilongo. Os americanos já traziam aqueles, como é que fala? Mosquiteiro. (Entrevista com o Sr. Pedro Silveira Nunes. Em 08/12/2009. Acervo do Núcleo de Estudos Históricos e Territoriais – NEHT/Univale).

12- A intervenção (e o controle) da cidade 'ilícita'. Tanto pelo estigma carregado pelos portadores de hanseníase e tuberculose, como pela necessidade de cuidados especiais esta área de atendimento chamava a atenção dos pacientes da Unidade de Saúde. No caso do estabelecimento de um dia determinado para atendimento das prostitutas (a Zona Boêmia de Governador Valadares era famosa nas décadas de 1940/1950/1960) mais acentuava sua presença que a escondia, pois todos sabiam daquele horário especial.

Tinha duas coisas que eu não esqueço: primeiro que tinha a área que cuidava da tuberculose e da hanseníase que era lepra; então ficava do lado do SESP, mais separados, e eu não podia sentar naqueles bancos onde essas pessoas infectadas sentavam. No outro lado, no outro extremo, das prostitutas. Porque a nossa zona boêmia aqui era muito ativa, e toda segunda feira aquelas mulheres iam lá. A minha tia que era enfermeira me explicou que eram as moças que trabalhavam lá na zona boêmia e me explicou o que é a zona boêmia. (...) Elas vinham pra fazer o controle das doenças, todas elas tinham controle... Porque naquela época já existia um laboratório para as doenças mais simples, que eram a hemorragias, que é a gonorreia e outras coisas mais simples. Elas eram todas controladas pela saúde pública. Olha a coisa como era.

Segunda feira era o dia delas e eu gostava de ir pra ficar apreciando porque elas eram muito bonitas, extravagantes, aquelas roupas, maquiagem; aquilo pra mim era uma festa e eu alcancei bem do que se tratava. (Entrevista com Sandra de Carvalho Gomes Ferreira; Advogada, 67 anos. 11/06/2014. Acervo pessoal).

Enfim, diante de panorama tão instigante quanto múltiplo e da duplicidade de papéis (aprendizes e divulgadores), desempenhados pelos agentes sanitários e visitadoras, duas máximas – uma de George Foster (1985, p. 106): “*Edificar sobre o que já existe*”, e outra de Norbert Elias (2006, p. 47): “*o processo civilizador compreende seres humanos civilizando seres humanos*”, – podem, a nosso ver, resumir a preparação dos guardas sanitários e visitadoras e sua atuação em favor da ‘educação sanitária do público’. A expressão de Foster se relaciona com a preocupação que deveriam ter os ‘intérpretes’ de comunidades em programas de cooperação, no caso antropólogos, de verificar que “instituições e costumes teriam potencial para servir de base para a inovação”, a fim de ajudar a introduzir novas formas de comportamento. Na verdade, tratava-se de utilizar um saber já construído ou um recurso existente para incutir algo novo. No caso dos agentes e visitadoras, eles seriam orientados a se utilizar de recursos locais para estimular a população a uma mudança de conduta e hábitos. Por exemplo, os agentes mostravam aos moradores como fazer chuveiros usando latas descartadas e as visitadoras estimulavam as mães a ministrar os medicamentos concomitantemente com os costumeiros chás caseiros, ou a levar as crianças ao médico, mesmo se recorressem aos benzedores locais²⁸⁴. A assertiva de Norbert Elias, por sua vez, relaciona-se com a conexão entre os processos de tecnização e civilização e a concomitante demanda por um elevado grau de “autorregulação civilizadora” por parte das pessoas que teriam que “lidar com todo tipo de experiências novas”, num longo e “inacabado processo social de aprendizagem”²⁸⁵. De um lado os agentes e visitadoras estariam diante de conhecimentos e técnicas novas (como, respectivamente, a construção de fossas dentro dos padrões científicos ou a forma de se utilizar os instrumentos para desinfecção de seringas e pinças) que lhes demandariam um esforço de aprendizado e, de outro lado o público-alvo também seria instado ao aprendizado do uso dos novos equipamentos sanitários e utilização de medicamentos de forma adequada.

Assim, as duas premissas tanto podem se aplicar ao processo de aprendizagem das noções sanitárias vivido particularmente pelos agentes e visitadoras; como ao processo de ensino destas mesmas noções ao público, pelos recém-treinados servidores. No caso da assertiva de Foster, a edificação sobre o que já existe, pressupõe de um lado, a (re)educação

²⁸⁴ Conforme depoimento de Maria da Glória Carvalho; 30 de outubro de 2009; acervopessoal.

²⁸⁵ ELIAS, N. Tecnização e civilização. In: F. NEIBURG & L. WAISBORT (Orgs.). Escritos & Ensaios. P. 35-67. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2006. Norbert Elias trata, neste texto, da conexão entre tecnização e civilização, porém rejeitando uma relação de causa e efeito entre ambos os processos; Elias analisa a tecnização do transporte nos séculos XIX e XX e verifica que “o uso de novos meios de locomoção demandaria uma disciplina maior, uma autorregulação constante e uniforme” que se aplicaria aos mecânicos, aos condutores (motorista, piloto de avião, maquinista) e aos passageiros; como também demandaria novos ordenamentos urbanos, leis e burocracias específicas.

de todos, servidores e público, que seriam estimulados a uma “reorganização da estrutura da personalidade” para a aprendizagem e incorporação de novos hábitos. Ainda pode relacionar-se com as necessárias negociações e adaptações individuais e/ou coletivas que acompanhariam os processos de mudanças ‘internas’ ou externas aos sujeitos. No caso da expressão de Norbert Elias, também para ambos, servidores e público, estão explícitas as relações de interdependência, tencionadas ou pacificadas, que marcariam a experiência cotidiana de cada qual. Independente do lugar em que se encontrassem no processo: sendo ‘civilizados’/instruídos ou ‘instruindo/civilizando’, ambos estariam estimulados a uma mudança na conduta e nos sentimentos, por meio da incorporação de novas regras comportamentais mobilizada pela disposição individual a uma autorregulação de seus ‘afetos e pulsões’ (ELIAS, 1993, p. 194-195).

CAPÍTULO 4

A cultura científica e a mudança de hábitos: antecedentes do SESP e avaliações

Nesse capítulo comentamos algumas experiências de cooperação internacional que antecederam a criação do SESP e a embasaram e os relatórios divulgados pelo IAA ponderando sobre os variados desencontros culturais que ora limitaram a eficácia dos Programas ora serviram de estímulo à busca de novas alternativas. Nossa apreciação teve o objetivo de compreender que espaços de experiência e horizontes de expectativa marcaram o processo civilizatório então em curso.

Experiências que antecederam o SESP: uma reflexão a partir de Koselleck e Elias

A criação do SESP e seu aparelhamento organizacional sugerem a preexistência de um modelo e de um aparato sociotécnico para lhe oferecer sustentação e legitimidade, pois a complexidade do empreendimento demandaria um largo tempo para acomodação de variados elementos de ordem material e organizacional. Neste sentido, o aproveitamento de um arcabouço já estabelecido aliviaria as dificuldades inerentes à edificação de uma estrutura nova. A urgência definida pelo esforço de guerra, contexto de estabelecimento do acordo de cooperação Brasil/EUA que configurava a organização do SESP, tanto justificava como ensejava a reordenação de programas de saúde já testados, ou pelo menos, conhecidos.

Encontramos em três experiências anteriores indicativos que podem ser tomados como chave para o entendimento da configuração organizacional e da atuação do SESP, as três perpassadas pela presença e orientação da Fundação Rockefeller. A primeira remonta à organização dos primeiros programas de cooperação em saúde pública em países da América Central: Costa Rica, Guatemala, e do Caribe britânico (Trinidad) e Guiana Britânica²⁸⁶. A segunda foi a criação, em 1918, do Instituto de Hygiene, em São Paulo. E, por fim a terceira, refere-se à campanha pela erradicação do *Anopheles gambiae*, no nordeste brasileiro.

²⁸⁶ De acordo com Steven Palmer (1998, p 311) “em abril de 1914, Costa Rica se tornou o primeiro estado da América Latina a receber em seu território o programa da Fundação Rockefeller para a erradicação da ancilostomíase”. Passados dois anos, missões anti-ancilostomíase foram também estabelecidas no Panamá, Guatemala, Nicarágua e El Salvador.

Os breves apanhados que apresentaremos em seguida não terão como objetivo a discussão sobre a atuação da Rockefeller no Brasil. Nosso objetivo é tão somente indicar certos aspectos das parcerias da Fundação com órgãos públicos brasileiros, bem como da metodologia e concepções sanitárias seguidas que, em nossa perspectiva, definiram um modelo padronizado de intervenção sanitária que seria depois aproveitado na organização do SESP.

Experiências que antecederam o SESP: o cenário caribenho

Calypso do Ancilóstomo²⁸⁷

É um gesto de hospitalidade
[que] estes cavalheiros estão prestando à comunidade
[Mas] é visto como uma propaganda fútil, como uma piada,
Pela maior parte do povo
Mas meu conselho a este mesmo povo
[falo] sério, sem desaprovação:
Uma condição higiênica é a melhor situação.

Os slides do projetor ainda ontem mostraram,
Que os efeitos da enfermidade podem ser conhecidos
[Quando] você pode vê duas pessoas, com a mesma idade,
[mas] com diferenças são tão amplas, que não consigo explicar:
Um grande e alto em seu físico,
E o outro pequeno e com as bochechas inchadas.
A recompensa suaviza o trabalho árduo, motiva o estrangeiro.

Este homem lhe apresenta uma vasilha
De um modo cortês, como um cavalheiro,
Ele volta uns dias mais tarde
Para [recolher] uma amostra de seus excrementos
Leva-os consigo para saber de sua posição
As lentes do seu microscópio dizem qual é a [sua] situação
E quanto a esta decisão você vai receber uma informação.

Ele volta para você alguns dias mais tarde
E ele claro, vai pedir que você tome um remédio;
Ele lhe dá uma cápsula, e com isto você fica sabendo,
Que ela contém um veneno para matar o ancilóstomo;
E depois disto, eles estarão mortos, pode crer,
Então [aparece] o Senhor *Saneador*, ele é o escavador
E a sua casa não pode ser [uma casa] limpa
Se você não tiver uma boa latrina.

A instigante narrativa de Steven Palmer, *Launching Global Health: The Caribbean Odyssey of the Rockefeller Foundation* (2010), sobre os programas inaugurais da Fundação Rockefeller fora do território norte-americano, trata das variadas e complexas relações

²⁸⁷ In: PALMER, 2010, p. 219. Versão para o português pelo Prof. Dr. José Luiz Casarotto /Univale.

estabelecidas entre os recém-chegados e os grupos locais (também distintos), examinando as diferentes conjunturas nacionais. Sua abordagem conecta diferentes contextos: locais e internacionais; políticos, sociais e culturais; e examina o encontro intercultural entre os procedimentos da medicina científica preconizada pela Fundação Rockefeller e os conhecimentos médicos e os saberes das populações locais. O autor acompanha a forma como a Fundação se utiliza de contatos políticos, diplomáticos e religiosos para sua presença e atuação naqueles diferentes territórios. Palmer elucida o aproveitamento que a Rockefeller faz de experiências e intervenções locais na área de saúde pública para aprimorar seu próprio método e, também, para adaptá-lo a novos contextos. Além disso, o autor revela as disputas internas, as hierarquias, a forte presença militar, os interesses socioeconômicos e políticos (internos e externos aos países focalizados) que tangenciavam a ação da agência internacional.

Considerando a configuração pluriétnica e pluricultural caribenha, Palmer avalia particularidades sociopolíticas dos governos e sociedades locais, além de considerar as perspectivas próprias da população e enfermos. Deste modo, identifica a existência de preconceitos raciais e sociais na prática de médicos e técnicos que tiveram que lidar com culturas distintas das suas e pondera que o retorno positivo para algumas ações ficaria prejudicado ora pela dificuldade de entendimento e comunicação entre técnicos e população-alvo, ora pela resistência cultural à introdução de novidades médicas e sanitárias, ora por tensões políticas. Dito de outra forma, o autor considera as crenças e saberes locais em contraponto à racionalidade científica dos agentes da Rockefeller.

Alguns aspectos destacados por Steven Palmer (2010) sobre as circunstâncias da entrada e atuação da Rockefeller na região do Caribe são importantes para estimar o reflexo da experiência da Fundação na organização dos Serviços de Saúde Pública estabelecidos pela parceria entre os Estados Unidos e países da América Latina, no período da II Guerra Mundial: 1) déficit de mão-de-obra nas áreas de interesse econômico em destaque (p. 40); 2) aproveitamento das estruturas de saúde pública locais pela Rockefeller (p. 53); 3) atuação acordada com governos locais; 5) formação de equipes de trabalho fortemente hierarquizadas (p. 90-91), com estabelecimento de uma diretoria local – superintendente local, chamado de “o número 2” (p. 89); 6) necessidade de treinamento de pessoal técnico (p. 200).

Os aspectos citados acima foram (re)atualizados no Acordo Básico (Brasil/EUA) que criou o SESP (e outros Serviços congêneres na América Latina), também sob a influência da Rockefeller (Bastos, 1996): 1) acordos de atuação formalizados com autoridades locais; 2) atuação em áreas de interesse econômico, com população debilitada por inúmeras doenças; 3)

aproveitamento de estruturas locais de saúde pública e implementação de medidas médico-sanitárias; 4) formação de equipe de trabalho e treinamento de pessoal especializado e para atividades de campo; 5) desenvolvimento de programa de educação sanitária.

Em suma, na América Latina, a organização das agências bilaterais de saúde pública no contexto da II Guerra Mundial foi facilitada pela conexão entre as experiências passadas, tanto dos norte-americanos como dos países anfitriões e as expectativas político-econômicas de futuro dos países envolvidos. Steven Palmer (2010, p. 210) considera que os resultados da intervenção anti-ancilostomíase no Caribe devem ser avaliados em termos da possibilidade de elaboração de um repertório internacional de métodos institucionais e conhecimentos sobre saúde pública. Neste sentido, tal repertório se constituiu como lastro para projetos posteriores.

A letra do calipso (gênero de música popular originário do Caribe, de andamento sincopado e com letra geralmente improvisada) que abre este capítulo foi utilizada por Steven Palmer (2010, p. 219) para finalizar seu livro sobre “a odisséia da Fundação Rockefeller no Caribe”. Cantado no carnaval de Trinidad, em 1924, por um bloco que representava a Comissão de Saúde Internacional da Rockefeller, ele ressignificava um tempo vivido, traduzindo de forma cômica os sentidos da experiência passada, projetando-a socialmente. O “calypso do ancilóstomo” é um apelo cívico para mobilização popular em favor da higiene e da saúde; uma exortação à confiança na ciência médica e no laboratório; mas também põe em contraposição a inovação e a resistência, a ciência e a tradição, os locais e os outsiders. A narrativa de Palmer indica que os médicos e outros técnicos da Rockefeller enfrentaram uma série de dificuldades na implementação do programa de combate à ancilostomíase. Dentre elas se destacam, de um lado, as resistências locais justificadas por questões de crença e costumes e a desconfiança quanto aos métodos científicos em oposição à confiança nos curandeiros locais (p. 146 - 152)²⁸⁸ e, de outro, nem sempre reconhecidos, os preconceitos raciais e sociais na prática de médicos e técnicos que tiveram que lidar com culturas distintas das suas (p. 89-102;); e mesmo por um certo 'orgulho' dos técnicos estrangeiros de se distinguirem das populações mais pobres, consideradas 'inferiores' culturalmente (p. 103-130).

Entre acertos e desacertos, o enfrentamento de tais constrangimentos e tensões culturais (especialmente os relacionados às questões locais) mereceu, na ocasião, cuidados

²⁸⁸Uma dificuldade encontrada pelos médicos era a coleta de sangue para exames. Na Guatemala e na Nicarágua, por exemplo, populares resistiam ao exame em função da crença de que o sangue coletado seria utilizado em rituais de feitiçaria ou seriam entregues ao demônio (PALMER, 2010, p. 147; 152). Curiosamente, a mesma situação foi relatada por “Alan Gregg, um dos médicos norte-americanos que trabalhou nas campanhas de combate à ancilostomíase no Brasil a serviço da Fundação entre 1919 e 1922, atuando nos estados do Paraná, Santa Catarina, Rio Grande do Sul, Alagoas, Espírito Santo e Pernambuco” (cf. KORNDÖRFER, 2013, p. 152); a situação também foi mencionada por Bastos (1963, p. 112) a partir de trabalho do SESP no nordeste brasileiro.

pragmáticos: o desenvolvimento de uma ampla campanha sanitária que abarcou a distribuição de panfletos, palestras, envolvimento de professores e escolares, envolvimento de lideranças religiosas, visitas domiciliares, demonstrações em laboratórios improvisados nas vilas (p. 146-162). Enfim, foi realizado um trabalho de demonstração, cujo objetivo era “ensinar as pessoas o que era a doença e porque ela era uma ameaça à saúde ao trabalho; e como poderiam evitá-la²⁸⁹”. O ‘efeito demonstração’ foi uma tentativa de resolver um dos grandes problemas internacionais de saúde pública – “um quebra-cabeça que a Fundação Rockefeller encarou desde o início: não tanto como curar a doença ou estabelecer regras sanitárias, mas como fazer com que a nova cultura de higiene e a teoria dos germes se tornassem hegemônicas” (PALMER, 2010, p.154).

O calypso caribenho de 1924 é contemporâneo do início da construção de um pensamento social “que vai se estruturando nos anos 20 do século passado e que iria constituir o campo das ciências sociais em saúde, que se manifestaria com sua maior pujança nos Estados Unidos, a partir dos anos 50 (NUNES, 2005, p.19-20)”. Por conseguinte, o acontecimento evocado pela música e as circunstâncias de sua ocorrência sugeridas implicitamente, somente se tornariam preocupação estratégica na política organizacional e operacional das agências de cooperação em saúde pública e pauta das ciências sociais aplicadas no contexto da II Guerra Mundial e no pós-guerra.

O Instituto de Higiene e a campanha anti-ancilostomíase.

No início do século XX, a cidade de São Paulo já ostentava uma imagem de “modernidade, cosmopolitismo e desenvolvimento crescente” (VASCONCELLOS, 1995, p. 19). Entretanto, o crescimento acelerado e a intrincada rede das relações sociais e do mercado de trabalho que se estabelecia, aguçaram diferentes formas de uso e apropriação dos espaços urbanos, “segregando ricos e pobres”, respectivamente ocupantes de bairros residenciais planejados (como Higienópolis e Campos Elíseos) e loteamentos populares “sem qualquer preocupação com o arruamento ou com oferta de serviços, como água, esgotos, remoção de lixo ou iluminação” (VASCONCELLOS, 1995, p. 23). Os resultados deste desequilíbrio, somados aos problemas socioeconômicos pertinentes ao desenvolvimento industrial

²⁸⁹ Um exemplo significativo é mencionado por Palmer (2010, p. 160): “Na Nicarágua, a equipe de trabalho tomou a corajosa decisão de erigir um modelo de latrina nas praças das cidades onde atuavam e convidavam os residentes a observar e conhecer o processo. Como na cultura política da América Latina simbolicamente a praça relaciona-se com o exercício do poder, a iniciativa transmitia uma mensagem clara – a ideologia da higiene, associada à latrina, era uma parte fundamental da vida pública; o templo da higiene tomou seu lugar ao lado da igreja e do palácio presidencial”.

capitalista, são os previsíveis. Entre os anos 1910 e 1920, várias instituições foram criadas na cidade²⁹⁰, entre elas o Instituto de Higiene, no intuito de “estudar, conhecer, identificar e propor soluções para as questões urbanas”, cujo eixo comum de proposições girava em torno de “um processo de higienização física, mental e moral, ao qual foram submetidas as camadas populares, com o propósito de varrer do espaço da cidade a doença, a sujeira, os comportamentos e os hábitos considerados incompatíveis com o progresso e a vida urbana” (VASCONCELLOS, 1995, p. 28-29).

A criação do Instituto de Higiene, em 1918, resultou de um acordo estabelecido entre o governo de São Paulo e a Junta Internacional de Saúde da Fundação Rockefeller²⁹¹, tendo em vista o provimento da cadeira de Higiene da Faculdade de Medicina e Cirurgia de São Paulo (ROCHA, 2005, p. 44)²⁹². A Fundação Rockefeller sustentou a direção do Instituto por técnicos norte-americanos durante os primeiros cinco anos de sua existência e bancou a montagem dos laboratórios e da biblioteca, além de ofertar bolsas de estudos para médicos brasileiros nos Estados Unidos. A criação e o funcionamento do Instituto nortearam-se pela orientação da Rockefeller de “ensino dos aspectos científicos da higiene” e do preparo de técnicos; além do incentivo à investigação médico-científica. Por meio do Instituto de Higiene, a Fundação divulgou uma proposta preventiva, na qual a educação do público, o combate às verminoses e às endemias, a verificação do padrão de vida e de higiene da população, eram metas a serem perseguidas, “questionando os princípios, os meios de cura e os tratamentos tradicionais” (VASCONCELLOS, 1995, p. 31-32). A partir de 1921, o Instituto dedicou-se também a questões relativas ao meio rural, promovendo cursos e pesquisas voltadas para a “profilaxia de verminoses, malária, febre amarela, tracoma e doenças venéreas, além de orientações para construção de privadas, fossas e métodos de drenagem do solo” (VASCONCELLOS, 1995, p. 33). Ressalte-se que as áreas rurais definidas como prioritárias pela Rockefeller eram de interesse econômico estratégico (Araraquara, São Carlos, Barra Bonita, entre outras).

²⁹⁰ Cf. Vasconcellos (1995) “foram criados o Departamento Estadual do Trabalho (1911), a Repartição de Estatística e arquivo (reorganizada em 1911), a Faculdade de Medicina e Cirurgia (1913), o Instituto de Engenharia (1917) e o Instituto de Higiene (1918) (VASCONCELLOS, 1995, p. 28-29)

²⁹¹ A presença da Fundação Rockefeller no Brasil tem sido estudada por pesquisadores envolvidos com a discussão sobre os caminhos que a ciência e a saúde pública tomaram na primeira metade do século XX, levando-se em conta a necessidade e a oportunidade da cooperação internacional para o controle de epidemias e/ou de doenças transmissíveis que se tornavam ameaças continentais no caso das Américas (MARINHO, 2001; CASTRO SANTOS; 1989; FARIA 1995; LIMA, 2002; BENCHIMOL, 2001).

²⁹² Posteriormente, em 1938, o Instituto foi incorporado à Universidade de São Paulo; em 1945, foi transformado em Faculdade de Higiene e Saúde Pública, que em 1969 passou a ser denominada Faculdade de Saúde Pública. Foi a primeira instituição dedicada ao ensino de higiene e saúde pública em São Paulo.

Entre as atribuições definidas para o Instituto, destaca-se a formação de pessoal para serviços de saúde pública. Vários cursos intensivos, de caráter teórico e prático, foram oferecidos para os alunos da Faculdade de Medicina, e abertos a outros profissionais (médicos, normalistas, técnicos de laboratório e farmacêuticos) no intuito de provisão dos cargos dos serviços de saúde pública que também se organizavam. A elaboração de estratégias de intervenção sobre os problemas sanitários, a padronização de métodos de intervenção, a produção de cartazes, cartilhas e diagramas para a propaganda sanitária, a popularização dos preceitos de higiene pessoal e do lar, foram “questões que ocuparam os higienistas do Instituto”, “na tentativa de sanear física, mental e moralmente as camadas populares” (VASCONCELLOS, 1995, p.37-38). A criação do Curso de Educação Sanitária, em dezembro de 1925, “destinado a transformar professoras primárias em agentes divulgadores da higiene entre as classes populares, formando a ‘consciência sanitária’ da população” (VASCONCELLOS, 1995, p.40) consolidava a Educação Sanitária como instrumento de mudanças de hábitos higiênicos e de saúde. Caberia às ‘educadoras’ “localizar focos de contágios e ‘visitar’ os lares pobres, pesquisando, ‘persuadindo’, educando e ‘atraindo’ os doentes para os centros de saúde, o ‘quartel-general’ coordenador da obra sanitária e social” (VASCONCELLOS, 1995, p.43). De acordo com Ilana Löwy (2003), o sucesso dos Centros de Saúde foi imediato em vista da falta de infraestrutura sanitária nas regiões do interior. Entretanto, o atendimento a um sem número de demandas “reduziu sua capacidade de tratar a ancilostomíase”, que seria o objetivo inicial da Rockefeller ao introduzir suas atividades no Brasil²⁹³. “A promoção das latrinas, em paralelo, enfrentou múltiplas resistências. Em consequência, os resultados concretos da luta contra a ancilostomíase demoraram a aparecer” (LÖWY, 2003, p. 358). A respeito das resistências, Vasconcellos (1995, p. 44) também registrou que a população-alvo dos propósitos saneadores, através de periódicos comprometidos com as causas dos trabalhadores, “manifestou sua crítica mordaz às instituições ou aos médicos encarregados das medidas práticas de fiscalização” que miravam a qualidade da alimentação, a higiene das habitações, o combate ao curandeirismo.

Enfim, uma apreciação sobre os fundamentos que nortearam a ação do Instituto de Higiene nos sugere uma equivalência com aqueles que orientaram a criação e atuação do

²⁹³ Para Löwy (2003, p. 355) “Dado o tamanho do país e o número muito elevado de pessoas infectadas, os especialistas da Fundação Rockefeller escolheram uma abordagem mais semelhante àquela elaborada no sul dos Estados Unidos em lugar do método intensivo desenvolvido nas Índias Ocidentais. Eles tentaram, assim, promover a educação sanitária e a construção de latrinas apoiando-se nos recursos dos centros de saúde rurais móveis. Esses centros de saúde foram desenvolvidos principalmente no Estado de São Paulo, em parceria com o Instituto de Higiene de São Paulo, fundado pelos especialistas da FR em 1918”.

SESP. Rocha (2003) apresenta como fundamentos do Instituto de Higiene: (a) referência do modelo de saúde pública norte-americano; (b) afirmação da importância da medicina preventiva, da prevenção e da profilaxia de verminoses, febre amarela e malária; (c) preocupação com o sistema de abastecimento e tratamento de água e escoamento de esgotos; (d) investimento em educação sanitária e formação de pessoal para o trabalho em saúde pública.

No mesmo sentido, alguns importantes elementos constitutivos da Fundação Rockefeller, apresentados por Löwy (2006), tanto valem para a experiência do Instituto como para a experiência do SESP:

A convicção de que a pobreza está ligada antes de tudo à ignorância e à má saúde, e pode ser eliminada pela educação; 2) a estreita associação entre a capacidade de trabalho dos indivíduos, seu estado de saúde e seu bem-estar; 3) a importância da difusão da civilização por meio da mudança de hábitos e o abandono do estado de selvagem próximo da natureza (donde a importância atribuída ao uso de calçados e à utilização das latrinas, ambos símbolos de progresso); 4) a pureza como ideal, por oposição à sujeira: eliminação da matéria fecal como equivalente moral e simbólico da erradicação da doença” (LÖWY, 2006, p. 124-125).

Deste modo, levando-se em conta a influência da Fundação Rockefeller, a experiência acumulada pela agência, os parâmetros médico-científicos e sanitários já consolidados; e a oportunidade da cooperação internacional, a semelhança entre as concepções e as metodologias do Instituto de Higiene e as do SESP não provoca estranheza. A similaridade de perspectivas pedagógicas de educação e intervenção sanitária, de formação de pessoal especializado e de divulgação de novos hábitos e padrões de higiene e saúde sugere mais continuidades do que rupturas processuais, a despeito de outro cenário sociopolítico nacional e internacional, e de novas perspectivas de análise da realidade sanitária e nosológica do Brasil e dos brasileiros.

A Fundação Rockefeller no combate à Febre Amarela e à malária no Brasil e a estrutura organizacional como modelo para o SESP.

Como é sabido, no decorrer da primeira metade do século XX, foi crescente a ação sanitária da Fundação Rockefeller na América Latina. Entre outras atividades da Fundação na região, citamos a campanha contra a ancilostomíase no Brasil, entre 1916 e 1923, a eliminação de focos de febre amarela em Guayaquil (Equador) e em outros países — como Guatemala, Peru, Brasil, Honduras, El Salvador e México, Colômbia —, entre 1918 e 1922; a já aludida criação

do Instituto de Higiene de São Paulo (1918), além de duas grandes campanhas contra a febre amarela no Brasil, nas décadas de 1920 e 1930 (LÖWY, 2007, 123-180). O objetivo da Fundação, de acordo com Fosdick (1989, p. 15 apud LÖWY, 2006, p. 123) era:

Promover a civilização e ampliar o bem-estar dos povos dos Estados Unidos da América, de seus territórios e possessões, assim como daqueles dos países estrangeiros, por meio da aquisição e disseminação do saber, da prevenção e do alívio do sofrimento, e a promoção de todos os elementos do progresso humano.

Na perspectiva da Rockefeller, o melhor meio para atingir esses objetivos era melhorar a saúde pública “no mundo” o que seria realizado com o investimento em pesquisas na área médica e na educação em saúde (LÖWY, 2006, p. 123). A fim de potencializar a utilização dos recursos financeiros e humanos disponibilizados e ao mesmo tempo servir de efeito demonstração do sucesso esperado, a Fundação optou pela escolha da “ancilostomíase como único campo de intervenção da Comissão Sanitária” (LÖWY, 2006, p. 124). Ou seja, para a divulgação da autoproclamada “superioridade da abordagem norte americana em saúde pública” e a obtenção de parcerias favoráveis à atuação da Rockefeller em países latinos os especialistas da Fundação organizaram “campanhas demonstrativas”, capazes de trazer rapidamente resultados positivos que fossem convincentes de sua metodologia e forma de atuação (LÖWY, 2003, p.358).

A primeira comissão da Fundação Rockefeller chegou ao Brasil em 1916, com o objetivo de iniciar estudos sobre a febre amarela. Como não havia nenhuma irrupção da febre, durante sua estada, a comissão propôs colaboração a órgãos nacionais para o estudo desta enfermidade e de outras doenças transmissíveis, como a ancilostomíase. Foi neste movimento que se estabeleceu com o estado de São Paulo a parceria para a instalação do Instituto de Higiene e a concomitante campanha contra a ancilostomíase, conforme mencionado anteriormente. Nesta trilha, o estado de Minas Gerais firmou acordo de cooperação com a Rockefeller em 1918 para combater a ancilostomíase e seus efeitos na população rural. Em 1921, foi a vez do estado do Espírito Santo assinar o convênio com a Fundação para trabalhos relacionados ao combate da febre amarela, impaludismo e verminoses²⁹⁴.

De acordo com Löwy (2003, p. 358), os especialistas da Rockefeller logo perceberam que a ancilostomíase não seria uma boa opção para um trabalho de “efeito demonstrativo”, em função do tamanho do país e do grande número de portadores da doença. Então, “a partir de

²⁹⁴Cf Relatórios de Província de Minas Gerais, de 1918 (p. 37), e Relatório de Província do Espírito Santo, em 1921 (p.16). Disponíveis, respectivamente, em: <http://brazil.crl.edu/bsd/bsd/u302/000035.html> e <http://brazil.crl.edu/bsd/bsd/u165/000016.html>. Acesso em 15 de março de 2015.

1923, essa patologia foi substituída pela febre amarela, uma doença sazonal e que os especialistas da FR estimavam possível erradicar graças à eliminação de seu vetor, o mosquito *Aedes aegypti*” (LÖWY, 2003, p. 358). A autora ainda explica que, como o controle do mosquito estaria ligado à vigilância do comportamento das pessoas, a organização do combate à febre amarela apoiou-se em inovações administrativas e organizacionais experimentadas durante as campanhas para erradicação da ancilostomíase nas Índias Ocidentais (Antilhas), tais como a introdução de rotinas rigorosas de inspeção sanitária dos habitantes, o emprego de mapas detalhados das localidades, o emprego de propaganda impressa padronizada e a centralização de dados (LÖWY, 2003, p. 358). Os técnicos da Rockfeller também elaboraram técnicas novas de visualização dos vírus e dos mosquitos e desenvolveram normas que permitiam controlar, de maneira eficaz, “enquadrados por seus superiores hierárquicos, o trabalho dos inspetores sanitários (LÖWY, 2006, p. 154).

A primeira participação da Fundação Rockfeller em campanha contra a febre amarela no Brasil ocorreu entre 1923 e 1929, em colaboração com o Departamento Nacional de Saúde Pública na investigação e controle da doença. O acordo assinado em 1923 previa uma co-direção brasileira e norte-americana à frente do Serviço da Febre Amarela, “com a atribuição do cargo de diretor a um especialista brasileiro”, mas a “planificação e a direção das campanhas foram confiadas exclusivamente aos especialistas norte-americanos” (LÖWY, 2006, p. 150). De acordo com Löwy (2006, p.150), a formalização da parceria e a utilização do nome “serviço cooperativo” foram estratégias, nem sempre bem sucedidas, para neutralizar resistências locais em relação à presença da Rockfeller, de forma que suas recomendações fossem acatadas. A epidemia de febre amarela, no Rio de Janeiro, entre 1928 e 1929, expôs as tensões existentes entre os especialistas nacionais e norte-americanos, referentes ao entendimento da doença e às ações sanitárias para seu combate. A manutenção do controle das operações pelos americanos reforçou a posição dos técnicos da Rockfeller, que contribuíram para a transformação do Serviço de Febre Amarela em um “um braço do governo brasileiro dirigido pelos especialistas norte-americanos” (LÖWY, 2006, p. 167).

A partir de 1927, a Fundação Rockfeller passou por uma grande reorganização e a saúde pública “passa ao segundo plano das atividades filantrópicas”. Nesta nova fase, a pesquisa científica, inclusive reconhecida pelo mundo dos negócios, passou a ocupar um lugar privilegiado no programa da Rockfeller para o controle da febre amarela. A incorporação das ciências sociais como um modo de focalizar o problema do controle social é outro aspecto das mudanças empreendidas pela Fundação. O envolvimento dos técnicos americanos no combate à malária no Nordeste do Brasil, entre 1939-1942, passou a seguir novos parâmetros (LÖWY,

2006, p. 168-180) e a “vigilância dos vírus, dos mosquitos e das populações no Brasil”²⁹⁵ seria a medida principal a ser observada daí em diante.

Diante do exposto, podemos inferir que o arranjo estrutural (infraestrutura e burocracia) que serviu de modelo para o SESP já havia sido experimentado no ordenamento de atividades similares. A organização da campanha pela erradicação do *Anopheles gambiae*, vetor da malária, no Nordeste brasileiro (1939-1942) é um bom exemplo da similaridade das operações. Naquela ocasião, a campanha antigambiae organizou-se a partir de parceria entre o Serviço de Malária do Nordeste – órgão recém-criado no Ministério da Educação e Saúde²⁹⁶ pelo governo federal – e a Fundação Rockefeller, que disponibilizaram recursos²⁹⁷ para custear a operação de investigação e combate ao vetor da malária nas localidades infestadas e adjacentes (SOPER; WILSON, 1945). Pelo acordo entre as partes seria possível o intercâmbio de pessoal e material entre o Serviço de Malária do Nordeste e o Serviço Nacional de Febre Amarela²⁹⁸ (que em 1939 também era um serviço cooperativo entre o governo brasileiro e a Fundação Rockefeller) e, com efeito, “o contingente inicial da campanha antimalárica proveio do Serviço da Febre Amarela: cerca de cinquenta pessoas, entre médicos, guardas e funcionários administrativos” (BENCHIMOL, 2001, p. 170). Ao novo Serviço, assim como ao da Febre Amarela, garantiam-se isenções burocráticas, recursos adequados, pessoal treinado e qualificado (PAULA *et al.*, 1990, *apud* BENCHIMOL, 2001). O termo de contrato entre o Ministério da Educação e Saúde e a Divisão Sanitária Internacional da Fundação Rockefeller facultava a esta “a inteira responsabilidade” no combate e estudo relativos ao *Anopheles gambiae* no Nordeste brasileiro e em outras áreas em todo o território nacional, no período entre 1º de janeiro e 31 de dezembro de 1939, com a revalidação do contrato nos anos subsequentes até 1942. A Fundação ainda teria como prerrogativas a direção-geral do Serviço de Malária, a seleção do pessoal e a definição das condições de trabalho do pessoal selecionado.²⁹⁹

²⁹⁵ Subtítulo do capítulo “A Febre Amarela e a “Saúde Pública” Norte-Americana: A Fundação Rockefeller no Brasil, 1920-1945”. In: LÖWY, Ilana. *Vírus, mosquitos e modernidade: a febre amarela no Brasil entre ciência e política*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

²⁹⁶ Decreto-Lei n.º 1.042, de 11 de janeiro de 1939, *apud* SOPER; WILSON. Campanha contra o “Anopheles Gambiae” no Brasil - 1939-1942. Rio de Janeiro; Brasil. Ministério da Educação e Saúde. Serviço de Documentação. 1945. p. 136-137.

²⁹⁷ Em 1939 o governo brasileiro disponibilizou 10.000 contos e a Rockefeller 2.000 contos; Cf. SOPER & WILSON, 1945, Introdução, p. IX.

²⁹⁸ Décima quinta cláusula do contrato: “O Serviço de Malária do Nordeste e o Serviço de Febre amarela, trabalharão em mútua cooperação no que diz respeito a pessoal, material e transporte”. In: SOPER & WILSON, 1945, p. 140.

²⁹⁹ Cláusula segunda do contrato: “O representante da Divisão Sanitária Internacional da Fundação Rockefeller será o diretor do serviço de Malária do Nordeste, sendo a sua atribuição a escolha do pessoal e a estipulação das condições a que o mesmo ficará sujeito, com aprovação do Ministério da Educação e saúde”. In: SOPER; WILSON; 1945, p. 138.

De modo semelhante, a organização do Serviço Especial de Saúde Pública se apoiou num contrato de cooperação internacional, teve autonomia de recursos e de burocracia em relação ao Ministério de Educação e Saúde (MES) e, do mesmo modo que o Serviço da Malária do Nordeste, recebeu pessoal técnico migrado de outros órgãos, inclusive deste. O depoimento de Marcolino Candau³⁰⁰ é elucidativo sobre a migração de pessoal técnico de um órgão para outro:

Fiz parte do pequeno elenco de profissionais de saúde pública que, em 1943, cedidos por diversos órgãos (no meu caso, pela Secretaria de Saúde do Estado do Rio de Janeiro) vieram compor, com o grupo que havia participado do combate ao *a. gambiae*, o núcleo inicial do SESP. Anos mais tarde, ao ser designado para altas funções de seu Superintendente, fui investido daquela plena autoridade tão necessária à execução dos planos de ação que vinham sendo desenvolvidos, inicialmente na Região Amazônica e no Vale do Rio Doce, e que consistiam de projetos aprovados pelas partes contratantes (Marcolino Candau, *apud* BRAGA, 1984, p 105).

O próprio Marcolino Candau (1984, *apud* BRAGA, 1984, p.105) explica que a administração do SESP teria sido montada sobre a “extraordinariamente ‘bem azeitada’ máquina que o Governo havia criado em 1937, com a cooperação da Fundação Rockefeller, para a campanha contra a *Anopheles gambiae* no Nordeste do Brasil”. Segundo o médico, com a erradicação daquele vetor, tal ‘máquina’ estava disponível e foi aproveitada, “segundo mais rigorosos princípios de gestão e controle”, para fazer operar a nova organização, o SESP (Marcolino Candau, *apud* BRAGA, 1984, p 105).

Em suma, as experiências que apresentamos anteriormente, quais sejam, a criação do Instituto de Higiene e as campanhas anti-ancilostomíase e contra a febre amarela e a malária, realizadas por órgãos públicos nacionais em parceria com a Fundação Rockefeller, forneceram subsídios organizacionais e administrativos para a estruturação do SESP. Mais do que isso, forneceram-lhe os princípios e concepções sobre saúde pública que acompanharam a sua configuração.

Os antecedentes do SESP, o espaço de experiência e a rede de interdependências

³⁰⁰ O médico sanitário Marcolino Candau ingressou no SESP em 1943 e assumiu a Superintendência do Serviço em 1947. Após ter atuado na Campanha antigambiae no Nordeste, foi recomendado pelo diretor da Fundação Rockefeller no Brasil, Dr. Fred Soper, a uma bolsa de estudos na Escola de Saúde Pública da Universidade de John Hopkins, nos Estados Unidos, onde concluiu o Mestrado em Saúde Pública, em 1941.

O cenário exposto evoca a dinâmica contextual em que o SESP foi constituído e as circunstâncias de sua organização. Diferentes experiências compuseram o pano de fundo, no qual, determinadas concepções políticas, ideológicas e pragmáticas configuraram-se nos discursos, nas perspectivas e nos projetos de desenvolvimento para a região do Amazonas e para o Vale do Rio Doce. Em suma, as configurações anteriores ao SESP forneceram-lhe um modelo organizacional, baseado num padrão ‘importado’, que aos poucos foi sendo reconfigurado, em vista das particularidades locais. Neste sentido, a experiência passada deixou lastros que foram mobilizados numa nova dinâmica, porém sem repetir-se, pois como postula Koselleck (2006, p. 310) “uma experiência, uma vez feita, está completa na medida em que suas causas são passadas, ao passo que a experiência futura, antecipada como expectativa, se decompõe em uma infinidade de momentos temporais.” (p. 310).

Um conceito-chave para a compreensão das circunstâncias da organização do SESP e de sua forma de atuação é a idéia de configuração desenvolvida por Norbert Elias (2001). Toda configuração social, de acordo com o autor, é definida por uma cadeia variável de dependências recíprocas (ou interdependências) que ligam os indivíduos, grupos ou instituições entre si. Neste sentido, cada ação individual, que também podemos pensar em termos mais amplos, dependeria “de toda uma série de outras, porém modificando, por sua vez, a própria imagem do jogo social” (CHARTIER, 2001, p.13).

A metáfora do tabuleiro de xadrez, em que a interdependência dos jogadores é uma condição prévia para que se forme uma configuração/jogo, facilita o entendimento dessa operação configuracional, que tanto pode ser subtendida nas dimensões macro de sociedades mais complexas como naquelas mais simples “situadas em uma mesma sociedade”:

como em um jogo de xadrez, cada ação decidida de maneira relativamente independente por um indivíduo representa um movimento no tabuleiro social, jogada que por sua vez acarreta um movimento de outro indivíduo – ou, na realidade, de muitos indivíduos. (ELIAS, 1981, apud CHARTIER, 2001, p. 13).

Com este exemplo, Norbert Elias quer dizer que uma determinada configuração, como uma jogada, é precedida ou deve surgir de configurações anteriores, sem que a primeira necessariamente se transforme na subsequente. Os fluxos (trocas, interpenetrações) entre configurações “possuem dinâmicas próprias” de interdependências que podem, sob contingências endógenas e/ou exógenas e dentro de um contexto histórico específico, produzir efeitos intencionais ou não intencionais e não planejados, que por sua vez podem gerar novas intenções (BRANDÃO, 2007, p. 93-95).

Neste sentido, à luz da teoria elisiana é possível dizer que a constituição do SESP, ele próprio uma configuração, resultou de diferentes redes de interdependências nas quais ele estaria imerso. Comparando aspectos paradigmáticos, conceituais, organizacionais e metodológicos das três experiências mencionadas anteriormente, com os mesmos aspectos relacionados ao SESP, podemos identificar uma série de redes configuracionais comuns, que se interpenetraram em diferentes tempos e espaços, tais como:

1. Configuração e reconfiguração dos países latinos e dos EUA no contexto da I e II guerras e do pós-guerra;
2. Configuração de novos espaços de poder geopolítico;
3. Configuração e Reconfiguração das relações Estado - Sociedade;
4. Configuração de rede internacional de cooperação filantrópica;
5. Configuração de redes internacionais de cooperação técnica e financeira em saúde pública;
6. Configuração de instâncias internacionais com poder de influência no campo da saúde;
7. Configuração de modelo institucional de organização bilateral;
8. Configuração de Serviços de Saúde Pública;
9. Configuração de espaços acadêmicos dedicados à pesquisa médica e sanitária;
10. Configuração de campo de conhecimento em Educação Sanitária;
11. Configuração da circulação do conhecimento médico-sanitário;
12. Configuração da divisão do trabalho em saúde pública;
13. Configuração de hierarquias burocráticas e de saberes;
14. Configuração de paradigmas civilizatórios a partir de incitação a mudanças culturais;
15. Configuração e reconfiguração espacial e cultural do ambiente urbano e rural;
16. Configuração e reconfiguração da vida cotidiana.

A rede delineada, ainda que pudesse ser ampliada ou reorganizada, surpreende pelo entrelaçamento dos variáveis interesses, intenções e formatos organizacionais implícitos em cada uma das configurações possíveis de serem correlacionadas. Portanto, o SESP não se explica por si mesmo, não se configurou isoladamente ou independente de outras redes. Ao contrário, nele podemos desvelar um conjunto de operações interdependentes, configurado de tal modo que o resultado, em sua dinâmica particular, manteve conexão com as experiências anteriores que foram incorporadas (espaço de experiência), mas apontou para outro contexto

espaço-temporal ainda não experimentado (horizonte de expectativa) (KOSELLECK, 2006, p.13- 14).

Os relatórios sobre os Serviços de Cooperação Bilateral – O “Servicio” por ele mesmo

Uma avaliação sobre os serviços de saúde pública estabelecidos em parceria com o IIAA/EUA, no Brasil e em outros países da América Latina, pode ser verificada em dois relatórios divulgados pelo Institute of Inter-American Affairs (IIAA): 1) *10 Years of Cooperative Health in Latin America – En Evaluation*, e 2) *The Brazil –United Cooperative Health and Sanitation Program_1942-1960*. Ambos foram produzidos a partir de pesquisas cujo objetivo era a avaliação de programas colaborativos em saúde pública realizados em países da América Latina³⁰¹. Cada um deles contou com uma equipe multidisciplinar, que trabalhou a partir de sua qualificação.

O primeiro relatório, de 1953, *10 Years of Cooperative Health in Latin America – An Evaluation*, oferece um balanço sobre as origens e objetivos do acordo EUA/países da América Latina que pactuaram a organização dos “Servicios”; os aportes financeiros alocados pelos envolvidos, "de acordo com a disponibilidade de matérias-primas, serviços e fundos"; as atividades realizadas; problemas socioculturais e políticos enfrentados e resultados auferidos ao final de dez anos de seu estabelecimento. Iniciado em fevereiro de 1942, o programa coordenado pelo IIAA estendeu-se por dezenove países³⁰².

Este relatório é fruto de avaliação encomendada pelo Instituto, que também completava dez anos de existência e de coordenação dos programas cooperativos em saúde pública na América Latina. O IIAA determinara uma avaliação de suas realizações na área da saúde e, também, de seus fracassos. A avaliação não “almejava uma análise morta, mas

³⁰¹ Os dois relatórios, em inglês, disponibilizados na Internet, necessitaram sua versão para o português. Nesse caso, para ambos, os apontamentos são de minha livre tradução.

³⁰² Antes do final de 1942, o Dr. George C. Dunham, primeiro diretor do acordo bilateral em saúde do IIAA, tinha supervisionado a criação de programas em onze países. Em ordem de estabelecimento, eles foram: Equador, Haiti, Paraguai, Costa Rica, Nicarágua, Honduras, El Salvador, Peru, Brasil, Guatemala e Bolívia. Em 1943, os programas foram estabelecidos em mais sete - Colômbia, Panamá, Venezuela, Chile, México, República Dominicana e Uruguai. Devido à limitação de recursos, os programas na Nicarágua, Costa Rica e República Dominicana foram encerrados em meados de 1947. O programa no Panamá foi encerrado em setembro de 1945. Todos estes programas, exceto o da República Dominicana, foram reabertos no início de 1951 (Ten Years..pag. 4).

criativa, um guia para o futuro”. Os avaliadores deste primeiro relatório³⁰³ entendiam que não seria uma tarefa fácil, pela falta de dados quantitativos e qualitativos que, em sua opinião, deveriam ser coletados e registrados tão logo cada atividade fosse desenvolvida, para facilitar consultas futuras. Portanto, explicaram que a falta de dados devia-se a dois problemas: primeiramente, seria uma característica da América Latina, até a data da elaboração do relatório, a pouca atenção dada ao longo dos anos aos programas internacionais. Além disso, o próprio Instituto não teria dados básicos com os quais se poderia medir realmente o efeito de seus projetos e seu impacto sobre as comunidades. O programa justificou a falta de dados em função das exigências e pressões da II Guerra Mundial que impossibilitaram a criação instrumentos de medição, embora isso fosse desejável. “Em condições de guerra, o indispensável foi dispensado” (*Ten Years...* p. ii). Neste sentido, os avaliadores reconheciam que não sendo possível uma análise acurada das rotinas do trabalho apresentariam uma avaliação dos resultados, mesmo que limitada ao que seria a natureza de uma relativamente rápida ‘look-see’³⁰⁴ por especialistas.

O objetivo principal da pesquisa/avaliação consistia em verificar a influência dos programas de cooperação de saúde e saneamento do IIAA nas repúblicas americanas de acolhimento. Intencionava-se averiguar em que medida as organizações de saúde estavam sendo desenvolvidas; a taxa de incorporação dos programas e métodos introduzidos pelo Instituto na estrutura permanente da saúde pública e como os hábitos de saúde e as práticas das pessoas estavam sendo influenciados pelos novos métodos.

Para além desse objetivo principal, previa-se que a informação colocada à disposição do Instituto, permitiria: 1 - determinar a ênfase futura do programa; 2 - melhorar técnicas administrativas da Divisão de Saúde e Saneamento e de outras divisões do Instituto; 3 - avaliar as relações com outras organizações interessadas em saúde internacional; 4 - avaliar o ‘Servicio’ como um dispositivo e determinar a sua localização na estrutura organizacional adequada ao governo.

A pesquisa foi efetuada por meio de amostragem de dois tipos: primeiro, uma amostragem de programas, através do estudo aprofundado de três países (El Salvador, Equador e Chile); e, em segundo lugar, a amostragem de aspectos especialmente

³⁰³ De acordo com o relatório, a equipe de avaliação foi composta por um diretor médico, um engenheiro sanitário, um antropólogo cultural (Dr. George M. Foster, diretor do Instituto de Antropologia Social, Smithsonian Institution), uma enfermeira sênior, um assessor de organização. A equipe básica seria complementada, se necessário, por peritos especiais.

³⁰⁴ Ainda que não exaustiva, estimava-se uma avaliação que tivesse o peso de autoridade científica; o curto prazo para o trabalho de avaliação in loco (nov. de 1951 a jan. 1952) inviabilizou a visita a todos os países envolvidos (*Ten Years ...*p. ii – iii).

significativos de cada um. A equipe e os membros individuais entrevistaram pessoas envolvidas com os muitos e variados aspectos do complexo programa: chefes de Estado, ministros de saúde, diretores gerais de saúde, e, particularmente, “o povo nas aldeias, nas favelas, nas montanhas, e nas planícies, que tinham ou deveriam ter sentido a efeito do programa” (*Ten Years...* p. iv).

É importante observar que, segundo os avaliadores, o Instituto de Assuntos Inter-Americanos tinha objetivos mais precisos durante os anos iniciais do que aqueles que se seguiam ao pós II Guerra. No momento de seu estabelecimento os objetivos eram:

1. Militar: melhorar as condições de saúde em áreas estratégicas, particularmente com relação às exigências das forças armadas dos Estados Unidos e dos aliados americanos; 2. Político: cumprir as obrigações do Governo dos Estados Unidos com relação ao programa de saúde e saneamento por ele assumidas nos termos da Resolução 30 adotada pela Conferência do Rio de Janeiro³⁰⁵; 3. Econômico: viabilizar o aumento da produção de materiais críticos em áreas onde as más condições de saúde existentes o impediam; 4. Moral: demonstrar os benefícios tangíveis da democracia em ação e ganhar apoio ativo da população civil (*Ten Years...*, p. 58).

Dentre os objetivos acima, os três primeiros estavam intimamente voltados para o esforço de guerra e o sucesso de realização pode ser medido objetivamente pelos registros de saúde das forças armadas estacionadas nas repúblicas americanas e pelo aumento da produção de materiais estratégicos nas áreas ocupadas. Após a Segunda Guerra Mundial, os objetivos anteriores foram substituídos por outros. Na Seção 2, da Lei do Congresso Americano de 5 de agosto de 1947, que autorizou a continuidade do IIAA, afirmou-se que os esforços do Instituto deveriam se direcionar

para promover o bem-estar geral, e para fortalecer o entendimento entre os povos das Repúblicas Americanas através da colaboração com outros governos e agências governamentais no planejamento, implementação, assistência, financiamento, gestão e execução de programas e projetos técnicos, especialmente nos campos da saúde pública, saneamento, agricultura e educação (*Ten Years...*, p. 58-59).

Neste sentido, um dos alegados objetivos dos programas no pós-guerra seria o de elevar o nível de vida das pessoas nas várias repúblicas americanas ou, num âmbito maior,

³⁰⁵ Em janeiro de 1942, realizou-se, no Rio de Janeiro, o Terceiro Encontro de Ministros das Relações Exteriores das Repúblicas Americanas. Nesse encontro, convocado pelos EUA que teve como agenda a proteção do Hemisfério Ocidental e a sua solidariedade econômica, tratou-se da ruptura das relações diplomáticas com o Japão, a Alemanha e a Itália, bem como de questões relativas à produção e ao comércio (CARONE, 1977, p. 282-283). Recomendou-se, entre outras decisões, que as repúblicas americanas se mobilizassem para o esforço de guerra, contribuindo com seus recursos agrícolas e minerais, e que se “estabelecessem acordos bilaterais para a promoção da saúde pública e melhoria das condições sanitárias dos povos” (CARONE, 1977, p. 44).

promover “paz e prosperidade no Hemisfério Ocidental (*Ten Years...* p. 58). Em perspectiva próxima, a implementação dos ‘Servicios’ seguia decisão tomada na Terceira Reunião de Ministros das Relações Exteriores das 21 Repúblicas Americanas, realizada no Rio de Janeiro, em janeiro de 1942, que recomendaram o uso dos acordos bilaterais de saúde como “um importante instrumento para promover a segurança e a prosperidade para as nações do hemisfério” (*Ten Years...* p. 2). A diferença sutil apresentada – *paz e prosperidade*, no pós-II guerra; e *segurança e prosperidade*, no entremeio da guerra, quando os países latino-americanos instados pelos EUA, se posicionam contra o Eixo – não parece mera coincidência. O contexto do esforço de guerra em que os ‘Servicios’ foram organizados manteve-se no pós-guerra, numa nova configuração.

O relatório, dividido em onze capítulos, traz um sucinto histórico das negociações diplomáticas e burocráticas realizadas para implementação dos Serviços Cooperativos de Saúde nos vários países. A partir do segundo capítulo, os avaliadores descreveram aspectos organizacionais dos programas desenvolvidos, bem como os projetos considerados essenciais para o desenvolvimento das ações de saúde projetadas: administração; descrição das áreas e população atendida; planejamento; levantamento de aspectos culturais relacionados à concepção sobre doença e saúde e hábitos higiênicos; ênfase ao saneamento; levantamento de doenças relacionadas à má nutrição; treinamento de pessoal técnico (por meio de ‘treinamento em serviço’ para a manutenção e operação dos projetos), incluindo médicos, enfermeiras, engenheiros sanitários, agentes e vistoristas sanitárias; programa de enfermagem; programa de educação sanitária; projetos de instalação e/ou reforma de centros de saúde e hospitais. Dos capítulos indicados, retomaremos mais à frente o que trata dos aspectos culturais relacionados à concepção de doença e saúde, pela possibilidade de discussão sobre a posição dos técnicos do SESP em relação a esta perspectiva.

O segundo relatório (*The Brazil – United Cooperative Health and Sanitation Program 1942-1960, de 1961*)³⁰⁶, foi encomendado pelo Escritório de Administração de Cooperação Internacional, à Johns Hopkins University, que por sua vez nomeou quatro professores³⁰⁷ para avaliar as atividades do programa cooperativo de saúde e Saneamento realizado no Brasil. Este relatório, apresentado em cinco capítulos articulados entre si, oferece uma avaliação institucional sobre o estado da saúde pública no Brasil e sobre a atuação do SESP nos seus

³⁰⁶ O estudo incorporou análises de campo no Brasil e nos Estados Unidos durante os meses de Abril a Outubro, de 1960, inclusive.

³⁰⁷ Timothy D. Baker, M.D., médico; Margaret Bright, Ph.D., médica; Mark Perlman, Ph.D., economista; Abel Wolman, Chairman, engenheiro sanitário. O grupo teve como consultor Dean E. L. Stebbins, MD, médico da Escola de Higiene e Saúde Pública.

dezoito anos de existência, de 1942 a 1960, quando a agência foi incorporada ao Ministério da Saúde. Os objetivos principais desta avaliação foram:

1. A determinação do grau do impacto das atividades de cooperação em saúde desenvolvidas pelo Serviço Especial de Saúde Pública, ("SESP") sobre o desenvolvimento econômico, social e político do Brasil.
2. Uma avaliação e registro das filosofias, princípios e métodos de operação, empregados pelo SESP que se provaram como mais satisfatórias em suas realizações (*The Brazil –United Cooperative... s/p*).

A parte inicial do relatório (capítulo 1) fornece um panorama sobre a situação encontrada pelos avaliadores no Brasil, em 1960. Ela consiste de três seções substantivas: 1 - o problema da população brasileira, 2 - a situação da doença, e 3 - o padrão dos serviços de saúde existentes no Brasil. A descrição realizada, a partir de dados estatísticos do censo de 1950³⁰⁸, indica uma população em acelerado ritmo de crescimento, embora desigualmente distribuída. Outra característica importante apontada sobre a população brasileira era de que “tanto quantitativamente quanto qualitativamente é uma das mais ‘rurais’ no mundo”. O relatório também tece considerações sobre a tendência de migração da população de áreas pobres para regiões onde presumivelmente melhores condições de vida seriam encontradas. A descrição destes aspectos sociodemográficos serviu como pano de fundo para que o relatório alinhasse anotações sobre implicações e demandas em relação à saúde pública que poderiam ser esperadas a partir daquela conjuntura³⁰⁹ (*The Brazil – United Cooperative... p. 1 a 4*).

O quadro apresentado indicava um posicionamento institucional pessimista em relação às possibilidades de solução rápida para as emergentes necessidades relacionadas à saúde pública. Os avaliadores ressaltaram a precariedade sanitária e apresentaram um quadro das doenças prevalentes em território nacional, ainda na década de 1950: tuberculose, malária e doenças gastroentéricas eram as maiores causadoras de incapacidade e grande incidência de

³⁰⁸O censo de 1960 estava em preparo à época da pesquisa/avaliação.

³⁰⁹ Em primeiro lugar, apontaram os avaliadores que o rápido crescimento da população exigiria um aumento substancial dos gastos em ampliação e melhoramento dos serviços de saúde pública. Outra situação preocupante seria a impossibilidade, naquele momento, de uma desejável equalização dos serviços públicos de saúde para todos os segmentos da população, dificultada por uma série de fatores: com a maior parte da população vivendo em áreas rurais os custos de prestação de serviços seriam proibitivos naquele momento; a baixa densidade da população bem como a falta de comunicação em muitas áreas tornaria ineficazes relativamente quaisquer tentativas para fornecer um serviço de saúde pública adequado ao tamanho dos distritos ou vilarejos; não seria aceitável numa “democracia política” priorizarem-se áreas mais urbanizadas e/ou industrializadas; não se poderia garantir que os avanços obtidos nos grandes centros seriam, em futuro próximo, difundidos entre a população rural. Além do mais, a tendência para uma crescente migração interna criaria a necessidade de ação administrativa federal e estadual para fornecer assistência de saúde pública aos recém-chegados para evitar a propagação de doenças entre a população já estabelecida (*The Brazil – United Cooperative... p. 1 a 4*).

óbitos; a esquistossomose ameaçava tornar-se um grande problema; a difteria, o tétano, a filariose, a doença de Chagas, coqueluche, etc., somadas a doenças preveníveis seriam embaraços para o Brasil e sua economia; a desnutrição também era um grande problema, tanto em termos de doenças específicas, como pela diminuição da resistência às infecções. Embora reconhecessem que a expectativa de vida para os brasileiros havia crescido entre as décadas de 1940-1960, os avaliadores estimavam a necessidade de grandes melhorias nos programas de saúde do Brasil (*The Brazil-United Cooperative...* p. 5-6).

O panorama desconfortável foi reforçado pela descrição da deficitária oferta de serviços públicos de saúde pelas instâncias municipal, estadual e federal de governo. Para os avaliadores, a divisão de responsabilidades dos serviços de saúde pública deixava muito a desejar, pois cada uma das instâncias delegava à outra aquilo que seria sua atribuição; além de deixarem-se influenciar por favoritismos políticos. Ainda que existissem limites de recursos e de pessoal qualificado, os avaliadores indicavam que se poderia conseguir importantes melhorias dos serviços inovando-se procedimentos de organização e administração (*The Brazil –United Cooperative...* p. 7- 12).

Essas considerações sugerem que a perspectiva dos avaliadores sobre a situação da saúde no Brasil ainda se reportava ao ‘imenso hospital’ identificado por Penna e Neiva (1916) na década de 1910. De outro lado, ao considerarem a atuação do SESP nos dezoito anos de serviço prestado, indicam que o mesmo foi responsável pela melhoria considerável do estado de saúde dos brasileiros com a incorporação de medidas tais como: erradicação da malária em algumas áreas, introdução da medicina preventiva, imunização, atendimento pré-natal, orientação para cuidados infantis, acompanhamento de doenças venéreas e tuberculose, educação sanitária; todas integradas na maioria das suas unidades de saúde. Ainda destacaram inovadores programas de saúde bucal, serviços de laboratório e farmácia, treinamento de pessoal, tratamento estatístico de dados auferidos pelo SESP, promoção de saneamento ambiental especialmente com instalação de sistemas de tratamento de água e esgotamento sanitário (*The Brazil – United Cooperative...* p. 15 a 22).

O SESP desenvolveu programas que afetaram a todos os estados do Brasil. Na atualidade (1960) atua ou assiste a operacionalização de mais de 250 centros ou sub-postos de saúde em 16 estados. Em muitos destes estados é praticamente o único serviço de saúde local, fora das capitais. Tem desenvolvido um programa de saúde rural de primeira linha quanto à organização dos serviços, à manutenção de padrões profissionais e à eleição das prioridades de assistência à saúde (*The Brazil – United Cooperative...* p. 15).

Em seguida, o relatório volta-se para um exame sobre a experiência conjunta brasileira-americana de desenvolvimento de programa de saúde pública. Apresenta um histórico de organização do SESP e a maneira como se acomodou entre as agências governamentais brasileiras responsáveis pela saúde pública e avalia o programa como exemplo de experiência de cooperação internacional entre os programas bilaterais celebrados pelos Estados Unidos. De acordo com o relatório, o fato de o SESP ter sido capaz de se manter 'autônomo', dentro da estrutura do governo brasileiro³¹⁰, seria motivo para despertar o interesse dos planejadores de políticas de saúde nos países de acolhimento que buscavam a introdução de inovações em suas instituições governamentais, muitas vezes rígidas e inadaptadas aos seus objetivos de mudança (*The Brazil-United States Cooperative...* p. 13, 25, 43)

A orientação da avaliação americana denota uma posição bastante favorável às linhas de atuação definidas pelo SESP. Os questionamentos feitos relacionam-se, geralmente aos aspectos concernentes à participação das instâncias e órgãos da parte brasileira, considerados como problemáticos.

O relatório aponta para a dependência dos estados em relação ao governo central na obtenção e gerenciamento de fundos para operar os serviços de saúde públicos, mesmo que a lei atribuísse a eles a responsabilidade pelos programas de saúde (p. 7; 36); assinala que alguns estados e municípios não cumpriram com a contrapartida financeira, acordada com a agência em muitas ocasiões, sobrecarregando-a (p. 28-31); e distingue os entraves provocados pela burocracia brasileira (p. 27; 34). Em relação à atuação institucional, os relatores avaliam que, após a II Guerra Mundial, ao aceitar a definição de seu papel como veículo de saúde pública para o Brasil rural, o SESP não aproveitou a oportunidade para atuar, simultaneamente, em centros maiores (p. 20). De acordo com o texto do relatório, somente nos anos mais recentes de sua existência bilateral é que o SESP teria percebido a necessidade de ter incentivado e apoiado as agências estaduais e locais em planejamentos de longo prazo (p. 20). Os relatores afirmam também que a expansão das áreas atendidas apresentou dificuldades que o SESP não tinha experimentado durante seus anos iniciais (p. 27). Enfim, da parte da agência, avaliam que ela fez o máximo dentro de suas possibilidades.

Em relação ao funcionamento dos programas, o relatório é menos incisivo. Admite, por exemplo, algumas dificuldades dos técnicos do Serviço atuarem de acordo e/ou se

³¹⁰Sem ingerência direta do MESP/MES e com recursos especiais, que não dependiam da aprovação do Ministério

relacionarem com as instâncias ministeriais³¹¹, ou que funcionários das Unidades locais, muitas vezes, não solicitavam a compreensão e o apoio tangível de líderes locais. Em relação às práticas de saúde, não há maiores detalhamentos.

O relatório também discute o impacto de gastos com saúde pública no desenvolvimento econômico, em aspectos sociais e em relação às instituições políticas correlacionadas. Em relação ao impacto econômico, indica que as áreas de atuação do SESP foram sempre nomeadas por outros órgãos federais, no encaixe de algum tipo de necessidade de saúde pública, mas sem considerar que impacto os gastos com a saúde pública promoveriam no desenvolvimento econômico local. Nesse sentido, os relatores defendem que se deveria selecionar as áreas onde a alocação dos recursos fosse fator necessário para o desenvolvimento econômico. Em outras palavras, o SESP deveria concentrar-se em projetos nos quais a ausência de esforços em saúde pública significativamente limitasse o desenvolvimento econômico (*The Brazil-United States Cooperative...* p. 43). A comparação entre os projetos realizados pelo SESP, no vale do Amazonas e no Vale do Rio Doce sugere que os esforços despendidos no primeiro não tiveram o mesmo sucesso que no segundo. Os avaliadores pontuaram que no Vale do Rio Doce outros fatores fomentadores de desenvolvimento estariam presentes³¹². Observa-se que, embora vantajosa, não existia no Brasil uma tradição de se aliar políticas de saúde pública com projetos de desenvolvimento econômico local (p. 54/55)

Em termos do impacto social, os relatores observam que a atuação do SESP provavelmente atingiu nos dezoito anos de sua existência cerca de 5% da população total do Brasil. “Visto nestes termos, há que se concluir que, para o país como um todo, as condições de vida da população não foram substancialmente afetadas”. Nesse sentido, avaliam que a melhoria das condições de saúde dessa população não se fez acompanhar de melhoria real das condições de vida, e que “somente acompanhada por desenvolvimento econômico a melhoria

³¹¹ Ver em Vilarino (2008): “A criação do SESP não ocorreu sem que houvesse certa tensão dentro do Ministério da Educação e Saúde, por divergência de perspectivas e forma de intervenção sanitária. Isso era agravado pelo fato de o SESP constituir um espaço privilegiado pela autonomia que gozava e pelos recursos disponibilizados, desagradando outros setores e órgãos públicos, especialmente o Departamento Nacional de Saúde (DNS), dirigido por Barros Barreto”. Também crítico em relação ao SESP, o médico sanitário Mário Magalhães, médico funcionário do Ministério da Saúde, mantinha posição cética à organização e às concepções do SESP. Ver: SILVA E MORELL, 2005.

³¹² Os avaliadores indicam que o vale do Rio Doce teve um grande progresso econômico na última década (1950). Novas siderúrgicas estavam em construção, incluindo uma em Ipatinga e, além disso, maior capacidade de energia elétrica adicional em breve estaria disponível com a construção da barragem de Três Marias. Em resumo, os recursos geográficos, de transporte, de energia, a força de trabalho dos imigrantes, disponibilidade de capitais e de talento empreendedor, tecnologia adaptada à situação econômica, e o interesse nacional por produção de aço estavam presentes(*The Brazil – United Cooperative...* p. 47).

da saúde vai, em longo prazo, afetar favoravelmente as condições de vida das pessoas” (p. 55).

Dos três aspectos avaliados, o impacto sobre as instituições políticas foi o mais favorável. Os avaliadores afirmam que a organização autônoma do SESP, em relação ao Ministério da Saúde, foi reveladora no sentido de se demonstrar a possibilidade de implementação de programas de saúde divorciados da burocracia dos órgãos ministeriais. Advogam que essa condição livraria tais programas tanto de vicissitudes burocráticas como de favoritismos políticos. Indicam, enfim, que o SESP introduziu uma nova forma de organização dos serviços de saúde, em que tiveram lugar honestas práticas administrativas e de contabilidade dos recursos públicos, alto nível do pessoal em serviço, obrigatoriedade de jornada de tempo integral. Outro resultado importante foi a experiência de trabalho em nível local/municipal: centros de saúde e hospitais eficientes foram organizados, e programas de saneamento foram estabelecidos com o objetivo de prestar serviços e de "demonstrar" que esses serviços podiam ser estabelecidos ao nível dos municípios (p. 53-56)

A equipe de avaliadores concluiu que a realização mais importante do SESP ao longo dos últimos dezoito anos foi o seu programa de treinamento de pessoal, que atingiu cerca de 3.600 profissionais de saúde. “Treinando cerca de 400 médicos, o programa do SESP teve um real impacto sobre o grupo de médicos brasileiros formados nos domínios da saúde pública”. Além de formação de pessoal para as agências de saúde governamentais, o SESP tornou-se espaço de treinamento para engenheiros sanitários recém-formados, e muito contribuiu para o desenvolvimento deste campo no Brasil. Causou-lhes boa impressão ouvirem repetidas vezes de seus entrevistados que "O SESP é uma escola".³¹³

Nossos informantes adicionalmente explicam que a referência à "escola" não é apenas pelos programas formais, mas particularmente pela experiência de trabalho que os médicos, engenheiros, enfermeiras e auxiliares receberam enquanto trabalhavam no SESP. No rol dos "alunos" do SESP inclui-se uma longa e distinta lista de trabalhadores de saúde, começando com o Diretor Geral do World Health Organization³¹⁴ (The Brazil – United Cooperative... p. 22).

De especial importância, foi o treinamento de pessoal auxiliar necessário para o desenvolvimento dos programas, sobretudo se for considerada a escassez de profissionais e uma possível continuação dessa carência por algum tempo. Entre 1942 e 1959, quase 2300 pessoas foram treinadas para trabalhar nos programas do SESP como auxiliares de

³¹³ A expressão remete ao comentário do antigo funcionário do SESP, em Governador Valadares, que considerava o SESP como uma 'universidade'. Ver cap. 2, p. 106.

³¹⁴ Referência ao Dr. Marcolino Gomes Candau que foi Superintendente do SESP entre 1947-1950; e Diretor - Geral da Organização Mundial da Saúde (OMS) entre 1953-1973.

saneamento, visitadoras sanitárias, auxiliares hospitalares, técnicos de laboratório e parteiras. Esse pessoal foi frequentemente recrutado localmente e fornecia um elo importante entre o centro de saúde e a comunidade local. Sobre a organização e o empenho dos profissionais de saúde e auxiliares, profissionais a nível local, os avaliadores também destacam que o espírito de corpo entre o pessoal do SESP e sua devoção aos programas são únicos no serviço público brasileiro e seriam prodigiosos em qualquer outro país (p. 52-53).

Simetrias e assimetrias

Os dois relatórios são unânimes em afirmar que o programa cooperativo em saúde pública teve efeito significativo “sobre os governos e os povos de todas as Américas e sobre a saúde do mundo” (Ten Years..., p. i). Ambos os relatórios supervalorizam o treinamento recebido por médicos, enfermeiros, engenheiros sanitários e outros profissionais, inclusive em escolas de saúde dos Estados Unidos. Também avaliam positivamente o treinamento de pessoal auxiliar local para suprir a carência desses profissionais nas áreas atendidas. Evidenciam, ainda, a instalação de centros e postos de saúde nas áreas atendidas, a emergência de lideranças locais, o estabelecimento de escolas de saúde pública, a expansão de Ministérios e/ou Departamentos de Saúde Pública, o melhoramento do saneamento ambiental, o controle de enfermidades que afligiam populações desatendidas por serviços públicos de saúde.

Neste sentido é importante ressaltar a coincidência dos programas estabelecidos nos diversos países latino-americanos, tanto em relação aos objetivos iniciais, como na reprogramação dos mesmos no pós-guerra. As palavras do Major-General Dr. George C. Dunham, presidente do Instituto de Assuntos Inter-Americanos, em 1945, são significativas:

A força crescente da cooperação interamericana manifesta-se não somente na guerra contra as potências do Eixo, mas também na coordenação dos recursos em prol do progresso econômico e científico neste hemisfério. Agora, como em nenhuma ocasião anterior, os povos da América estão trabalhando juntos para o aperfeiçoamento do bem comum, pela prevenção das doenças, pelo prolongamento da vida e pela segurança da saúde e da eficiência, com o desenvolvimento concomitante das relações comerciais (In: Boletim do SESP, agosto de 1945, p. 1).

A similaridade dos programas implementados também se explica pelas condições socioeconômicas semelhantes entre os países latino-americanos, descritas pelos avaliadores. A análise realizada pelo primeiro relatório acerca da população da América Latina (*Ten Years...* p. 86-97) indica alta taxa de mortalidade entre crianças e jovens, má nutrição e

prevalência de enfermidades causadas por infecções intestinais, seguidas pela tuberculose, malária e tosse convulsa, bronquite e gripe. Embora os dados obtidos não fossem completos, os avaliadores concluem que o quadro nosológico traçado correspondia bem às observações e entrevistas realizadas. De outro lado, ao apresentar os diversos projetos de assistência médico-hospitalar, treinamento de pessoal, disponibilização de equipamentos e/ou estabelecimento de centros de saúde, controle de doenças, etc., o mesmo relatório deixa subtendido que os serviços públicos de saúde disponibilizados pelos governos latino-americanos seriam inadequados ou insuficientes para o atendimento da população afetada (*Ten Years...* p. 137-160).

Cumprindo seus objetivos secundários, o primeiro relatório (*10 Years of Cooperative Health in Latin America – An Evaluation*) sugeria mudanças de ênfase futura do programa e indicava a necessidade de melhoria das técnicas administrativas para que a cooperação interamericana nos terrenos da saúde pública pudesse avançar. No caso do relatório sobre o programa brasileiro, em função do término da parceria EUA/Brasil, no ano de 1960, e da incorporação do SESP ao Ministério da Saúde, os avaliadores fazem diversas sugestões sobre necessários encaminhamentos organizacionais e administrativos e de caráter específico para que a agência não perdesse sua distinção entre os órgãos de saúde pública do Brasil. Sua elaboração, em 1953, precede em oito anos a divulgação do segundo relatório – *The Brazil – United Cooperative Health and Sanitation Program_1942-1960*. Neste intervalo, a atuação dos ‘Servicios’ nos países que receberam a colaboração do IIAA passou por algumas modificações relacionadas ao término da II Guerra Mundial e à reorientação da política norte-americana para a América Latina. No caso do Brasil, em princípios da década de 1950, uma mudança organizacional inovadora marcou o início da segunda fase de atuação do SESP.

Desde o início de suas atividades, o SESP teve a preocupação educativa como apoio às medidas sanitárias emergenciais, mesmo que a Divisão de Educação Sanitária tivesse sido criada oficialmente apenas em 1944³¹⁵. Nos primeiros anos, o trabalho desenvolvido se limitou ao preparo e ao aperfeiçoamento de pessoal, e à distribuição do reduzido material de propaganda sanitária nas áreas de atendimento, ainda assim, de modo disperso e sem orientação sistematizada (BASTOS; SILVA, 1953, p.247). À medida que os projetos de saúde

³¹⁵Cf. Lima e Maio (2010, p. 549) “a Divisão de Educação Sanitária do SESP foi criada em 1944 e coordenada pelo antropólogo Charles Wagley, um dos idealizadores do programa de educação em saúde daquele organismo. Wagley, que realizava pesquisas no Brasil desde os anos 1930, integrava naquela ocasião o quadro administrativo da agência. Ao longo de três anos e meio, ele exerceu as seguintes funções: diretor do programa de migração para a Amazônia, coordenando os serviços médicos à população que se deslocava para trabalhar na região; assistente do superintendente; e diretor da Divisão de Educação Sanitária”.

e saneamento se consolidavam, seu “propósito educativo fixado em cada atuação e em cada serviço, no momento oportuno” (BASTOS; SILVA, 1953, p.258) merecia maiores cuidados e atenção.

Na segunda fase de atuação do SESP, ampliaram-se os projetos para educação sanitária, apoiados na ideologia do “desenvolvimento da comunidade” defendida por sociólogos americanos³¹⁶ e divulgada por José Arthur Rios, que, a partir de 1953, chefiou uma seção de estudos e treinamento dentro da Divisão de Organização Sanitária do SESP (BASTOS, 1993, p.330). A contratação de José Arthur Rios e de outros³¹⁷ cientistas sociais define a introdução das ciências sociais na organização e implementação de programas de educação sanitária e medicina preventiva.

Esta reorientação coincide com a divulgação do relatório de 1953 (*Ten Years...*), e pode-se compreendê-la como um reflexo dos apontamentos feitos sobre a necessidade de se considerar os aspectos culturais inerentes às populações/comunidades receptoras dos programas de saúde. Também se relaciona com as novas orientações da Fundação Rockefeller, a partir de 1937, como foi tratado anteriormente. A apresentação do segundo capítulo do relatório de 1953 – *Aspectos Culturais* – será valiosa para o momento. Este capítulo, que emblematicamente abre o relatório (o primeiro capítulo faz uma retrospectiva da formalização dos acordos bilaterais EUA / Repúblicas latino-americanas), reconhece que muitos desacertos no programa de saúde pública relacionavam-se com as diferentes formas de vida e padrões de pensamento das pessoas para quem os programas eram dirigidos em relação aos padrões dos planejadores. Nesse sentido, o documento aconselhava que os planejadores dos programas de saúde pública deveriam compreender os modos de vida, os padrões de valor e, particularmente, as crenças e costumes dos povos latino-americanos em relação à saúde e doença; bem como deveriam ter claro os objetivos do programa e a motivação dos seus técnicos. Deste modo, supunha-se, seria possível estabelecer-se um melhor relacionamento entre técnicos e população atendida.

A presença de um antropólogo cultural na equipe avaliadora dos dez anos de cooperação em saúde – Dr. George M. Foster, diretor do Instituto de Antropologia Social do Smithsonian Institution – pressupõe que, além de avaliação quantitativa, fez-se uma avaliação

³¹⁶Segundo José Arthur Rios deve-se a Donald Pierson e a seus discípulos da Escola Livre de Sociologia e Política de São Paulo o primeiro impulso para os estudos de comunidade no Brasil (RIOS, 1987, p. 64). A referência a Pierson subtende a influência da reconhecida Escola de Chicago na formação de muitos sociólogos brasileiros que seguiram sua orientação.

³¹⁷Cf CARDOSO, José Leandro (2009) José Arthur Rios reuniu “em sua equipe o cientista social Carlos Medina e o antropólogo Luiz Fernando Fontenelle”, além de ter tido a consultoria do antropólogo Kalervo Oberg, ligado a Donald Pierson.

por meio de uma perspectiva qualitativa sobre os programas examinados. O antropólogo comentou no prefácio de seu livro “*As culturas tradicionais e o impacto da tecnologia*”³¹⁸, publicado em Nova York, em 1962, e traduzido para o português em 1964, que o convite para fazer parte da equipe de avaliação deveu-se à repercussão de um primeiro trabalho realizado por ele e outros antropólogos ligados ao Smithsonian Institution³¹⁹:

Na qualidade de cientistas sociais do Smithsonian Institution, com função de ensino e pesquisa, estacionados na América Latina, havíamos levado a efeito estudos antropológico-culturais no México, na Colômbia, no Peru e no Brasil; (...) Com a cooperação do Instituto de Assuntos Interamericanos, do Governo dos Estados Unidos, e das organizações de saúde das nações em questão, pudemos observar o comportamento e entrevistar pessoal e pacientes dos novos centros de saúde pública em que a cooperação norte-americana havia representado algum papel. Nosso relatório muito modesto, “Análise Antropológico-cultural de um Programa de Auxílio Técnico”, despertou um interesse surpreendente, e, com base nessa pesquisa aplicada preliminar, fomos convidados a participar de uma apreciação em grande escala dos primeiros dez anos de programas de saúde, em cooperação bilateral entre os Estados Unidos e países da América latina. Nesta qualidade fomos membros duma equipe de saúde pública enviada a campo pelo departamento de Saúde Pública dos Estados Unidos e o Instituto de Negócios Interamericanos (FOSTER, 1964, p. 9).

Naquela primeira ocasião, os autores/pesquisadores chamavam atenção para aspectos culturais que tangenciavam a atuação dos técnicos e a recepção das ações de saúde e saneamento pela população atendida³²⁰. Em junho de 1952, realizou-se uma conferência em Washington, para discutir o trabalho dos antropólogos sobre os programas de saúde na América Latina. A abordagem antropológica foi tão convincente que Henry van Zile Hyde, então chefe da Divisão de Saúde do IIAA, concordou em contratar todos os funcionários de campo do Instituto de Antropologia Social (ISA) para que, no ano seguinte, concentrassem sua atenção nos programas de saúde pública patrocinados pelos EUA na América Latina (FOSTER, 2000, p.160). No depoimento a Suzanne B. Riess (FOSTER, 2000, p.159), o antropólogo revelou que o relatório de 1951 “foi, por assim dizer, uma bomba”. Segundo Foster:

³¹⁸FOSTER, George M. *As culturas tradicionais e o impacto da tecnologia*. Rio de Janeiro: Editora Fundo de Cultura, 1964.

³¹⁹O trabalho, intitulado: *A Cross - cultural Anthropological Analysis of a Technical Aid Program*, divulgado em 1951, fazia um balanço sobre as relações estabelecidas entre o pessoal técnico dos centros de saúde e a população atendida pelos “Serviços” estabelecidos na Colômbia, Peru, Brasil e México. FOSTER, G. M. et al. *A Cross - cultural Anthropological Analysis of a Technical Aid Program* (mimeographed; Washington, D. C.: Smithsonian Institution. 1951.

³²⁰ As pessoas ligadas ao Departamento de Antropologia Social do Instituto Smithsonian envolvidas na pesquisa foram: Charles Erasmus, Colômbia e Equador; George M. Foster, ElSalvador e Chile; Isabel T. Kelly, México; Kalervo Oberg, Brasil; Ozzie Simmons, Peru e Chile .

Em um dia, apresentamos nossas conclusões. Esse foi um dos dias mais importantes da minha vida e um grande dia, eu acho, para a saúde pública, também. Eu nunca vi tanto entusiasmo. Nós fomos capazes de explicar um monte de coisas sobre as quais a equipe de saúde pública vinha batendo cabeça (FOSTER, 2000, p.160).

No relatório de 1953, portanto, a questão cultural foi incluída. O capítulo de referência (*Ten Years*, p. 12- 29)³²¹, escrito por Foster³²², inicialmente defende a necessidade de se (re)conhecer as culturas autóctones dos países receptores dos projetos colaborativos. Essa defesa se relacionava às dificuldades encontradas pelos técnicos, de um lado, e das populações receptoras, de outro, em se fazerem compreendidos. A abertura da apreciação é reveladora: “O sucesso de um programa de saúde pública depende não só da excelência técnica, de conhecimento e da prática médica, mas também do potencial sócio-econômico de um país, e da disponibilidade de seu povo em aceitar novas idéias e hábitos” (*Ten Years...* p. 12).

De acordo com o pesquisador os programas de saúde pública, deveriam se preocupar também com o que denominaram “problemas culturais, na falta de melhor termo”. Esses problemas se derivariam, em parte, das grandes diferenças existentes entre as formas de vida e padrões de pensamento das pessoas para quem os programas eram dirigidos e aqueles dos planejadores de programas de saúde coletiva e, em parte, da falta de compreensão dos fatores que tornam as relações humanas mais equilibradas. Neste sentido, a equipe de pesquisadores, orientada pelo antropólogo, se preocupou em conhecer/compreender os modos de vida, os padrões de valor e, particularmente, as crenças e costumes dos povos latino-americanos em relação à saúde e à doença, como também as motivações dos técnicos e sua atitude em relação à população receptora dos programas (*Ten Years...*, p. 12).

Considerando a importância do conhecimento sobre como as pessoas se posicionam diante de suas culturas, o relatório recomendava que o Instituto Interamericano realizasse pesquisas sistemáticas sobre a forma e o conteúdo das culturas de cada país em que o trabalho era realizado. Ainda sugeria que estas pesquisas deveriam incluir a participação de antropólogos, sociólogos, psicólogos, economistas, e que as informações obtidas fossem utilizadas no planejamento e execução dos projetos, tanto para avaliar o potencial econômico e social de um país como para reduzir as barreiras culturais para a aceitação dos programas de

³²¹ Os apontamentos seguintes sobre o capítulo referem-se às páginas indicadas, 12 a 19, do relatório.

³²²Cf seu depoimento a Suzanne B. Riess (1999): In: Foster, G. (2000). *An anthropologist's life in the twentieth century: Theory and practice at UC Berkeley, the Smithsonian, in Mexico, and with the World Health Organization*. An oral history conducted in 1998 and 1999 by Suzanne B. Riess. Berkeley, CA: University of California, Bancroft Library, Regional Oral History Office. Disponível em: http://content.cdlib.org/view?docId=kt7s2005ng&brand=calisphere&doc.view=entire_text Acesso em 10 de fevereiro de 2013.

saúde pública. A recomendação apontava para o duplo papel dos cientistas sociais em programas de saúde: a sua participação no planejamento original e, posteriormente, no aspecto operacional. O papel no planejamento sublinhava a necessidade de se descobrir a natureza de uma cultura, qual o modo de vida das pessoas, suas motivações, seus objetivos na vida, a que estão dispostas, o que rejeitam para sua vida; quais são os limites práticos e as condições sociais e econômicas que deveriam existir antes que certas inovações pudessem ser introduzidas. No aspecto operacional, o cientista social atuaria como educador. Ou seja, após a determinação do programa de saúde pública a ser executado, ele poderia contribuir para se convencer as pessoas de que o programa seria bom para eles e que seria vantajoso adotar o novo e abandonar o velho costume (*Ten Years...*, p. 12-13).

Está implícito nestas recomendações o entendimento de que as culturas são dinâmicas e de que existem regras que regem os processos pelos quais as mudanças culturais são provocadas. Em termos dos programas de saúde pública, “isso significa que a saúde e o saneamento não são peças isoladas da vida de todo um povo” (*Ten Years...* p. 13) e que devem ser pensados em relação com a dinâmica sociocultural.

A questão principal levantada pelo antropólogo está relacionada ao papel de educadores exercido pelos cientistas sociais nos programas de saúde pública. Uma vez decididos os projetos de saúde para uma área determinada, esperando que se tenham levado em conta as circunstâncias sociais e econômicas, o desafio seria o de persuadir as pessoas a largar os velhos hábitos e idéias e substituí-los por novos que não faziam parte de seu mundo conceitual. Os questionamentos seguintes dimensionam a problemática:

Como transmitir às populações receptoras a idéia de que a medicina científica e a higiene podem assegurar-lhes melhor estado de saúde, disposição para o trabalho e longevidade?

Como explicar os conceitos científicos das enfermidades a pessoas que consideram que muitas delas se devem a causas mágicas ou divinas?

Como persuadir estas pessoas a tomar certas precauções ou a recorrer ao médico ao primeiro sinal de enfermidade? Como convencê-las a evitar o curandeiro nativo e os recursos da medicina popular? (*Ten Years...* p. 15)

Estas preocupações surgiram, ainda com o primeiro estudo (FOSTER, G. M. *et al.*, 1951), a partir da observação de atividades realizadas por médicos, enfermeiras e outros técnicos em vários centros de saúde mantidos pelo IIAA. Foi avaliada a atuação das enfermeiras que faziam visitas domiciliares, bem como se estudaram os programas de educação sanitária em andamento. Entrevistas com pacientes dos centros de saúde também foram realizadas. Os dados coletados permitiram uma descrição bastante confiável sobre

aspectos da medicina popular nos países estudados, incluindo informações sobre os tipos de doenças para as quais os pacientes consultavam médicos, e sobre aquelas que preferiam levar ao curandeiro ou tratar com remédios caseiros. Foi possível, ao mesmo tempo, verificar as relações, nem sempre bem-sucedidas, que se estabeleciam entre os centros de saúde e os atendidos.

A avaliação de 1953 destacou entre os dados obtidos: 1. A qualidade das relações interpessoais; 2. A relação entre medicina curativa e preventiva; 3. A Natureza da medicina popular; 4. Fatores culturais que incidem sobre Programas de Saúde Pública.

Uma rápida descrição sobre cada item e sugestões para superação de dificuldades esclarecerão sua importância.

1. *Relações Interpessoais.* A sugestão tida como óbvia pelo avaliador sobre a necessidade do estabelecimento de boas relações entre médicos, enfermeiras e outros técnicos e os atendidos dá a entender que alguns programas estariam muito aquém de seu potencial por causa das más relações interpessoais entre envolvidos.

2. *A relação entre medicina curativa e preventiva.* O antropólogo relatou que, em grande parte da América Latina, havia uma desconfiança profunda sobre os motivos e conhecimentos dos médicos. Muitas pessoas achavam que o curandeiro nativo sabia mais do que um médico. A sugestão, neste caso, seria o realce da medicina curativa como efeito demonstrativo de que o médico sabia o que estava fazendo. Ou seja, recomendava-se a oferta de uma quantidade razoável de serviços curativos para que se pudessem ampliar as condições para um programa preventivo. Essa orientação, de certa forma, apontava para a necessidade de se reavaliar a validade da utilização do modelo norte-americano, em que a medicina preventiva era o padrão, nos programas de cooperação em saúde.

3. *A Natureza da medicina popular.* O levantamento feito informa sobre as principais tendências entre os latino-americanos para se explicar as enfermidades, tais como: concepção humoral das enfermidades³²³; a ideia de que a limpeza periódica do estômago e trato intestinal por meio de purgativos seria essencial para a saúde³²⁴; a crença de que a extração de sangue

³²³ De acordo com esta concepção, a saúde seria resultado da presença equilibrada de quatro 'humores' no organismo: sangue, fleuma, bílis amarela e bílis escura. Cada um destes elementos se caracteriza por qualidades opostas de calor, frio, umidade e secura. Determinados aspectos desta teoria – em particular o conceito de calor e frio como qualidades do corpo, de tipos de enfermidades, e dos alimentos e ervas – se converteram em componente da crença popular da maioria dos povos latino-americanos (Ten Years... p. 19). Ver também: MINAYO, Maria Cecília de S. Saúde-doença: uma concepção popular de etiologia. Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro, (4), p. 356-362, outubro/dezembro 1998; e MAYNARD, Alceu Araújo. Medicina rústica. São Paulo: Nacional, 1961

³²⁴ Essa preocupação explica o extraordinário número de remédios herbários para "lavar o estômago" que são conhecidos e utilizados.

para exames em geral debilitam o paciente ³²⁵; a crença em causas sobrenaturais para certas enfermidades comum em todos os países ³²⁶e, nesse sentido, a concepção de existência de “doenças que não são para médico” e, ao mesmo tempo, a crença no poder dos curandeiros. O conflito entre a medicina popular e a medicina científica estaria resumido nas pessoas do médico e do curandeiro. Cada um representa a autoridade maior em seu campo. Em muitas comunidades o médico está em desvantagem, pois o curandeiro tem a confiança mais irrestrita dos ‘pacientes’. Isto se deve à natureza inerente do conhecimento de cada um e de sua prática, por um lado, e à desconfiança natural dos nativos, por outro. As técnicas de diagnóstico do curandeiro, por exemplo, não exigem questionamento elaborado e exaustivo do paciente, como a anamnese feita pelo médico.

Além disso, o médico raramente admite que um curandeiro possa curar coisas que ele é incapaz de tratar – um ponto de vista que a comunidade reluta em aceitar.

4. *Fatores culturais que incidem sobre Programas de Saúde Pública.* Sobre este aspecto, o antropólogo avalia que se os médicos e enfermeiras fossem mais tolerantes com as ideias de saúde e doença dos ‘nativos’, e reconhecessem alguns dos tratamentos populares – como, por exemplo, o isolamento, o banho, a dieta especializada, chás de ervas – é muito provável que haveria maior aceitação da medicina científica. Alguns exemplos reforçam esta orientação: no Chile, como em outros países, chás de ervas eram parte importante da farmacopeia dos curandeiros e a confiança popular neles era grande. Para diarreia infantil, alguns médicos prescreviam, além de outros remédios, os chás de ervas que eles sabiam ter a confiança do povo. Como beber boas quantidades de líquido é parte do tratamento para a diarreia, pelo dispositivo de chás, era possível assegurar a fervura e, portanto, água apropriada para consumo. Se os médicos dissessem simplesmente para “dar aos filhos água fervida,” as mães seriam muito menos propensas a seguir a instrução; mas pela introdução de tratamento em termos de crenças locais as mães se convenciam de que os médicos sabiam o que estavam falando e que a criança estaria bem cuidada (*Ten Years...*, p. 24)

Uma experiência no México fornece um exemplo notável de como certos padrões culturais exerciam influência sobre programas do Instituto de Saúde. Uma pesquisa mostrou que, em um grande centro de saúde urbano, 43% das mulheres cadastradas desertavam do tratamento pré-natal antes do parto, a maioria após o primeiro exame ginecológico. Em um

³²⁵ O que explica porque em algumas comunidades as autoridades de saúde têm dificuldades em realizarem exames de sangue para controle de certas doenças.

³²⁶ “Mal-olhado” é doença conhecida em toda a América Latina, recebendo denominações diversas: ‘mal de ojo’, ‘el ojo’. Certos indivíduos teriam o poder, muitas vezes não intencional e, por vezes desconhecido por eles mesmos, de causar doença em crianças pequenas, olhando, tocando, ou admirando-as (*Ten Years..* p. 20-21).

centro de saúde próximo, semirrural, a perda foi de apenas 21%. A explicação relacionava-se com as ideias mexicanas (e latino-americanas) sobre decoro e recato. O primeiro exame pré-natal representava um grande choque para a maioria das mulheres. Se o exame íntimo em si já era considerado embaraçoso por essas mulheres, o fato de ele ser feito por um homem – o médico – acentuava ainda mais o constrangimento. No pequeno centro, as mulheres eram cuidadosamente preparadas para a experiência. A enfermeira explicava o que seria feito e por que devia ser feito, esclarecia que provavelmente seria feito apenas uma vez durante o tratamento, e que ela, a enfermeira, estaria presente o tempo todo. No grande centro, as pacientes não tinham idéia do que estava por vir. Em um centro colombiano, praticamente não havia exame ginecológico. As mulheres se recusavam a apresentar-se, parcialmente, por causa de seus próprios sentimentos, e em parte porque seus maridos estavam indignados com a ideia de qualquer outro homem tivesse contato tão íntimo com suas esposas. Mesmo no Chile, onde os serviços de saúde em geral eram bem avançados, observou-se em um grande centro que o exame ginecológico era feito por uma parteira, o médico mal olhava para a paciente além de lhe tomar o pulso e auscultá-la. Por outro lado, em um pequeno centro de El Salvador, onde as mulheres foram bem preparadas pela enfermeira, como no caso daquele mexicano, houve pouco embaraço durante os exames e relativamente poucas deserções.

A impessoalidade da medicina científica aqui é destacada como uma barreira cultural de considerável importância: conceitos vigentes de pudor são incompatíveis com as exigências de tratamento médico. Pelo menos nos casos de pré-natal, uma explicação minuciosa e respeitosa poderia fazer os exames ginecológicos mais aceitáveis.

Outro episódio simples, mas significativo, foi empregado pelo pesquisador para ilustrar a importância da compreensão das configurações culturais dos países partícipes dos programas. Campanhas para construção de fossas sanitárias foram feitas em todos os países latino-americanos. A aceitação, em geral, foi boa, mas em alguns casos, elas terminaram como galinheiros ou ‘despensa’ para vários tipos de artefatos domésticos ou de trabalho³²⁷. A postura habitual no ato de defecação foi, talvez, o fato mais importante que pesou sobre a aceitação ou rejeição de latrinas. Um plantador de café, em El Salvador, preocupado com seus empregados, construiu uma série de latrinas, uma para cada casa, utilizando o modelo americano de assento sanitário. Ele ficou chateado quando seus funcionários se recusaram a usá-los. Finalmente, um velho ofereceu a sugestão: “Patrão, você não percebe que aqui

³²⁷ Como o caso relatado no capítulo 3 pelo entrevistado Sr. Atanael Batista Santana; p. 165.

fazemos de cócoras?" O plantador mandou arrancar os assentos e os substituiu por um piso perfurado na laje, e ficou satisfeito ao descobrir que a aceitação foi geral.

Situação semelhante ocorreu em El Salvador. Depois de um terremoto, em 1950, acampamentos temporários foram construídos para os desabrigados, incluindo modernos 'privies sanitary'. Sua aceitação foi limitada. Finalmente, percebeu-se que as pessoas estavam acostumadas a satisfazer as necessidades do corpo no mato, sob a sombra das árvores. Quando as latrinas foram movidas para campos abertos e colocadas sob as árvores, os requisitos psicológicos foram atendidos "e todo mundo ficou satisfeito". Em La Dorado, na Colômbia, o Servicio construíra latrinas que atendiam a todas as especificações culturais, mas não foram bem aceitas. O antropólogo descobriu que um motivo determinante foi a crença de que os maus odores em si mesmos eram portadores de infecção e causas de doença. Como o odor característico das latrinas não era agradável, muitas pessoas pensavam que era prudente não utilizá-las (*Ten Years...* p. 27).

Finalmente, o relator destaca que, de forma semelhante nos países estudados, a dificuldade de comunicação entre médicos e pacientes constituía-se num problema a ser enfrentado. Confirma a situação apresentada o fato de um número significativo de pacientes não saber o significado da orientação profilática após consulta ao médico. O desenvolvimento de uma melhor relação entre médicos e pacientes resolveria parcialmente esse problema. "O que parece simples e lógico para uma pessoa educada pode não ser tão fácil para uma menos 'educada', muitas vezes analfabeta" (*Ten Years...* p. 26). Outra dificuldade encontrada relacionava-se ao tempo que os pacientes 'perdiam' à espera do atendimento. O horário de funcionamento dos centros de saúde era incompatível com as necessidades cotidianas das mulheres, especialmente. Muitas mães reclamaram que, para atender à consulta, precisavam deixar as tarefas da casa por fazer³²⁸.

Em conclusão, o relatório ressaltava que o sucesso de programas de saúde pública dependeria de avanços e modificações que envolveriam dispositivos tecnológicos, sistemas de organização sociopolítica, mudanças de atitude e valores. Higiene corporal, por exemplo, seria mais do que uma questão de educação e persuasão. Implicaria inicialmente a presença de um sistema de água tratada. Mas um sistema moderno de distribuição de água demandaria manutenção; ferramentas e peças de reposição; energia para as bombas, e uma estrutura para administração e cobrança de contas, além de contratação de pessoal. Melhorar a higiene corporal, portanto, requereria dispositivos mecânicos, conhecimento técnico, novas atitudes, e

³²⁸ Relato semelhante foi feito por Fontenelle (1959, p. 89) ao avaliar a Unidade de saúde do SESP em Aimorés/MG. Ver página 243.

novos sistemas de cooperação. “O indivíduo que opera no pressuposto de que uma idéia superior ou técnica por si só, atrairão usuários, independentemente do contexto cultural em que é introduzida, vai enfrentar muitas experiências frustrantes” (*Ten Years...*, p. 28).

As sugestões do avaliador indicavam desafios para os programas bilaterais: 1. Discutir o significado da medicina popular e das práticas nativas de cura; 2. Observar a condição econômica da população e o ‘custo de vida’; 3. Compreender a organização sociocultural das famílias; 4. Considerar o nível de educação e alfabetização da população atendida; 5. Negociar condições e regras político-administrativas nos locais em que os médicos e outros funcionários seriam nomeados; 6. Conhecer alguns componentes das crenças religiosas da população que influenciam práticas cotidianas relacionadas aos processos de saúde/doença. 7. Conhecer o sistema de valores das comunidades para compreender a rejeição ou aceitação de certos estímulos.

Segundo o antropólogo, os planejadores de programas de saúde pública ainda deveriam ter em mãos outros tipos de dados: informações sobre linhas de crédito e os usos do dinheiro, a divisão do trabalho dentro da família, a utilização do tempo, horários de trabalho e de alimentação, práticas de culinária e dietética, bem como uma avaliação sobre o alcoolismo. Também seria proveitoso conhecer aspectos culturais que pareciam ter menor importância como agricultura, pesca, e outras ocupações produtivas, técnicas industriais, comércio, festas religiosas e rituais da igreja, cerimônias de casamento, costumes funerários, música e contos populares.

O antropólogo, que participou da primeira avaliação, e também desta última, destacou que utilizou dados coletados por outros pesquisadores, que cerca de vinte anos antes já estudavam aspectos relativos às culturas latino-americanas. Estes trabalhos iniciais representaram um valioso estoque de ‘capital científico’ acumulado e um ponto de partida. A descoberta, classificação e interpretação dos fatos novos apontavam o caminho para a continuidade das pesquisas. De acordo com sua opinião, este processo tornou possível a solução de variados e complexos problemas técnicos, sinalizando, conseqüentemente, para conveniência de sua utilização prática.

É importante ressaltar que as demais questões realçadas pelo relatório de 1953 – referentes à organização burocrático-administrativa; às relações estabelecidas com os departamentos, secretarias ou ministérios nacionais e/ou locais responsáveis pelo sistema da saúde pública em cada país; aos aportes financeiros pelas partes envolvidas; questões político-diplomáticas; organização dos programas de saneamento, de treinamento de pessoal e educação sanitária – fizeram-se acompanhar por observações de cunho sociocultural. Ao que

parece, a presença do antropólogo na equipe – dado que Foster reconhecia a importância de se compreender também as culturas das "organizações inovadoras", ao invés de se concentrar apenas sobre as culturas dos "grupos-alvo" (FOSTER, 2000, p. 162) – reforçou tal perspectiva.

Nesse sentido, o antropólogo, aproveitando-se dos dados levantados para a América Latina³²⁹, discute em seu livro publicado em 1962³³⁰ o impacto do desenvolvimento tecnológico sobre costumes tradicionais, levando em conta tanto os limites relacionados com as culturas receptoras e/ou exportadoras de 'tecnologias', quanto os aspectos culturais relacionados à gênese e atuação das 'organizações inovadoras'. Ou seja, para Foster era tão importante entender a cultura do grupo destinatário como a da burocracia inovadora, pois, se de um lado os grupos destinatários resistiam a certos estímulos inovadores, de outro os planejadores tinham dificuldades em aceitar que muitas 'falhas' se relacionavam à estrutura da organização e ao padrão de procedimentos operacionais (FOSTER, 1964, p. 163-177)³³¹.

Nesta última perspectiva, o relatório sobre os dezoito anos de atividades do SESP 'brasileiro' nos dá uma medida de seu entendimento sobre o problema. Entre outros apontamentos, o relatório (*The Brazil–United States Cooperative...* p. 25-36; 51-60) privilegia anotações sobre a organização político-administrativa da agência de saúde e as relações estabelecidas com órgãos afins e/ou congêneres. Lamenta que o 'lado brasileiro' renuncie ou atrase sua contrapartida financeira aos projetos iniciados; deplora ajustes políticos realizados nas esferas públicas correlacionadas como sintomáticos da 'cultura política brasileira'; elogia a postura 'sespiana' por se manter livre de tais conchavos; estimula os reformuladores da transição em andamento – o SESP deixa de ter autonomia financeira e organizacional e torna-se vinculado ao Ministério da Saúde – , em 1960, a conservarem os princípios e métodos originais. No geral, as dificuldades encontradas referiam-se a problemas de operacionalidade da parte dos brasileiros.

Neste relatório, não há um capítulo específico sobre questões culturais como no *Ten Years of Cooperative Health in Latin America – An Evaluation*. Alguma distinção cultural

³²⁹ Além da América Latina George Foster visitou e/ou orientou trabalhos na Ásia, África e Europa, aos quais também faz referências.

³³⁰ Este foi seu livro mais vendido, mais de 100.000 cópias em Inglês. Ele também foi traduzido para o espanhol, português (As culturas tradicionais e o impacto da tecnologia. Rio de Janeiro: Editora Fundo de Cultura, 1964), holandês, e farsi (persa).

³³¹ Em 1969, Foster publicou o livro *Applied Anthropology*, desta vez, enfatizando especialmente questões sobre saúde e medicina. Esse livro aprofunda a discussão teórica, em relação ao primeiro livro, mas mantém praticamente todos os exemplos utilizados anteriormente. Livro traduzido para o espanhol (FOSTER, George. *Antropología Aplicada*. México, FCE: 1974).

aparece quando se caracteriza a população brasileira e esboça-se um quadro sobre as enfermidades prevalentes em território nacional (*The Brazil...*, p. 1-6). São destaques o analfabetismo, a migração interna e o predomínio da vida rural, sem mais aprofundamentos.

É muito provável que a orientação de cada um dos relatórios seja perpassada pela perspectiva dos componentes da equipe avaliadora. A presença de um antropólogo no relatório de dez anos dos serviços cooperativos na América Latina e a de um economista no relatório de dezoito anos do SESP no Brasil podem ser tomadas como elementos que ajudam a entender o caráter mais sociocultural do primeiro, e mais político-econômico do segundo.

Se por um lado, os relatórios avaliativos estão perpassados pela mentalidade pragmática e utilitarista que caracteriza o *american way of life*, por outro, os resultados e dificuldades descritos relacionam-se com a realidade latino-americana (e brasileira) permeada por seus distintos valores e tradições. Neste sentido, os relatórios e os resultados apontam, cada qual, para diferentes visões de mundo que, por sua vez, projetam distintos horizontes de expectativas articulados com o contexto nacional e internacional das décadas de 1940 a 1960.

Aproximações

Apesar do relatório de 1961 não fazer referência ao que Foster chamou de ‘aspectos culturais’, no primeiro relatório, é possível recuperar em outros documentos e em artigos da *Revista e do Boletim do SESP* (como visto no capítulo 1)³³², uma caracterização cultural subtendida pela utilização de termos como ignorância, apatia e superstição, para descrever as condições de vida das populações-alvo dos programas de saúde e saneamento tanto no vale Amazônico quanto no Vale do Rio Doce; e mesmo para justificar as mazelas que dominavam o interior brasileiro. A sugestão de que a “apatia, ignorância e superstição contribuem para o

³³² Caso do artigo “Assistência aos mineiros da mica”, de Eugene H. Payne (Janeiro de 1944). Nas entrelinhas de outro artigo, publicado no Boletim do SESP (Fevereiro de 1944), assinado pelo engenheiro Edward J. Cleary (Redator Chefe de “Engineering News Record”), é possível perceber o estranhamento do engenheiro quando as condições socioculturais locais. O título do artigo, “*Rover boys on the Rio Doce*”, traduzido em sub-título como “*Bandeirantes do Rio Doce*”, sugere que a vinda e/ou a estadia no vale tinha algo de aventureiro, perigoso e desafiador. O artigo foi escrito por Edward J. Cleary – quando esteve em visita ao Rio Doce. O Boletim indica que, embora o artigo não “possa ser classificado como muito sério”, ele foi traduzido por encerrar “alguns bons conselhos”. O próprio Edward J. Cleary adianta que “coisas técnicas serão contadas em outro artigo” e que neste o que vai “contar são coisas que em geral não entram nos artigos”. É quase como anedota que o engenheiro relata a viagem que fez, juntamente com mais dois companheiros (“Ralph Ross, chefe de publicidade da Divisão de Saúde e Saneamento no Brasil, e em outros países; outro era Rubem Braga, um jornalista brasileiro”), à região das minas (Itabira) e área de exploração da mica. O engenheiro descreve tipos humanos e percalços da viagem. O título do artigo em questão faz analogia a uma ‘Série’ de ficção juvenil que conta histórias de três irmãos aventureiros; de grande sucesso nos EUA, desde o início do século XX a série foi readaptada durante várias décadas.

aumento das doenças”, e comentários semelhantes são recorrentes nos relatórios apresentados pelos técnicos à superintendência da agência³³³.

Sobre este ponto, é necessário que se faça uma ponderação. Os mesmos termos aparecem nas descrições levantadas por Palmer (2010) sobre as populações caribenhas que receberam a colaboração da Rockfeller: apatia no sentido de letargia, desorientação ou falta de vigor, causada pela ancilostomíase; ignorância, no sentido da indisponibilidade (ou resistência) para mudanças de hábitos; superstição, no sentido mesmo de crenças no sobrenatural. Sua recorrência nos registros do SESP indica, de um lado, a repercussão da perspectiva ‘rockfelliiana’ sobre a América Latina, e de outro, a perspectiva médico-social predominante de individualizar a saúde e a doença. Nesse sentido, a caracterização das populações atendidas pelo SESP, ao que parece, seguia um pensamento social já estabelecido externamente (mas também internamente) sobre as populações pobres e/ou rurais, tanto no Brasil, como em outros países da América Latina.

Os estudos de Kalervo Oberg e Luiz Fernando Raposo Fontenelle, comentados no capítulo 1, abordam aqueles ‘aspectos culturais’ apontados por George Foster no relatório de 1951. Neles, também são encontradas referências à ignorância e à apatia, à superstição, ao analfabetismo e ao isolamento como características descritivas das comunidades-alvo. Os estudos de Fontenelle (1959) e Oberg (1956) indicam semelhanças entre a população pobre da zona urbana (Aimorés) e da zona rural (Chonin de Cima), seus fazeres, saberes e perspectivas, além da similaridade entre a população mais abastada nas duas localidades. Considerando os mesmos aspectos socioculturais, a população de renda mais alta estaria mais propensa e aberta às mudanças, enquanto a população mais pobre estaria mais aferrada em seus costumes tradicionais e mais resistente a alterações que os modificassem.

Em outro texto, de 1971³³⁴, Fontenelle explicou que os estudos realizados na década de 1950 delineavam um sistema de estratificação com duas camadas básicas e um grupo intermediário que apresentavam traços socioculturais próprios, podendo ser situados em “dois conjuntos de categorias ou subculturas: um substrato “caboclo”, entendido por seu significado cultural, e um outro tradicionalmente cosmopolita e metropolitano” (FONTENELLE, 1971, p. 9-11). Neste texto, o autor, referindo-se à subcultura cabocla, compartilha com a descrição feita por Oberg (1956) sobre a população rural de Chonin de Cima, e afirma que ela “parece

³³³Pode-se encontrar, por exemplo, nos documentos: Fundo FSESP/ Divisão de Engenharia Sanitária, caixa 33, documentos 33/36/37; e Caixa 34, documento 43/Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz.

³³⁴ FONTENELLE, L.F. Raposo. A comunidade no Brasil: um estudo tentativo para sua configuração. In Revista de Ciências Sociais, vol. 2, nº 2, Fortaleza, UFC, pp. 5-14, 1971.

fornecer-nos uma imagem – ainda que excessivamente ortodoxa e independente de interferências regionais e de mudanças culturais – que conservamos como um compêndio do portador dessa subcultura” (1971, p.11). O seguinte trecho merece registro, pois a descrição que faz do morador de Chonin de Cima o aproxima do morador pobre de Aimorés, “área-problema” para o SESP:

A simplicidade do ambiente cultural define a personalidade do morador de Chonin de Cima e seus contatos com o mundo exterior tiveram pouco efeito na sua maneira de vida e na forma de exploração da terra [...]. O analfabetismo restringe seu horizonte, limita sua compreensão das possibilidades abertas para ele. [...]. Nada em sua vida é marcado pelas horas do relógio. [...] Suas rústicas ferramentas, mobília, e equipamentos são utilizados, sem manutenção, até que tenham que ser substituídos. [...]. Esta negligência e indiferença com a manutenção, transformam-se num problema grave quando transferidas ao uso de equipamento mais sofisticado, um caminhão, por exemplo. Só se pensa em reparos depois do estrago, como se pensa na saúde somente depois que a doença apareceu. [...] A consciência cívica e comunitária são pobremente desenvolvidas. [...] A concepção religiosa fatalista superestima as forças da natureza, Deus, os santos, e outras forças sobrenaturais e mágicas. [...] A sua atitude diante do mundo exterior é de apatia” (OBERG, 1956, p. 9-10, *apud* FONTENELLE, 1971, p. 11-12).

Nas avaliações que os dois pesquisadores fizeram sobre os projetos que o SESP desenvolvera nas duas localidades, é possível perceber os limites culturais e sociais que marcaram a introdução das novidades médico-sanitárias e de tentativa de (re)organização de comunidades.

O caso de Aimorés

Os estudos encomendados pelo SESP em meados da década de 1950 tiveram como objetivo o levantamento e análise de informações sobre as comunidades trabalhadas, visando futuras intervenções. Essa foi a orientação que fundamentou tanto o trabalho de Fontenelle como o de Kalervo Oberg, respectivamente em Aimorés e Chonin de Cima. Na perspectiva de Fontenelle (1959, p. 9), “tornando conhecidas as linhas gerais que caracterizam a Medicina Popular em uma região brasileira, facilita-se uma ação altamente proveitosa que poderá advir futuramente das atividades dos Serviços de Saúde Pública”. Os dois pesquisadores, a partir dos aspectos levantados, elaboraram uma avaliação dos Programas do SESP em andamento naquelas comunidades sob sua observação.

Em Aimorés, o SESP havia organizado uma Unidade Sanitária³³⁵ cujo propósito inicial “era o emprego de uma medicina de caráter puramente preventivo, originando um Centro de Saúde em zona urbana com populações de fisionomia tipicamente rurais” (FONTELELLE, 1959, p. 77). A Unidade atendia prioritariamente a gestantes e crianças até a idade de quinze anos, com serviços de laboratório, vacinação, serviços dentários, lactário, distribuição de medicamentos, orientações às parteiras e gestantes. A Unidade contribuía mensalmente com um hospital local para que nele fossem realizados os partos e as intervenções cirúrgicas por ventura necessárias. Na época da pesquisa, a Unidade contava com três médicos, uma enfermeira, um auxiliar de educação sanitária, um grupo de visitadoras, atendentes, auxiliares de saneamento, um laboratorista e seu auxiliar, e o pessoal de administração e da conservação do prédio (FONTENELLE, 1959, p. 75-76).

As primeiras observações do pesquisador incidem sobre a formação do pessoal especializado da Unidade de Saúde e sobre a construção e localização do prédio da Unidade de Saúde. Quanto à primeira questão, os médicos, enfermeira, laboratorista e educador sanitário possuíam formação adquirida em capitais, o que já os distinguia. As visitadoras e os auxiliares (guardas) sanitários foram preparados em cursos orientados pelos médicos e engenheiros que lhes ministravam ensinamentos de acordo com sua concepção e formação acadêmica. Os atendentes receberam uma dose menor de preparação, porém, dentro dos mesmos modelos fornecidos pelos seus superiores na Unidade de Saúde. Sobre o prédio em que funcionavam os serviços prestados, destaca-se a sua localização afastada do centro comercial e residencial da cidade; apesar de ficar numa das duas ruas principais³³⁶, distanciava-se de alguns dos bairros pobres em quilômetros. Sua arquitetura funcional – entrada ajardinada; gabinetes médicos e de imunização, sala de enfermagem, laboratório e sala de palestras dando para um pátio central com bancos³³⁷ – diferenciava-o de outros prédios públicos ou residências da região (FONTENELLE, 1959, p. 76).

O tipo de construção e a localização do prédio que abrigava a Unidade de Saúde, logo permitiram ao pesquisador perceber que constituíam uma limitação à frequência da população

³³⁵ De acordo com Bastos (1993, p. 168), as Unidades sanitárias seriam “unidades de ação mais ampla, situadas nas sedes dos municípios e que proviam assistência médica permanente à criança, à gestante e ao adulto e desenvolviam ainda as seguintes atividades: controle das doenças transmissíveis, enfermagem e educação para a saúde, saneamento básico, coleta de dados de estatística vital. Em áreas selecionadas, acrescentavam-se a essas atividades, odontologia sanitária e operação de Dispensário Regional de Tuberculose”.

³³⁶ Era comum, na região, as cidades acompanharem o traçado da EFVM. Então as duas ruas principais de Aimorés eram bastante longas. O SESP ficava na ponta de uma dessas ruas e distante dos bairros mais próximos da outra ponta.

³³⁷ O SESP manteve o mesmo padrão arquitetônico para os prédios de suas Unidades em praticamente todas as localidades em que foram construídas.

à Unidade, mesmo que não fosse o principal entrave. As pessoas que precisavam comparecer ao prédio do SESP, especialmente, os moradores de bairros pobres mais distantes, na falta de qualquer condução automotiva, teriam que fazer o trajeto a pé, exigindo-se disponibilidade de tempo para o percurso de ida e volta, além do tempo de espera pelo atendimento. Para as mulheres, especialmente mães e gestantes, isto significaria um esforço maior, fosse para o cuidado consigo ou para levar suas crianças, pois deixar as atividades domésticas ou ter alguém para cuidar da casa e dos filhos nem sempre era possível (FONTENELLE, 1959, p. 89). Além disso, podemos avaliar que o próprio aspecto asséptico da Unidade provocava algum constrangimento: no pátio de espera, todos se expunham à vista de conhecidos e desconhecidos, antes e depois do atendimento e, além disso, o uso dos banheiros devia ser motivo de desconforto numa comunidade que há bem pouco tempo começara a utilizar as privadas higiênicas também construídas sob a orientação do SESP.

Segundo a observação de Fontenelle (1959, p.81), os mais abastados preferiam o atendimento médico particular e evitavam recorrer à Unidade de Saúde, a não ser em busca de vacinação para suas crianças. O pesquisador observou que as mulheres “ricas” não permaneciam junto às outras à espera do atendimento, mas passeavam pelo jardim ou pelo pátio da Unidade ou, em pé, conversavam com as atendentes, indicando o incômodo que a espera entre “gente pobre e mal cheirosa” representava. Ao mesmo tempo, o autor ressalta que nas “classes superiores” já se verificava a tendência de se adotar os padrões de comportamento tidos como comuns nos grandes centros, entre eles, a incredulidade e o desapego em relação às práticas da medicina popular e o interesse por uma nova educação para as gerações mais jovens (Fontenelle, 1959, p. 76-77).

A dificuldade principal, entretanto, de operacionalização da Unidade de saúde de Aimorés, relacionava-se ao antagonismo entre a concepção de saúde e formas de terapêutica popular da maioria da população local pobre, notadamente, e os princípios da medicina científica, representados pela concepção e atuação do pessoal especializado do SESP. Segundo a análise havia um estranhamento mútuo entre os pacientes e os médicos; os primeiros desconfiavam da parafernália e das explicações racionais dos médicos, bem como tinham dificuldade diante de sua atitude formal no atendimento e estes últimos, por sua vez, desconheciam, quando não ridicularizavam, as concepções e terapêuticas da medicina popular, comumente reconhecidas e utilizadas.

Fontenelle (1959, p. 77-81) levantou uma série de fatores que ilustram esta incompatibilidade, a começar pela projeção profissional e social que acompanha o médico em pequenas localidades. Mesmo sendo portador de certa notoriedade, o realce de sua pessoa

estaria condicionado à sua capacidade curativa, medida com base nos conceitos dominantes nas camadas pobres: rapidez da cura, simplicidade do tratamento, emprego de remédios acertadamente eficazes. Outro fator seria a diferença de valores que orientavam o médico e o paciente pobre, cada um, depositário de uma determinada expectativa e conhecimentos. Estas divergências inibiam, por parte do paciente, a busca espontânea pelo atendimento médico mais amigável e com a urgência necessária (recorria-se ao médico em última instância); acentuavam a desconfiança no efeito da medicação indicada e diminuía as chances de as prescrições serem seguidas. Por parte dos médicos, na presunção de que pertencia somente a ele o juízo sobre a conduta do doente, verificava-se postura de intolerância e atitude acusativa e agressiva diante do paciente que recorreu à medicina popular, retardou a consulta ou não atendeu à sua orientação. De acordo com a avaliação de Fontenelle (1959, p. 80), “a discordância agrava-se com a insistência de um e com a resistência do outro. As conseqüências naturais dessas divergências cristalizam-se nas atitudes antagônicas assumidas por ambos os lados”. Nesse sentido, uma das dificuldades em consolidar as práticas da Medicina Científica em substituição aos antigos hábitos da população é o choque entre as duas posições, cada qual certa de sua correção.

Outra situação tencionada era a forma de relação estabelecida entre a Unidade de Saúde e a população atendida. Duas orientações conflitavam-se e certamente confundiam os que precisavam de atendimento. A presença das visitadoras sanitárias pautava-se pela ideia de que os contatos fossem realizados com base na confiança e na familiaridade adquirida nas constantes visitas; esperava-se que a cordialidade estabelecida e a simpatia das visitadoras garantissem bons resultados nos inquéritos e encaminhamento das gestantes e crianças para o atendimento médico. Entretanto, em muitos casos essa intimidade conseguida pela visitadora era confrontada pela impessoalidade ou demora do atendimento na Unidade, onde o/a paciente ficava no pátio esperando a “sua vez”, independente da sua disponibilidade. Um depoimento de uma antiga visitadora e (depois enfermeira) do SESP pode ilustrar a situação:

Menino tá com febre, então leva lá no SESP, eles nem sabem como que fazer pra verificar a temperatura. Então a saúde aqui era muito pobre, a região não tinha recursos médicos. (...) E tinha o SESP. Mas o SESP tinha aquela coisa do americano. Eles agendavam a consulta. Muitas vezes que o visitador chegava nas casas, as mães brigavam com as pobres das moças. Por que: “Olha eu fui lá consultar o meu filho, mas me deram esse papelzinho pra mim voltar daqui a 15 dias, daqui um mês. Ele tá mal, você que ele morre, pra depois levar o defunto lá”. As visitadoras sofriam. (...) Só uma coisa o americano tinha. Eles proibiam a gente tomar, comer nada nas casas. Nem do rico nem do pobre. Por que eles diziam assim “se você comer na casa do rico, e o pobre souber, e você não comer na casa dele, ele pode ficar com raiva”. Ai você fala do Serviço, ele não aceita. Ou se oferecer café, você fala que não gosta de café. Se oferecer um suco, você fala que de manhã já

tomou. Arranja uma desculpa, mas não toma nem água nas casas. Isto é, era proibido pegar criança também. Uma vez eu saí com um educador sanitário. Eles fizeram um curso e o rapaz chegou e começou a pegar os meninos. E uma mulher falou “é, o senhor pega os meninos da gente, mas ela aí não pega não”. Eu falei assim “a gente não pega, por que a gente está empoeirada, ele tá todo empoeirado”, falei na cara dele. Por que vem da rua. Sai de outra casa. E pra não pegar o bunitinho e deixar os “catarrentos”, né! Às vezes a casa do vizinho ao lado tinha boa condição sócio-econômica e a outra não. (Entrevista com a Sra. Graginna Vidal de Moraes Lopes, visitadora e enfermeira do SESP/Aimorés. Entrevista em 15/10/2009. Acervo do Núcleo de Estudos Históricos e Territoriais)

Além de experiências como essas, a eficiência das visitadoras era diminuída por sua própria pressa em preencher as fichas de visitação omitindo detalhes de importância. Por sua vez, havia médicos que não liam as anotações das visitadoras, o que tornava a ligação com a comunidade prejudicada. O distanciamento era reforçado pela conduta de algumas atendedoras que, sobrecarregadas de trabalho, reprimiam impacientes algumas queixas e pedidos de atenção (FONTENELLE, 1959, p. 83-87).

Ainda no caso das visitadoras, algumas falhas na organização do trabalho prejudicavam os resultados esperados. Não era fácil vencer o estranhamento causado por sua presença na intimidade das moradias; mesmo que algumas das visitadoras fossem de Aimorés, seu círculo de relações era restrito e o alcance de sua penetração social era reduzido. Além disso, o frequente rodízio das visitadoras, para “quebrar a rotina”, não criava vínculos e as visitas rápidas davam idéia de “fiscalização”; o choque entre as recomendações e os hábitos comuns gerava desconfiança, má vontade e apatia (Fontenelle, 1959, p. 83-85).

Na maioria das vezes, repete-se maquinalmente um “sim sinhô” ou “não senhora”, “pois é”, “é sim” para evitar discussões e aborrecimentos. Entretanto, continua-se a praticar os mesmos hábitos escondendo-os, porém, da visitadora. Os conselhos produzirão resultados diminutos porque vêm de pessoas com quem não se tem convivência e se chocam com as crenças já consagradas (FONTENELLE, 1959, p. 85).

Outras duas situações conflitantes entre a Unidade e a população atendida, segundo a observação de Fontenelle (1959, p. 88-92), seriam a inexistência de expediente emergencial e a forma de distribuição de medicamentos cuja quantidade ou qualidade desapontava os frequentadores da Unidade que, por sua vez, não via fundamento nas reclamações feitas. Esta questão é relevante porque comporta diferentes entendimentos sobre os processos e mecanismos de cura, por parte dos médicos que confiavam na terapêutica que indicavam, e por parte da população que desconfiava de algumas, como era o caso da prescrição de

comprimidos, “desprezados pelos seus efeitos fracos e retardados”³³⁸ (FONTENELLE, 1959, p. 91).

Diferenças ficavam também evidentes em relação à atividade das parteiras “curiosas”. Em Aimorés, sua atuação não se distinguia das práticas de partejamento existentes em Chonin de Cima, como descrito por Kalervo Oberg. Do mesmo modo como ocorreu em outras localidades, o SESP tratou de identificar as parteiras e de tentar colocá-las sob sua supervisão, por meio de cursos e distribuição de material e medicamentos. Entretanto, a participação das “curiosas” foi limitada por muitos fatores. Em primeiro lugar, a Unidade teve dificuldade de localizar todas as parteiras atuantes. Além disso, a sua frequência não era tão simples: para participar do curso ou reunião, às vezes percorriam grandes distâncias, sob sol ou chuva; deixavam outras ocupações domésticas; preocupavam-se com uma roupa adequada para o comparecimento ao local determinado. Nenhuma vantagem do ponto de vista financeiro estava garantida, pois poderiam ter prejuízo se perdessem um trabalho por estarem fora de casa. Além do mais, não havia punição ou recompensa que merecessem maiores preocupações. Recorrer ao apelo moral não resultava em grandes mudanças de posicionamento, pois as parteiras se sentiam preparadas para o ofício que aprenderam com as mães ou avós, todavia abominado pelos médicos. Nesse sentido, compreende-se a pequena frequência e assiduidade das “curiosas” às reuniões programadas; das 22 que foram registradas na Unidade Sanitária na época da pesquisa, somente quatro compareceram às três aulas realizadas no mês de fevereiro de 1956, e sete não assistiram a nenhuma (FONTENELLE, 1959, p. 96-99).

Lentamente, algumas parteiras foram convencidas a encaminharem as gestantes para a Unidade de Saúde, onde teriam acompanhamento médico. Entretanto, chegada a hora do parto, o SESP encaminhava a parturiente para o Hospital local e muitas mulheres reclamavam do tratamento impessoal e do distanciamento entre o médico e a parturiente (o médico não era o mesmo da Unidade), da comida oferecida, dos cuidados dispensados. Desta forma, muitas gestantes preferiam a assistência das “curiosas” e o parto feito em casa, o que não as separava do ambiente doméstico e familiar. O nascimento de uma criança não tinha, afinal, outro significado senão aquele da continuidade da vida comum, e a mãe rapidamente estava de volta às suas obrigações (FONTENELLE, 1959, p. 92-99).

³³⁸ Dentro dos quadros da Medicina Popular, os comprimidos que serviam para uma doença não poderiam ser aplicados em outra e havia uma verdadeira aversão sobre essa forma de medicação. Muitas vezes eram recebidos na Unidade do SESP e jogados fora em seguida. Alguns reclamavam que eram amargos, outros que lhes prejudicavam o estômago. Muitos pacientes preferiam a injeção dada pelo “Irineu da Farmácia” (FONTENELLE, 1959, p. 92).

As observações do autor levam-no a concluir que faltava à metodologia utilizada pelo SESP um mecanismo que favorecesse o interesse e a motivação para a mudança de “hábitos e noções profundamente arraigados na mentalidade de uma população”. Tanto a forma como a concepção desconsideravam o ponto de vista e o universo sócio-cultural daquela comunidade. A constatação de que pelo menos sete das 22 parteiras contatadas, a despeito da orientação do SESP, continuavam a usar as velhas e condenadas práticas de partejar e o fato de que, independente disso, continuavam sendo solicitadas, são dados reveladores da tensão existente entre os métodos da Medicina Popular e aqueles defendidos pela Medicina Científica (FONTENELLE, 1959, p. 97 e 99).

Acrescente-se a ressalva de Fontenelle (1959, p.101-102) de que esta tensão é também perpassada pela dinâmica econômica da cidade de Aimorés. Em sua avaliação, a reduzida e “relativamente esclarecida classe dominante” partilhava ideias importadas dos grandes centros e era desfavorável aos hábitos sanitários das classes pobres; e essa, por sua vez, “reage segundo as suas imagens e representações do que é certo e positivo”, mantendo a popularidade dos benzedeiros e curandeiros, e o emprego generalizado de chás, sumos e garrafadas.

Diante das condições levantadas, Fontenelle recomenda um longo programa de reabilitação econômica e social da população pobre de Aimorés como “via para a transformação do comportamento sanitário da população”. O pesquisador defende um programa paralelo de ação educativa que leve em consideração o “conhecimento da estrutura social, da mitologia, do conjunto de crenças por onde o morador “pobre” orienta o seu comportamento” (FONTENELLE, 1959, p. 102).

O caso de Chonin de Cima

Na década de 1950, a Divisão de Educação Sanitária do SESP tomou a metodologia de organização de comunidade como parte integrante da sua filosofia de trabalho (RIOS, 1957, p.20-21). No Médio Rio Doce, três projetos experimentais serviriam de parâmetro para futuros investimentos e avaliação da metodologia³³⁹. Nesta pesquisa, tomaremos somente o caso examinado por Oberg como referência.

³³⁹ Entre março e agosto de 1953, o SESP realizou o seu primeiro curso para Educadores Sanitários. O curso recrutou moças e rapazes com formação universitária em diversas áreas de trabalho do SESP que participaram de três módulos de formação: no primeiro (um mês), foram distribuídos em várias unidades sanitárias para observação dos problemas de saúde de comunidades rurais; no segundo módulo, foram reunidos no Rio de Janeiro (entre março e julho, dezenove semanas) para preparo teórico e vistas técnicas; no último módulo e como forma de estágio, no mês de agosto (entre os dias três e 28), os

O projeto “Núcleo Experimental de Cooperação Rural em Chonin de Cima”, instalado em 1951, surgiu da idéia de que certas comunidades marcadas pelo tripé “doenças, analfabetismo e pobreza” poderiam alcançar maior e mais rápido progresso se as agências públicas envolvidas atuassem conjuntamente. A filosofia subjacente ao projeto pressupunha que o trabalho em equipe, cooperação e suplementação de atividades poderiam surtir mais efeito do que a atuação isolada atingindo simultaneamente o indivíduo, a família, e a comunidade. Para demonstrar o alcance desta ideia, o IAIA, em parceria com órgãos públicos locais, estaduais e federais, concebeu o projeto piloto em evidência, visando demonstrar: a viabilidade de trabalho conjunto, poupando recursos econômicos e humanos; a importância da aproximação cooperativa entre campos diversos – agricultura, educação, saúde e transporte; o valor da prática de métodos cujo fim é “ajudar as pessoas a se bastarem a si mesmas”; a combinação possível de diferentes projetos num centro de comunidade em área rural (OBERG, 1956, p.137-138).

As instituições seguintes, participantes do Projeto em Chonin, teriam cada uma, atribuição conforme sua natureza (OBERG, 1956, p. 140-144; BASTOS, 1993, p. 334-335):

1. SESP
2. Associação de Crédito e Assistência Rural (ACAR) ³⁴⁰
3. Departamento Nacional de Educação, do Ministério de Educação e Saúde
4. Secretarias do estado de Minas Gerais
 - a. Secretaria de Saúde e Assistência
 - b. Secretaria da Agricultura, Indústria, Comércio e Trabalho
 - c. Secretaria da Educação
 - d. Secretaria de Viação e Obras Públicas
5. Prefeitura do Município de Governador Valadares

capacitados foram enviados para Baixo Guandu e Governador Valadares, em duas turmas, para realização de trabalho prático de tentativa de organização de comunidade (BASTOS, 1993, p. 378-380). Em 1954, uma nova experiência desenvolveu-se em Vila Lenira, bairro popular na cidade de Colatina. Na ocasião o SESP investia na instalação de um sistema de abastecimento de água para atendimento aos moradores. Então, sob a coordenação do sociólogo José Arthur Rios (da divisão de Orientação Técnica do SESP) e com a participação de um grupo de seis alunos de Curso de Educação para a Saúde, em andamento, desenvolveu-se um projeto de organização de comunidade que pretendia envolver a população local na discussão e execução da obra de saneamento, que envolvia a Prefeitura e a Unidade de Saúde (BASTOS et alli, 1956, p. 599-610).

³⁴⁰ACAR – A Associação de Crédito e Assistência Rural (ACAR), foi criada no Estado de Minas Gerais, em 6 de dezembro de 1948, através do convênio entre o governo mineiro e a *American International Association for Economic and Social Development* (AIA), instituição fundada pela família Rockefeller. O convênio propunha estabelecer um programa de assistência técnica e financeira que possibilitasse a intensificação da produção agropecuária e a melhoria das condições econômicas e sociais da vida rural. Cf: BORGES, Maria Eliza L. A. Utopias e Contra-Utopia: Movimentos Sociais Rurais em Minas Gerais (1950-1964) Belo Horizonte, UFMG, 1988. p. 59 (Dissertação de Mestrado).

Para iniciar os trabalhos, o SESP realizou um diagnóstico³⁴¹ da localidade e a partir dele foram priorizados três programas – agricultura, educação e saúde. O primeiro destinava-se a melhorar e modernizar os métodos de cultivo e criação utilizados, fornecendo sementes selecionadas, ferramentas, adubo, inseticidas e vacinas, a preços baixos e com orientação e assistência técnica aos fazendeiros. O programa de educação visava melhorar a condição física das escolas – fornecendo carteiras, material escolar e bombas para abastecer os prédios de água – e melhorar os métodos e currículo de ensino usado. O programa de saúde seguiu a programação do SESP – assistência médica, saneamento ambiental e educação sanitária³⁴² (BASTOS, 1993, p. 335-336). O plano criou uma Comissão Consultiva formada pelos diretores de todas as agências implicadas para decidir a política, o programa, o orçamento, e o pessoal; um Comitê Executivo com representantes das mesmas instituições para orientar e supervisionar o projeto, e um Conselho de Comunidade, composto por representantes da comunidade: dois trabalhadores, duas senhoras e duas crianças (BASTOS, 1993, p. 335). Este Conselho de Comunidade teria caráter puramente consultivo e nenhuma função executiva ou administrativa, sendo apolítico por natureza.³⁴³

Para coordenar a execução do projeto, foi escolhido inicialmente o agrônomo da ACAR que, entretanto, não permaneceu na função, sendo substituído por um ex-professor da escola local. Esse coordenador não conseguiu levar adiante o projeto e seis meses depois também foi substituído por um técnico agrícola – ambos careciam de qualificação e habilidades para a função, o que inviabilizou a continuidade dos programas. De acordo com Oberg, nem o ex-professor nem o técnico agrícola tinham formação universitária, o que no Brasil era um símbolo de status. Isso resultou, de um lado, na depreciação do coordenador local pelos técnicos das agências e, de outro, em certa agressividade do coordenador para compensar a sua sensação de inferioridade (OBERG, 1956, p. 143).

No final do ano de 1952, os órgãos que definiram a organização do projeto de cooperação optaram por seu encerramento, considerando-o fracassado³⁴⁴. Bastos (1993, p.

³⁴¹ Conforme FIGUEIREDO (2010, p. 264) “O Projeto Chonin correspondeu à primeira experiência de “organização de comunidade” promovida pelo SESP e contou com o acompanhamento de Oberg, do estudante da Escola de Sociologia e Política Alfonso Trujillo Ferrari e do sociólogo do Sesp José Arthur Rios.

³⁴² FSESP, cx. 23, doc. 45 - “Núcleo Experimental de Cooperação Rural Chonin de Cima” - Governador Valadares, MG. Projeto: MG-GVA-4.A

³⁴³ FSESP, cx. 23, doc. 45 - “Núcleo Experimental de Cooperação Rural Chonin de Cima” - Governador Valadares, MG. Projeto: MG-GVA-4.A.

³⁴⁴ O Dr. Hermírio Gomes da Silva, em entrevista em 31/05/2008, revelou certo desdém pelo Projeto em Chonin e pela inclusão das Ciências Sociais: “Houve no Chonin um projetinho espúrio... Teve muita repercussão porque a filha do Nelson Rockefeller veio aqui. Ela era uma tiposa, era curiosa... Vinha de avião especial aqui e uma equipe de vinte técnicos dos

336) e Rios (1957, p. 201-203) apontam a inabilidade do coordenador local, e especialmente sua tendência personalista como fator principal do malogro, pois ele tomava decisões unilaterais que irritavam alguns dos líderes locais:

Como era de se esperar, surgiram diferenças de opinião no conselho. Estas divergências foram acentuadas por dissensões políticas. Em vez de frisar a natureza apolítica e puramente educacional da organização, o coordenador tomou parte nas disputas (RIOS, 1987, p. 202).

Entretanto, Oberg indica outros motivos significativos para o insucesso do Projeto:

(a) Dificuldades físicas: em meio século, os métodos impróprios de uso da terra tinham esgotado o solo; recuperá-lo pelo uso de fertilizantes e rotação de culturas levaria anos e teria um alto custo financeiro. A ausência de estradas limitava a entrada de tratores nas áreas cultiváveis;

(b) Dificuldades das agências cooperadas: o programa de educação rural não foi cumprido, pois a Comissão Brasileiro-Americana de Educação Industrial (CBAI)³⁴⁵, que ficara de introduzir métodos educativos modernos na área, não havia efetivado sua participação. A incapacidade da ACAR em estabelecer um programa de empréstimo agrícola reduziu sua atividade. A Secretaria estadual de Agricultura não realizou sua contrapartida. Do mesmo modo que a CBAI, a Secretaria estadual de Educação teve participação limitada. As dificuldades de comunicação continuaram devido ao fracasso da Prefeitura e da Secretaria estadual de Viação e Obras Públicas em reparar estradas e pontes. Somente o SESP executou os seus compromissos com o plano;

(c) Informação básica inadequada: conhecimento incompleto sobre o Distrito de Chonin (comunicações, condições do solo, situação de trabalhadores e meeiros itinerantes) levou a Comissão Consultiva a cancelar o projeto em Chonin;

(d) Dificuldades de Comunicação: Em todas as fases do projeto em demonstração houve dificuldade considerável em articular o programa com a organização da comunidade local e em obter resposta da população. “As comunidades rurais brasileiras, em geral, têm

Estados Unidos porque encontraram uns vestígios antropológicos no Chonin... Mas esse projeto, isso não era nada específico. Aí já foi aquela curiosidade que faz que o americano... Se você mostrou um nariz catarrento, os olhos já ficam lacrimogêneos, lacrmando, né? Pro americano, o magro magrelo, eles catam logo e escolhem a dedo. Então descobriram aquilo... Foi uma curiosidade ainda entre os técnicos, e tinha os brasileiros também, de uma ciência nascente, mais uma ocorrência ao capricho dos recentes. Foi no início que a EMATER foi iniciada aqui, que era um antigo projeto da Rockefeller. Era uma derivação da Rockefeller; arranjaram uma verba lá e naturalmente a moça lá se mostrou interessada”. Entrevista com o Dr. Hermírio Gomes da Silva, em 29 de maio de 2008; Acervo NEHT/UNIVALE

³⁴⁵ Comissão Brasileiro-Americana de Educação Industrial (CBAI), um programa de cooperação educacional para a formação de docentes para o ensino industrial, firmado entre os governos do Brasil e dos Estados Unidos, assinado em 1946, sendo renovado anualmente, até 1963.

organização paternalista e autoritária, e sua liderança está nas mãos de chefes de família, sacerdotes, proprietários de terras, e chefes políticos” (OBERG, 1956, p. 144-145). A liderança informal tendeu a seguir este modelo.

Kalervo Oberg visitou a comunidade um ano depois de encerrado o projeto e, apesar das dificuldades, avaliou que ele foi capaz de influenciar positivamente a comunidade, especialmente no aspecto sanitário e da saúde (BASTOS, 1993, p.336). Os habitantes do distrito continuaram a utilizar os novos medicamentos para o tratamento da malária, da disenteria e de outras doenças. O programa de educação sanitária surtiu efeito e algumas pessoas continuaram a ferver e filtrar a água para uso doméstico; o mobiliário de algumas casas havia melhorado, o uso de escovas de dente expandiu-se; hortas foram plantadas; a conservação e construção de novas privadas indicavam que as pessoas tinham absorvido algumas das modernas ideias sobre a saúde divulgadas pelo SESP; na vila, a principal rua foi alargada e valas foram drenadas. Duas pontes que conduziam à aldeia foram reparadas. Outro benefício se refere à escola: de acordo com o antropólogo, quando o projeto foi instalado, a escola precisava de reparos na parte física e não havia número suficiente de bancos, livros, mapas e outros materiais, além de não haver um fornecimento de água adequado. Estas dificuldades foram resolvidas, construíram-se quatro privadas, o passeio da frente da escola foi cimentado e foram construídos um jardim e uma horta, cuidados pelos alunos (OBERG, 1956, p. 145). Para o pesquisador, o mais importante efeito do projeto foi o de levar as pessoas a acreditarem que uma vida melhor era possível e a percepção de que a condição prévia para a melhoria da saúde, da educação e do nível de vida é a vontade (OBERG, 1956, p. 146).

É importante considerar que o projeto encerrado em Chonin de Cima foi transferido, em 1953, para o município de Pedro Leopoldo, também no estado de Minas Gerais, sob a mesma orientação e objetivos³⁴⁶. De acordo com Bastos (1993, p. 337):

Vários aspectos do projeto de Pedro Leopoldo foram uma resposta direta às lições retiradas do Projeto Chonin. A principal delas foi a função decisiva de envolvimento político e organização local. Não existiram nem o coordenador local nem conselho comunitário. A coordenação foi efetuada por um funcionário em nível central, localizado na capital, distanciado do envolvimento direto das intrigas da política local. Em lugar de um conselho comunitário, as agências de serviço trabalharam diretamente através das autoridades locais estabelecidas e outros líderes locais, aos quais coube a responsabilidade de persuadir as pessoas e obter sua participação no projeto, sem a presença de coordenadores especialmente designados ou a formação de conselhos.

³⁴⁶FSESP, Cx. 25, doc. 68 - Núcleo de Cooperação Rural em Pedro Leopoldo, Minas Gerais. Projeto: MB-PL-20

A despeito da experiência adquirida em Chonin de Cima, o novo projeto foi igualmente encerrado, três anos depois, sem cumprirem-se os objetivos propostos, “por motivo de fragante desinteresse da maior parte das entidades oficiais que participavam do trabalho. Praticamente, apenas o SESP e a ACAR cumpriram os seus programas de trabalho de acordo com o plano geral”³⁴⁷. Não há indicativo de problemas com a coordenação local como em Chonin de Cima, o que permite indagar-se sobre a supervalorização da incompetência do líder local em Chonin como fator de fracasso do projeto. A alegada inoperância do conselho também pode ser questionada, pois, a julgar pela composição mencionada por Bastos (duas mulheres, duas crianças e dois trabalhadores), distancia-se do modelo patriarcal de organização de comunidade, onde o poder masculino era predominante e não se reconhecia paridade à participação de mulheres e crianças.

Embora não tenham sido mencionados por Kalervo Oberg, nem pelos documentos do SESP, os conflitos entre fazendeiros e posseiros eram motivo de grande tensão na cidade de Governador Valadares e região, naquele período. Evitava-se qualquer motivo de desavenças, especialmente porque o grupo dominante, dos fazendeiros, não tolerava qualquer ação fora do seu interesse (BORGES, 1988). Diante desse quadro, podemos suscitar a hipótese de que em Chonin de Cima a tensão em relação ao projeto e o seu insucesso talvez também se relacionem a um possível não planejado ‘empoderamento e aumento de consciência cívica do grupo de moradores pobres’, cujos membros seriam de alguma forma afetados pelos conflitos. Neste sentido, é possível supor que este empoderamento não seria visto com bons olhos.

Convergências

Como se pode notar, os apontamentos de Fontenelle e de Kalervo Oberg seguem a orientação do relatório de 1951:

Problemas culturais não se resolvem mediante boas intenções. Eles devem ser estudados e analisados mediante métodos científicos apropriados, da mesma forma que um problema médico é submetido a um exame clínico para que se encontre sua solução. Recentes investigações³⁴⁸ das ciências sociais puseram à disposição dados e técnicas que tornaram possível um ataque mais eficaz a problemas culturais enfrentados pelo IIAA no início de suas operações. O trabalho descrito foi feito por

³⁴⁷FSESP, Cx. 25, doc. 68 - Núcleo de Cooperação Rural em Pedro Leopoldo, Minas Gerais. Projeto: MB-PLÉ-20

³⁴⁸Referência ao primeiro estudo realizado por Foster, Oberg e outros, em 1951.

antropólogos culturais (...) mas, em qualquer programa, para uma ampla análise cultural, outros cientistas sociais, em particular, sociólogos e psicólogos sociais, deveriam ser chamados (*Tem Years...*, p. 12).

A mesma orientação aparece no livro do antropólogo Charles Wagley (1953)³⁴⁹ sobre “uma comunidade amazônica” onde se instalou um Centro de Saúde do SESP. Wagley havia sido contratado pelo SESP, em 1942, e nos três anos e meio em que foi membro da missão técnica brasileira do IIAA, desempenhou várias funções: membro do escritório do SESP no vale Amazônico, diretor do seu programa de migração da Amazônia, assistente da Superintendência do SESP e diretor da Divisão de Educação Sanitária (WAGLEY, 1977, p.14). Este livro, publicado em inglês no ano de 1953, baseou-se em estudo preliminar à instalação do SESP na comunidade estudada e em outros dados obtidos no ano de 1948³⁵⁰. Também para Wagley, a formulação e execução de programas de transformação social de qualquer comunidade ou região teriam que levar em conta as diferentes formas de organização socioeconômicas locais e seus diferentes sistemas de valores (WAGLEY, 1977, p. 187).

O depoimento de Wagley no prefácio da segunda edição brasileira de “Uma comunidade amazônica” corrobora seu entendimento sobre a validade do olhar do cientista social para os programas de assistência instituídos pelas agências de fomento:

Meu ponto de vista antropológico auxiliou-me enormemente nas questões de administração e planejamento, da mesma maneira que minha crescente familiaridade com os problemas práticos contribuiu para aguçar meu interesse científico no Brasil. Em minhas viagens através de extensas regiões do interior brasileiro e na minha convivência com os habitantes de suas zonas rurais, adquiri consciência dos problemas agrícolas, tanto do ponto de vista do povo, como do ponto de vista dos planejadores e administradores da cidade (WAGLEY, 1997, p. 14).

Esta concepção nos permite retomar a orientação do relatório sobre os dez anos dos ‘Servicios’ na América Latina no que tange à necessidade de desenvolvimento de estratégias para o enfrentamento de problemas culturais, circunstancialmente relacionados, com o planejamento e execução de programas e projetos que envolvessem intervenções na forma de organização social e/ou no sistema de valores das comunidades ou regiões envolvidas. Como destaca Wagley (1977, p.14), tanto o ponto de vista dos planejadores e administradores como

³⁴⁹WAGLEY, C. *Uma comunidade amazônica*. 2. ed. São Paulo: Nacional, 1977. (Coleção Brasileira, 290). Primeira tradução para o português em 1956, publicado pela Companhia Editora Nacional; revisto em 1974. O estudo aproxima-se dos de Oberg e Fontenelle pela perspectiva do levantamento e análise dos aspectos culturais inerentes às áreas examinadas.

³⁵⁰ Cf. FIGUEIREDO (2012, p. 1425), a comunidade estudada por Wagley foi à cidade de Gurupá, no Baixo Amazonas, no Estado do Pará. No estudo de comunidade, recebeu o nome de Itá.

o ponto de vista da população-alvo dos projetos deveriam ser levados em consideração pelo cientista social. Neste sentido, um segundo destaque, o possível duplo papel do cientista social – no planejamento e na execução de projetos – remete à reflexão sobre o sentido de sua atuação profissional nas instituições promotoras dos programas de assistência.

É sabido que tanto a Antropologia quanto a Sociologia estavam, em meados do século XX, se institucionalizando como Ciências, no Brasil e na América Latina. A decisão sobre ênfases, métodos e formas de atuação foram dilemas dos cientistas de ambas. Não havia unanimidade quanto às áreas de atuação, se na perspectiva da ciência pura, ou se na perspectiva aplicada e, neste segundo caso, sob quais concepções de sociedade, cultura, desenvolvimento e progresso (KANTOR, 2009; FIGUEIREDO, 2010; FAULHABER, 2011; VILLAS BÔAS, 2006).

Os trabalhos delineados acima, de George Foster, Kalervo Oberg, Luiz Fernando Fontenelle e Charles Wagley, podem ser considerados a partir destas duas dimensões. Ou seja, de modo concomitante, refletiram a busca de estratégias eficazes para o enfrentamento de dificuldades encontradas e os desafios teórico-metodológicos relacionados ao trabalho dos cientistas sociais com elas envolvidos. Ambos, estratégias e fundamentos teóricos, seriam desenvolvidos sob a ótica das ciências sociais aplicadas, especialmente nos campos da Antropologia e da Sociologia. Para esses casos, Foster argumenta que “os resultados de uma boa investigação antropológica aplicada, incluem um importante componente teórico; este abastece o produto da investigação pura (FOSTER, 1985, p. 78).

Na perspectiva aplicada, a dicotomia *tradição versus modernidade* se constituiu em objeto de investigação. E o termo “mudança provocada” seria a expressão da “pulsão transformadora” “de parte notável da intelectualidade brasileira” e, acrescentamos, também de parte da intelectualidade latina, que “almejava transformar o país(es) em uma sociedade democrática, secularizada, industrializada – moderna” (VILLAS BÔAS, 2006, p.13). Entretanto, é preciso registrar, como Glaucia Villas Bôas, a multiplicidade de pontos de vista, as ambiguidades e ambivalências dos pesquisadores, “sob pena de empobrecendo a riqueza das nuances analíticas, encaixá-las em uma única direção” (VILLAS BÔAS, 2006, p, 166). Malgrado os diferentes posicionamentos sobre as mudanças sociais e o ‘ritual de passagem’ do “Brasil arcaico para o Brasil moderno” que estariam em evidência “dentro e fora dos meios acadêmicos”, ressalte-se o interesse em contribuir com a busca de soluções para os problemas nacionais, indispensáveis “para a inserção do país numa etapa do processo civilizador correspondente à industrialização” (VILLAS BÔAS, 2006, p. 66-82).

A definição de Foster (1985, p. 88)³⁵¹ sobre a Antropologia aplicada, resguardando-se os distintos campos teórico-metodológicos, pode ser esclarecedora quanto às perspectivas das ciências aplicadas naquele período:

Podemos dizer que “*antropologia aplicada*” é o nome que habitualmente empregam os antropólogos para descrever suas atividades profissionais em programas que têm como objetivos principais, antes que desenvolver uma teoria social ou cultural, obter mudanças do comportamento humano que, se acredita, mitigarão os problemas sociais, econômicos e tecnológicos contemporâneos (grifos do autor) (FOSTER, 1985, p. 88)³⁵².

Ainda segundo Foster (1985, p. 88; p. 180), um trabalho aplicado geralmente estaria vinculado formalmente a uma organização inovadora (que pode ser um departamento de saúde, uma instituição de bem-estar social ou um serviço de extensão agrícola) pautada por objetivos sociais, econômicos e tecnológicos que “implicam mudanças específicas do comportamento humano”. Também seriam características do trabalho aplicado: a aceitação, por parte do antropólogo, de que os temas principais da investigação fossem determinados pela organização inovadora; e o compromisso de apresentar à organização os resultados e idéias advindos de sua investigação. Nesta perspectiva os programas de mudança cultural dirigida teriam estruturalmente três focos de investigação:

1 – o sistema ‘dirigido’, um grupo alvo ou receptor, isto é, pessoas que o tenham solicitado ou não, são alvo de um programa cujo fim é a mudança de um ou mais aspectos de seu modo tradicional de vida.

2 – o sistema ‘diretor’, uma organização inovadora, isto é, uma burocracia que é criada, financiada e equipada com o pessoal considerado apropriado para atingir os objetivos desejados; objetivos que representam a mudança de comportamento dos membros do grupo alvo.

3 – o contexto de interação: é o ponto de contato, geralmente um lugar específico, físico, onde os agentes de mudança da organização inovadora se põem em contato com os membros do grupo-alvo, usualmente desencadeando uma série de processos que dão como resultado uma mudança maior ou menor nas suas formas de comportamento. (Também podem ocorrer mudanças na organização inovadora, ainda que seja possível que estas sejam menos marcantes). (FOSTER, 1985, pag. 113)

³⁵¹ FOSTER, George M. *Antropologia Aplicada*. Fondo de Cultura Economica. México, 1985. Este livro de Foster trás uma reflexão teórica sobre alguns relatos registrados em seu livro de 1964, e sobre novos casos descritos por distintos pesquisadores. Trata-se de esforço de compreensão sobre “a relação básica entre a ciência teórica e a aplicada” (Foster, 1985, p. 8). Foster parte da consideração de que a Antropologia aplicada se ocupa (em grande medida) da mudança social e cultural inerente ao desenvolvimento e modernização do mundo contemporâneo (1985, p. 9).

³⁵² De acordo com Foster (1985, pag. 89) “esta definição deveria ser ampliada para incluir a investigação que não é selecionada nem patrocinada por uma organização cliente, senão cujo produto é de uso imediato ou potencial em um programa de ação”. Tal foi o caso da avaliação feita pelo grupo de trabalho do Instituto Smithsonian, que será o pontapé para a contratação dos antropólogos pelo IIAA.

Estas características podem ser identificadas no já citado primeiro trabalho de Foster e equipe, ainda pelo Instituto Smithsonian, e que o levou ao IIAA para avaliação dos “Servicios” bilaterais de Saúde Pública latino-americanos, entre os quais o SESP. Portanto, não é de estranhar a presença destas características no relatório de 1953 (*Ten Years of Cooperative...*).

Da mesma forma, os trabalhos mencionados de Kalervo Oberg (1956) e Luiz Fernando R. Fontenelle (1959) seguiram aquelas premissas. Ambos integram os chamados ‘estudos de comunidade’, especialmente realizados nas décadas de 1940 e 1950 e, de acordo com Julio Cezar Melatti (1983), “fundamentados na observação direta de pequenas cidades ou vilas com as técnicas desenvolvidas pela Etnologia no estudo das sociedades tribais”³⁵³. Estes estudos, no Brasil, relacionaram-se com o conceito de “ecologia humana” divulgado, à época, por Donald Pierson e seus discípulos na Escola Livre de Sociologia e Ciências Políticas de São Paulo³⁵⁴. Donald Pierson, por sua vez, mantinha ligações estreitas com o Instituto Smithsoniano, cuja trajetória “expressa as interfaces entre ciência e política e expõe as tensões entre pesquisa básica e aplicada” (FIGUEIREDO, 2010).

Embora não seja nosso objetivo discutir a validade dos estudos de comunidade, mas registrar a orientação metodológica aplicada em estudos e intervenções realizados pelos cientistas sociais que estiveram a serviço do SESP, é necessário ressaltar que estes estudos foram rechaçados duramente por outros cientistas³⁵⁵, aqui representados pela posição crítica do importante sociólogo baiano Guerreiro Ramos (1954)³⁵⁶, em função da sua proximidade com o ferrenho crítico do SESP, o doutor Mário de Magalhães Silveira.

³⁵³ MELATTI, Júlio Cezar. A antropologia no Brasil: um roteiro. Disponível em: <http://www.unb.br/ics/dan/Serie38empdf.pdf>. Acesso em 10 jun. 2007. Publicado no Boletim Informativo e Bibliográfico de Ciências Sociais (BIB), n. 17, p. 1-92, Rio de Janeiro, ANPOCS, 1984. Republicado em O que se deve ler em ciências sociais no Brasil, v. 3, p. 123-211, São Paulo: Cortez e ANPOCS, 1990.

³⁵⁴ A saber: “A ecologia humana, porém, estuda as relações que existem, não diretamente entre o meio físico e o homem, seja a influência deste sobre aquele, ou daquele sobre este, e sim as relações entre os próprios homens, na medida em que estas relações são por sua vez influenciadas pelo habitat” (PIERSON, 1970, p. 12).

³⁵⁵ Dentre os pensadores brasileiros críticos aos Estudos de Comunidade, destacamos o sociólogo Otávio Ianni. Algumas de suas ponderações estão apresentadas no livro: *Humanismo e Compromisso* – Ensaio sobre Octávio Ianni, organizado por Faleiros e Crespo (1996), fruto das Jornadas de Ciências Sociais promovidas, na década de 1990, pela Faculdade de Filosofia e Ciências da UNESP – Campus de Marília.

³⁵⁶ Cf. MAIO E LOPES (2012, p. 296), em 1950, Guerreiro Ramos “escreveu uma série de artigos para o jornal *A Manhã* expondo sua abordagem sociológica sobre a mortalidade infantil no país e avaliando o desempenho do governo e dos programas de saúde frente aos problemas sanitários”. Neste período, aproximou-se do médico sanitário Mário Magalhães da Silveira, crítico das ações governamentais na área da Saúde (e do SESP), a quem dedicou a “*Cartilha brasileira do aprendiz de sociólogo* (1954).

No estágio atual de desenvolvimento das relações latino-americanas e em face das suas necessidades cada vez maiores de investir em bens de produção é desaconselhável aplicar recursos na prática de pesquisas sobre minudências da vida social, devendo-se estimular a formulação de interpretações genéricas dos aspectos global e parciais das estruturas nacionais e regionais (GUERREIRO RAMOS, 1954, p. 80).

O levantamento feito por Maria Laís Moutinho Guidi (1962, p. 52-53) registra que, entre 1947 e 1960, foram publicados no Brasil quinze Estudos de Comunidade³⁵⁷, cujas temáticas compreenderam a preocupação de análise de problemas específicos (alguns definidos pelo pesquisador e outros pela organização inovadora), o interesse pela área cultural e aplicação prática a partir dos dados coletados. De acordo com GUIDI (1962, p. 46), “os estudos de comunidade multiplicaram-se, na América do Norte e em outros países” em face do desenvolvimento de investigações científicas sobre as “condições de existência humana em pequenos agrupamentos” e da expectativa de aplicação prática do conhecimento adquirido sobre determinada área cultural. Neste sentido, Guidi compartilha com a opinião de Jules H. Steward³⁵⁸ de que os Estudos de Comunidade seriam “a maior contribuição que a Antropologia Social tem prestado aos programas de cooperação interdisciplinária para resolução de problemas mundiais de desenvolvimento”, o que despertaria o interesse entre especialistas de outras áreas (STEWART, 1955, p.1 apud GUIDI, 1962, p.47)³⁵⁹. Todavia, se por um lado os estudos de comunidade puderam contribuir com os técnicos em medicina, educação ou agricultura, em diversas regiões no mundo, por outro, eles tiveram “relevância estratégica do ponto de vista dos interesses econômicos e geopolíticos norte-americanos” (FIGUEIREDO, 2010, p. 263).

De fato, os estudos de comunidade tiveram horizontes mais alargados. A publicação, em 1964, nos EUA, do livro *Introducing Social Change: A Manual for Americans Overseas*, e em 1966 de *A Casebook of Social Change in Developing Areas*, como complemento do primeiro, evidencia o interesse pela área e temática³⁶⁰. O primeiro volume apresenta uma

³⁵⁷ Incluindo o estudo de Fontenelle (1959) sobre Aimorés.

³⁵⁸ Cf Figueiredo (2010, p. 241) Steward foi o organizador, em 1942, “do Instituto de Antropologia Social /IAS, dentro do *Smithsonian Institution*, cuja principal política era enviar cientistas sociais para desenvolver atividades de ensino e pesquisa em vários países latino-americanos”.

³⁵⁹ STEWARD, Julian Haynes. *Teoría y práctica del estudio de áreas*. Washington, D.C.: Oficina de Ciencias Sociales, Departamento de Asuntos Culturales, Unión Panamericana, 1955.

³⁶⁰ ARENSBERG, Conrad M.; NIEHOFF Arthur H. *Introducing Social Change: A Manual for Americans Overseas*. Chicago: Aldine Publishing Company, 1965; NIEHOFF, Arthur H. *A Casebook of Social Change in Developing Areas*. Chicago, Aldine Transaction, 1996.

discussão mais teórica sobre o conceito de cultura e problemas culturais, sobre a natureza das mudanças sociais (provocadas ou não); apresenta características de áreas subdesenvolvidas e valores da sociedade norte-americana, para, enfim, considerar o impacto destes valores sobre os agentes de mudança e sobre o campo de intervenção da organização inovadora. O segundo volume apresenta estudos de caso e avaliação sobre intervenções bem e malsucedidas, envolvendo técnicos e agentes inovadores norte-americanos, em comunidades na América Latina, África e Ásia. Os textos são de autoria dos próprios técnicos envolvidos, sempre precedidos por um comentário do editor, Arthur H. Niehoff³⁶¹. No segundo volume, o Projeto em Chonin de Cima é apresentado como um caso de fracasso operacional³⁶². É instigante o fato de que esse mesmo volume (*A Casebook of Social Change in Developing Areas*)³⁶³ tenha sido republicado em 2008. Tal fato pode, em primeiro lugar, ser indicativo de uma retomada dos estudos dessa natureza, uma (re)atualização³⁶⁴. Além disso, a reedição sinaliza que mudanças provocadas e choques culturais continuam na ordem do dia, pois diferentes grupos, regiões, povos e culturas ainda reivindicam o respeito às suas singularidades identitárias.

A apresentação do primeiro volume é significativa, no sentido de esclarecer o interesse norte-americano em expandir sua rede de influência socioeconômica na América Latina, África e Ásia, por via de intervenções financeiras e/ou técnicas, em cuja efetivação os Estudos de Comunidade poderiam contribuir:

Os Estados Unidos estão agora na linha de frente de um grande esforço para difundir novos objetos, idéias, técnicas e assistência financeira às nações subdesenvolvidas do mundo. Do ponto de vista da capacidade tecnológica e financeira, nenhuma nação estaria numa posição mais favorável para liderar esse esforço. Existem muitos norte-americanos, e outros ocidentais, envolvidos neste trabalho. Existem representantes governamentais, envolvidos com ajuda técnica para melhoria das condições econômicas em outras terras. Há membros de fundações filantrópicas e particulares que exercem a mesma obra. Há empresários que, preocupados com o lucro para suas próprias empresas, também estão envolvidos em ajudar as nações em que operam, porque o negócio só prospera onde as pessoas possam comprar os

³⁶¹ Arthur H. Niehoff foi professor e pesquisador na Universidade George Washington e realizou pesquisas na Índia, Trinidad e Laos.

³⁶² O texto de Kalervo Oberg é reprodução da parte da sua monografia sobre Chonin de Cima (1956), em que avalia o Projeto.

³⁶³ NIEHOFF, Arthur H. *A Casebook of Social Change in Developing Areas*. Aldine Transaction. New Brunswick (USA) e London, 2008.

³⁶⁴ Cf. Josildeth G. Consorte: “A grande possibilidade de trabalhar a relação entre o local e o universal é pesquisando a comunidade, embora o conceito de comunidade ainda seja bastante problemático. A ressemantização é importante porque dá um sabor de atualização, mas a gente não pode ter ilusões. Os conceitos que desencadearam o pensamento das Ciências Sociais têm que ser retomados (2010, p. 18). In: Josildeth Gomes Consorte, João Baptista Borges Pereira e Lilian de Lucca Torres, « Estudos de Comunidade: Um Encontro », Ponto Urbe [Online], 6 | 2010, posto online no dia 31 Julho 2010. Acesso em 14 de abril 2015. URL: <http://pontourbe.revues.org/1584> ; DOI : 10.4000/pontourbe.1584

produtos. Há missionários que estão preocupados com assistência às pessoas de países onde exercem seu trabalho (ARENSBERG e NIEHOFF, 1965, p. 1).

A indicação do manual para técnicos e outros profissionais nas áreas abordadas é também significativa. A idéia seria sensibilizar os norte-americanos “overseas” para a necessidade do conhecimento prévio sobre as culturas dos povos com os quais estariam em contato, o que teoricamente diluiria os possíveis choques culturais, constrangimentos e contratemplos (ARENSBERG e NIEHOFF, 1965, p. 9).

Anteriormente à publicação desse manual, um best-seller de 1958, *The Ugly American*, de William J. Lederer e Eugene Burdick³⁶⁵, chamaria a atenção sobre a presença de técnicos norte-americanos em várias regiões do mundo. O livro vendeu cerca de cinco milhões de exemplares (CUORDILEONE, 2005, p.220) e, de acordo com Tom Burns (2009), o senador John F. Kennedy teria ficado tão impactado com a leitura do *The Ugly American* que distribuiu cópias deste livro entre os outros senadores (BURNS, 2009, p. 99). Segundo os autores, “tudo que está descrito, em essência, aconteceu. Não somente na Ásia, onde tem lugar o relato, mas no mundo inteiro – nos 59 países pelos quais estão distribuídos mais de dois milhões de americanos a serviço da pátria” (LEDERER e BURDICK, 1962, p.9).

O livro, composto por pequenos ‘sketches’, avalia as circunstâncias da presença norte-americana numa suposta região asiática – “Sarkhan”³⁶⁶ – disputada com os comunistas russos. Os autores apontam problemas da presença norte-americana neste território, avaliando que o avanço russo era mais bem sucedido. Indicam principalmente questões relacionadas a preconceitos sócio-culturais e raciais como limitadoras para o sucesso das investidas dos americanos: desconhecimento da língua e costumes locais; menosprezo pelas crenças e hábitos; atitude superior em relação aos ‘nativos’, como se esses fossem incapazes de qualquer habilidade ou conhecimento dignos de consideração; posicionamento ‘salvador’ diante do perigo comunista que ameaçava a liberdade e diante da ignorância técnica que impedia o progresso.

A coincidência de problemas socioculturais, assinalados tanto no manual de orientação para técnicos e estudantes (ARENSBERG e NIEHOFF, 1965) como na ficção de Lederer e Burdick (1958), mais uma vez nos reporta ao relatório de 1953 (*Ten Years of Cooperative...*) e

³⁶⁵ BURDICK, E.; LEDERER, W. J. *The Ugly American*. New York: W.W. Norton, 1958. A tradução para o português é de 1962: *O Americano Feio*. São Paulo, Editora Helicon Ltda, 1962.

³⁶⁶ A identificação de Sarkhan com o Vietnam, o contexto da Guerra Fria, o status intelectual (liberal) e político (anticomunista) dos dois autores (Lederer foi consultor do comandante da Marinha Frota do Pacífico e Burdick era um especialista acadêmico sobre Sudeste Asiático na University of California, Berkeley) potencializaram o sucesso da novela.

aos estudos posteriores de George Foster (1965; 1985). Em ambas as ocasiões, o antropólogo examina o papel dos técnicos em programas bilaterais de cooperação e assistência técnica. No seu ponto de vista seria necessário um rigoroso programa para formação e orientação dos técnicos (dos variados perfis profissionais) que assumissem trabalho em regiões culturalmente distintas das suas próprias³⁶⁷. Segundo sua perspectiva:

Nossos programas de auxílio têm ficado aquém dos alvos estabelecidos. Algumas vezes insistimos em programas que os povos receptores não queriam realmente e para os quais talvez não estivessem preparados. Em outras ocasiões os consultores técnicos fizeram acomodações inadequadas para viver e trabalhar em sociedades exóticas, e isso afetou a qualidade de seu trabalho. Em outras situações, ainda, barreiras imperfeitamente reconhecidas na natureza e estrutura da sociedade hospedeira impediram a realização de objetivos procurados tanto pelos americanos como por seus equivalentes locais (FOSTER, 1965, p. 14).

O alerta de Foster se aplicaria tanto a médicos e engenheiros como ao pessoal das ciências sociais envolvidos nos programas bilaterais de assistência técnica. No caso desses últimos, o autor chama atenção para questões importantes: o cientista social a serviço da organização inovadora que o contratara; o papel do cientista social nos programas – no pré-estudo, planejamento, no período de operações e de avaliação; a responsabilidade do cientista em relação à ciência e à sociedade; a questão da ética profissional e o envolvimento dos cientistas com os objetivos inovadores (quem queria inovar, como e por que queria inovar) e com o público-alvo (se desejava a inovação, e como desejava que ela acontecesse).

Neste sentido, a investigação e a participação, fosse do antropólogo, fosse de outro cientista social, não seria passiva (FOSTER, 1965, p.83), pois como intérprete cultural, o cientista social seria instado a fazer e responder perguntas que agilizassem o trabalho da agência inovadora, cujo interesse consistia em obter suficiente informação relacionada com os problemas que pretendia resolver (FOSTER, 1985, p.75, p.120).

Desse modo, o “intérprete” seria “quem explica ao consumidor o significado dos resultados das investigações”, e os ‘consumidores’ seriam “especialistas de outras profissões e disciplinas” que utilizariam estes dados em suas atividades operacionais. O grupo operacional, por sua vez, seria integrado “por planejadores e quem decide a política a seguir; por administradores de programas; e por especialistas técnicos em campos tais como saúde pública, bem-estar social, agricultura, desenvolvimento de comunidade e outros” (FOSTER,

³⁶⁷ Kalervo Oberg chamou atenção para o problema da dificuldade dos técnicos estrangeiros (e de suas famílias) se adaptarem a regiões e culturas diferentes das suas próprias. Em 1954, numa reunião com técnicos norte-americanos e seus familiares, realizada num clube do Rio de Janeiro, cunhou a expressão “choque cultural” para explicar esse estranhamento. Ver: OBERG, Kalervo. Culture shock: Adjustment to new cultural environment. *Practical Anthropologist*, 7, 177-182, 1960. Artigo disponível em: http://www.agem-ethnomedizin.de/download/cu29_2-3_2006_S_142-146_Repr_Oberg.pdf Acessado em dezembro 2012.

1985, p. 80). Ressalte-se que quando, em algumas ocasiões, os cientistas sociais atuaram como administradores, eles se tornaram ‘consumidores’ da investigação aplicada, própria ou de outros investigadores. No caso do SESP, os cientistas sociais Charles Wagley, José Arthur Rios e Carlos Alberto de Medina atuaram desta forma³⁶⁸.

Neste contexto, o SESP (e os outros Serviços congêneres) pode ser distinguido como uma organização inovadora, em que o sucesso das estratégias de intervenção dependeria da superação de mentalidade e práticas tradicionais concomitante à aquisição de novos hábitos e de uma orientação rumo à modernidade, traduzida pela introdução dos “benefícios das conquistas científicas e do progresso industrial” que chegariam pela via da cooperação externa, como sugere Wagley (1977, p. 36): “O ideal que consiste em ‘fazer com que os benefícios oriundos de *nossas* conquistas científicas e de *nosso* progresso industrial concorram para o progresso e o crescimento das áreas subdesenvolvidas’ requer uma reforma cultural” (grifos nossos).

No início da década de 1950, a inclusão mais efetiva dos cientistas sociais no SESP e a emergência dos estudos de comunidade coincidem com o crescente alinhamento do Brasil com os Estados Unidos na política internacional. O conhecimento acerca das populações sobre as quais incidiriam projetos de cooperação seria estratégico para o sucesso das ações e, por isso, esperava-se que os estudos de comunidade pudessem dar sua contribuição. Nesta perspectiva, Charles Wagley reconheceu que as ciências aplicadas teriam um papel relevante na consolidação de estratégias de mudança cultural por meio de programas “de desenvolvimento econômico e assistência técnica”:

A melhoria das condições econômicas e sociais das chamadas áreas subdesenvolvidas do mundo exigirá a cooperação de uma grande variedade de especialistas, bem como de conhecimentos sobre toda a vasta extensão da ciência moderna. Necessitará do concurso de engenheiros, sanitaristas, enfermeiras, agrônomos, educadores e outros técnicos em ciências aplicadas. Serão indispensáveis estudos e pesquisas por especialistas em outros ramos das ciências sociais e das humanidades. Os complexos problemas com que se defronta não poderão ser resolvidos por qualquer disciplina científica isolada (WAGLEY, 1977, p.250-251).

Um artigo publicado no Boletim do SESP em janeiro de 1951 (p. 1 e 2), repercutiu o apoio da Organização das Nações Unidas (ONU) ao projeto de ajuda técnica e financeira a países pobres, articulado pelo presidente dos Estados Unidos, Harry Truman no Ponto IV do

³⁶⁸ Charles Wagley atuou como diretor do programa de migração para a Amazônia; assistente do superintendente do SESP; e, diretor da Divisão Sanitária, criada em 1944. José Arthur Rios foi diretor da Seção de Pesquisas Sociais (da Divisão de Educação Sanitária) do SESP; Carlos Alberto de Medina e Luiz Fernando R. Fontenelle foram pesquisadores da Seção de Pesquisas Sociais. Kalervo Oberg, por sua vez, não esteve diretamente envolvido com o campo prático de atuação do SESP, tendo sido contratado para o trabalho em Chonin de Cima/MG.

seu programa de governo. O título do artigo “*Atrazo: - Inimigo do Homem. Assistência técnica: - Arma do Homem*” repetia o de uma reportagem do jornal “*Courrier*”, da UNESCO (Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura), de novembro de 1950, que apresentava dados sobre a situação socioeconômica dos “países menos desenvolvidos” e causas dessa situação. A reportagem da UNESCO mostrava que em todos os quesitos observados o grupo de países “sub-desenvolvidos” apresentava os piores índices: a menor duração média da vida, os altos índices de tuberculose, o gritante analfabetismo, a dieta pobre em calorias, a falta de médicos e professores, a baixa produção agrícola, a ausência quase completa de energia mecânica (COURRIER, apud Boletim do SESP, 1951, p. 2).

A conclusão do artigo aproximava os aspectos relacionados ao mundo subdesenvolvido com a situação do Brasil:

Estes são os fatos que o jornal da UNESCO apresenta para seus leitores e que são fatos também sentidos por todos nós no Brasil. Um povo sem educação e sem saúde é um povo que não pode contar com o progresso e a prosperidade como coisas certas para seu esforço. O Ponto IV e o programa de Assistência Técnica são as grandes soluções para as imensas séries de obstáculos que o mundo enfrenta para assegurar o bem estar e a felicidade dos homens. Diz muito bem o título do artigo da UNESCO: *Atrazo: Inimigo do Homem. Assistência Técnica: - Arma do Homem*.

A defesa explícita do Ponto IV e da Assistência Técnica como solução para os problemas existentes, distinguindo-se a educação e a saúde, sinaliza o alinhamento do SESP com as novas tendências internacionais de cooperação internacional, reconfiguradas pelo Ponto IV e, dessa forma, o acatamento da ‘nova’ concepção de subdesenvolvimento, e a confiança de que ele poderia ser superado pela técnica e pela ciência. Nos dois campos, a presença dos cientistas sociais seria demandada para atuar “como consultores de organizações bilaterais e multilaterais e a trabalhar diretamente para o aperfeiçoamento de programas de desenvolvimento” (FIGUEIREDO, 2014, p.1432).

Aberturas para novos horizontes de expectativas e alterações no processo civilizatório em curso.

As categorias de Koselleck (2006) “espaços de experiência” e “horizonte de expectativas” serão tomadas aqui como chave de leitura para enfim relacionar as experiências sanitárias anteriores à criação do SESP, os apontamentos dos dois relatórios (*Ten Years...* e *The Brazil–United States Cooperative*), os estudos de comunidade de Oberg e Fontenelle, e as

repercussões (no livro editado por Niehoff e na ficção *O americano feio*) dos projetos de cooperação entre os Estados Unidos e nações pobres na América Latina e outras áreas.

O ponto comum entre as experiências relatadas é a existência de um horizonte de expectativa semelhante, embora separados no espaço e temporalmente. Tal horizonte relaciona-se a ‘antecipações’ programáticas que se referem ao que ainda virá ou ao que se espera acontecer, entretanto sem a possibilidade de controle sobre as circunstâncias que fomentariam qualquer um dos eventos. Claro que cada espaço de experiência tem seu próprio horizonte de expectativa, mas entendemos, como ensina Koselleck, que uma experiência ou o registro dela, recuando-se ao passado, pode produzir, em outra época, expectativas relacionadas ao futuro (KOSELECK, 2008, p. 308-309). Dizendo de outra forma, os eventos de uma época não podem se repetir e aconteceram em definitivo; entretanto, as experiências baseadas neles podem mudar com o passar do tempo (KOSELECK, 2006: 312-313).

Neste sentido, destacamos alguns aspectos que nos parecem significativos para uma aproximação entre as experiências que precederam ao SESP e que de alguma forma nele foram reconfiguradas. Em primeiro lugar, colocamos em evidência o arranjo político-institucional que deu origem às agências e acordos de cooperação, o entendimento da saúde como condição para o trabalho e produção econômica e o aparato metodológico em que se apoiaram as distintas organizações. Para a concretização do objetivo de melhoria da saúde dos trabalhadores e conseqüente aumento de produção, a linha mestra das intervenções – mediadas pela Fundação Rockefeller no Caribe e, na campanha anti-ancilostomíase, conduzida pelo Instituto de Higiene em São Paulo – foi o incitamento popular a uma profunda mudança de hábitos de higiene, de alimentação e de cuidados com a saúde. Para o convencimento das populações ‘receptoras’, foram implementados os programas de educação sanitária que, por meio de diferentes veículos, informavam o público sobre as causas e os efeitos das doenças na expectativa de que, uma vez compreendidos e aceitos, provocassem nos indivíduos uma pulsão de mudança. Essa política sanitária era perpassada pela concepção que atribuía ao indivíduo a inteira responsabilidade sobre sua situação de enfermidade, agravada pela ignorância e pela superstição. Nesse sentido a idéia de civilização passaria pela “disseminação do saber científico”, pelo investimento na prevenção e pela promoção do aparato técnico que o progresso humano já havia desenvolvido. Ou seja, preconizava-se, através desses mecanismos, a indução de novos padrões de comportamento considerados adequados pelos agentes promotores da ação sanitária.

Em segundo lugar, destacamos a organização burocrática das agências, que também guardaram semelhanças entre si. Desde o estabelecimento de normas de funcionamento, uma

rígida hierarquia e divisão de funções, até o treinamento de pessoal necessário para o andamento dos diversos programas. No caso do SESP, como vimos, sua estrutura funcional foi herdada dos programas de combate à febre amarela e à malária, levados a cabo pelo governo brasileiro em parceria com a Fundação Rockefeller em anos anteriores. A autonomia do SESP em relação aos Ministérios afins (Ministério da Educação e Saúde e Ministério da Saúde, a partir de 1953) também seguia o padrão estabelecido pela parceria com a Rockefeller.

Em suma, estes pontos levantados já nos permitem avaliar que nas experiências anteriores ao SESP estariam presentes elementos que futuramente repercutiriam em sua própria experiência, não de forma estática, mas interdependentes das circunstâncias espaço-temporais que o tangenciariam. Neste caso, rompendo-se um horizonte de expectativas criou-se uma experiência nova, que ultrapassava a “limitação do futuro possível, tal como pressuposto pela experiência anterior” (KOSELLECK, 2006, p. 313-314). Assim, o SESP estabeleceria uma nova experiência em que novas expectativas estariam dimensionadas.

Na experiência sespiana, o ideal de criação de uma consciência sanitária duradoura por parte do público-alvo, representava a permanência de um projeto civilizador, cuja realização dependeria da superação de mentalidades e práticas tradicionais e de um direcionamento rumo ao futuro apenas projetado. Um coeficiente tangível de mudanças não poderia ser definido a priori, mas se desenvolveria com o tempo (KOSELLECK, 2006, p. 317) e ao sabor de “condições alternativas e possibilidades” distintas. Por exemplo, na primeira fase de atuação do SESP, prevalecia a concepção do atraso (ignorância, analfabetismo, superstição) como justificativa para as dificuldades e resistências que acompanhavam a implementação dos projetos de saneamento e de educação sanitária. A expectativa era de atendimento ao esforço de guerra que demandava o resguardo da força de trabalho para a produção de mercadorias estratégicas e, portanto, a urgência de saneamento, como horizonte de expectativa, tinha limites definidos. Na segunda fase, a partir de 1950, “curadas as feridas da guerra” e ingressando “as nações do Primeiro Mundo numa era de prosperidade” (RIOS, 1998, p.10) inaugurava-se um novo tempo dimensionado em outras necessidades: internacionalmente procurava-se impedir o encantamento das populações pobres com as promessas do comunismo, no contexto da Guerra Fria e, internamente, buscava-se superar o atraso pela incorporação da ciência e da técnica como propulsoras de progresso e modernização. A expectativa de futuro contemplaria o fortalecimento do aparelho do Estado (*state building*), a modernização econômica através da industrialização e da incorporação de fronteiras agrícolas e o estabelecimento das condições sociais e médico-sanitárias que alçariam a nação ao

patamar das nações desenvolvidas. Deste modo, visualizamos o SESP a partir da tensão existente entre uma leitura do país pelo viés do atraso (espaço de experiência) e uma perspectiva modernizadora que mirava o futuro (horizonte de expectativa).

Para Koselleck (2006, p.322), “a modernidade só pode ser concebida como um novo tempo depois que as expectativas se distanciaram de todas as experiências anteriores”. A partir dessa premissa, entendemos que a modernização pretendida e para cujo alcance o SESP contribuiu, em seu tempo, permanece incompleta, por diversos motivos, que teriam cada um seus próprios condicionantes. Na perspectiva da atuação do SESP, nos valem da avaliação crítica feita por Niehoff (2008) sobre o fracasso do Projeto desenvolvido em Chonin de Cima e estendendo-o ao programa de educação sanitária, para situar alguns limites e permanências que marcaram o espaço de experiência sespiano, e que no limite, apontariam para outros horizontes.

O comentário crítico de Arthur H. Niehoff (2008, p. 77-78) sobre o fracasso do Projeto em Chonin de Cima na abertura do texto de Kalervo Oberg pode ser aplicado às experiências de organização de comunidade implementadas pelos ‘Servicios’ na América Latina, inclusive as do SESP; como também às práticas de educação sanitária que em certa medida acompanharam os mesmos paradigmas. O editor ponderava que o padrão dos projetos de colaboração técnica para que as populações carentes superassem seus problemas por seus próprios esforços apresentavam um desequilíbrio de forças. Ou seja, eles geralmente eram elaborados nos gabinetes dos ministérios e agências externas, por especialistas que se baseavam apenas nos conhecimentos técnicos e então levados para as áreas selecionadas. Segundo o editor, os problemas começariam por este ponto e se agravariam por outros aspectos: detalhamento de ações e metas sem interação com os destinatários finais, o que levaria ao distanciamento entre técnicos e comunidade; a desconsideração quase completa dos costumes e valores dos habitantes e ausência de esforços para compreendê-los; a desconsideração sobre a força da liderança local (elite/fazendeiros), que mesmo sendo autoritária, “seria grande demais para ser ignorada”, especialmente por sua imbricação política. O resultado, como seria de se esperar, ficou abaixo da expectativa projetada e os esforços, ainda que não de todo, foram impotentes diante de rumores, tensões e contrastes entre as necessidades da população e aquilo que os técnicos decidiram a priori.

Niehoff (2008, p. 78) conclui sublinhando que o planejamento da cooperação para desenvolvimento comunitário deveria incluir as comunidades “ao invés de tentar manipulá-las” para que “uma mudança significativa pudesse ter lugar”. A avaliação que ele faz chama a atenção para os problemas de ordem metodológica que acompanharam a execução do

programa. À primeira vista, é uma crítica bastante severa à forma como certos projetos de ‘organização e desenvolvimento de comunidade’ eram pensados e implementados de fora para dentro, sem se levar em conta a participação da própria comunidade. Entretanto, o fato de se ouvir a comunidade ou de incluí-la na discussão ainda não significaria uma mudança conceitual em relação à posição ‘subalterna’ “de comunidades das nações não industrializadas”. Para o editor, a lição mais importante que o fracasso do projeto Chonin de Cima pode oferecer foi a visibilidade dada ao latente desejo de mudança que existia nas comunidades de nações não-industrializadas e a criação do sentimento, entre os moradores, de que mudanças eram possíveis, se fosse considerada a ajuda de quem realmente estivesse imbuído desse esforço (NIEHOFF, 2008, p.77). Além disso, permanecia a concepção de que a responsabilidade do indivíduo prevalecia sobre qualquer outra. Nas palavras de Niehoff:

Embora a maioria dessas nações (subdesenvolvidas) esteja muito interessada em industrializarem-se, os seus problemas básicos derivam do fato de que dois terços das suas populações são mal alimentados, conservadores, basicamente analfabetos, e relativamente improdutivos - a população rural. Quando esses homens se tornarem bem alimentados, interessados na mudança, alfabetizados e produtivos, a maioria dos problemas avassaladores das nações em desenvolvimento vão ficar no passado (NIEHOFF, 2008, p. 9).

Nesse sentido, é apropriada a avaliação de Cristina M. O. Fonseca de que a metodologia de desenvolvimento de comunidade apoiada pelo SESP não inovou a concepção sobre saúde e doença, aceita desde o início de século XX, de que “a saúde é uma questão de hábitos individuais de higiene ou, na melhor das hipóteses, de pequenos grupos” (FONSECA, 1989, p. 57). A pesquisadora também chama a atenção para o fato de a proposta de desenvolvimento de comunidade relacionar a saúde e a doença com questões socioeconômicas, porém sem entrar no mérito das tensões relacionadas a esta interdependência.

A inovação na forma de abordagem dos problemas da comunidade, com o estímulo à participação das lideranças locais, não deixou de ser autoritária e a participação da comunidade seria, na verdade, restringida, pois os educadores sanitários “sopravam” para esses líderes sugestões e encaminhamentos que acabavam sendo acatados (RIOS, 1987: 229-230). Ou seja, a autoridade do técnico determinava prioridades e/ou interesses. De acordo com Rios (1987, p.76) “o primeiro dever do técnico é impor-se ao grupo, captar-lhe a confiança. Daí a vantagem em começar por um problema que está se fazendo sentir e cuja solução lhe dará prestígio para suscitar questões de maior importância”. No mesmo sentido, Kalervo Oberg finalizou sua avaliação sobre o Projeto em Chonin de Cima considerando que

o efeito mais duradouro do Projeto seria “o despertar as mentes das pessoas para a consciência de que uma vida mais plena e rica seria possível” e que a “criação da necessidade” de melhor saúde, melhor educação e melhor nível de vida seria o pré-requisito para a melhora da vida rural no Brasil (OBERG, 1956, p. 146).

Enfim, embora as diferenças culturais inerentes à população rural e/ou urbana pobre fossem frequentemente tomadas como obstáculos, opostas à mentalidade moderna “voltada para o cosmopolitismo das metrópoles” (FONTENELLE, 1959, p.103), as medidas médico-sanitárias implementadas pelo SESP e a controversa mediação dos cientistas sociais como intérpretes interculturais, se constituem, no Brasil, como espaço de experiência em saúde pública que deve ser (re)visitado.

De fato, nas áreas atendidas pelo SESP, muitas transformações ocorreram a partir das intervenções realizadas, mesmo que essas “mudanças não implicassem em mudanças sociais estruturais” (ELIAS, 1994, p.215). Tanto no plano material – obras de engenharia sanitária e saneamento do meio, ordenamento de territórios urbanos, tratamento de água e esgotamento sanitário, enfrentamento de epidemias, instalação de centros de saúde, oferta de assistência médica, treinamento profissional e programas de educação sanitária –, como no plano simbólico-cultural pela via da educação de costumes – mudanças de hábitos higiênicos e de alimentação, abandono de práticas de cura tradicionais, aceitação da medicina científica –, a experiência do SESP marcou uma época e garantiu a extensão de serviços de saúde pública, às vezes pioneiros, “a populações isoladas na vastidão dos “sertões” brasileiros” (CAMPOS, 2008, p. 881).

Não podemos deixar de levar em consideração que não faltaram obstáculos e críticas à importação pelo SESP de valores e metodologias ‘yankees’, mas também será preciso considerar as adaptações locais que acompanharam os programas e projetos estabelecidos (CAMPOS, 2006, p.273). Retrospectivamente, é preciso ressaltar que a generalização de um novo padrão sanitário que visava a manutenção da saúde foi possível graças a uma “prática civilizatória consensuada” (ARMUS, 2002, p.16) em que o esforço profissional e cívico dos profissionais envolvidos nos programas, bem como a disponibilidade de experimentação e mudança de hábitos, embora apreensiva e receosa, das populações-alvo, tiveram papel de destaque.

CONCLUSÃO

O jornal carioca *Diário da Noite*, do conglomerado de Assis Chateaubriand, publicou em 29 de setembro de 1943, uma reportagem com o título *Luz imortal de uma vida que ainda brilha apesar dos pântanos* que transcrevemos abaixo (ver anexo 3). O texto da reportagem, embora longo, apresenta elementos que consideramos emblemáticos para a análise que foi desenvolvida neste trabalho. Nele, está configurado o ‘sertão’ encontrado pelo SESP no Vale do Rio Doce e, de certa forma, o espaço de experiência e o horizonte de expectativa que tangenciavam o cotidiano da população e a proposta sanitária ‘civilizadora’ do SESP.

*Luz imortal de uma vida que ainda brilha apesar dos pântanos*³⁶⁹

História comovente de um oficial norte-americano, que salvou uma criança brasileira – Um grande drama imprevisto em pleno sertão do Espírito Santo³⁷⁰ – Anália, a linda garota sem sobrenome.

- Um major médico do Exército norte-americano, o Sr. James Knott, viu-se em embaraçosa situação na cidade de Governador Valadares, antiga Figueira do Rio Doce. O major Knott trabalha no SESP (Serviço Especial de Saúde Pública), que funciona em virtude de um convênio entre o Ministério da Educação e Saúde do Brasil e o escritório do Coordenador de Assuntos Interamericanos. O SESP está empreendendo grandes obras de saneamento no vale do Amazonas e no Vale do Rio Doce, tendo espalhado por estas regiões um exército de médicos e engenheiros sanitários brasileiros e norte-americanos cuja luta principal é dirigida contra a malária.

História Comovente

Foi, portanto em plena campanha contra os mosquitos transmissores do impaludismo, que são excelentes aliados de Hitler no Brasil, pelas dificuldades que opõem ao nosso esforço de guerra, que o major Knott se viu envolvido nesta comovente história. Estava ele, juntamente com um médico brasileiro do SESP, o dr. Oswaldo Silva, voltando de uma inspeção à zona infestada de impaludismo quando... Mas é melhor deixar o próprio major Knott contar a história, tal como fez em na carta que dirigiu ao diretor do SESP no Rio de Janeiro:

No segundo dia de minha estadia em Governador Valadares, eu voltava montado em um burro, de uma inspeção que tinha ido fazer nos pântanos. Passando por uma casa vi, através da janela, uma criança que agonizava no chão. Voltei ali na companhia do dr. Oswaldo Silva e deparamos o seguinte. A criança pertencia a uma família de cinco pessoas: pai, mãe e três filhos. Essa família tinha vindo recentemente do interior para Valadares para o tratamento do pai que estava doente do coração, com ascites, edema, dispneia, etc. A mulher teve uma grande inflamação no queixo e no pescoço e, como não havia aqui quem a pudesse operar, seguiu para Vitória. As três crianças – de três anos e meio, dois anos e um ano – caíram doentes – disenteria bacilar. Ninguém as tratou direito. A criança de dois anos morrera dias antes. A de um ano estava quase morrendo no chão. A mais velha, cuja fotografia estou lhe

³⁶⁹Disponível

em: http://memoria.bn.br/DocReader/Hotpage/HotpageBN.aspx?bib=221961_02&pagfis=19245&pesq=&url=http://memoria.bn.br/docreader# Acesso em 18 de novembro de 2014

³⁷⁰ Embora o jornal indique o ‘sertão’ do Espírito Santo, a cidade de Governador Valadares, onde se passa o fato relatado, fica no estado de Minas Gerais.

remetendo estava doente com tosse, resfriado, o nariz correndo, conjuntivite e disenteria. Encarregamos uma de nossas visitadoras do assunto e ela conseguiu uma mulher para tomar conta das crianças.

A menorzinha morreu quatro dias depois, mas a mais velha salvou-se. O pai deixou a cidade sem dizer alguma coisa, e a mãe nunca mais voltou. Temos assim uma filha adotiva. Cordialmente. – (a.) James Knott.

ANÁLIA, A MENINA SEM SOBRENOME.

Eis a história na rápida narrativa do major norte-americano. A menina que se salvou – Anália – é uma garota loura, muito clara e de olhos negros. O SESP entregou-a aos cuidados de uma distinta família de Governador Valadares - o casal Argeu-Ormy Vieira de Rezende. Este casal tem duas filhinhas que brincam com Anália. Nesse ambiente de conforto e ternura familiar, a filha adotiva do SESP vive feliz e recobra a saúde. Ninguém sabe o seu sobrenome. O SESP dedica uma pequena verba mensal para cooperar na sua manutenção e a pobre criança vai tendo uma existência suave sob os cuidados de d. Ormy e junto das meninas Ana Maria e Lícia Maria. Não se tem quaisquer notícia de seus pais.

Que será feito mais tarde da menina? Eis um problema que preocupa o Sr. Argeu, o major Knott, a direção do SESP, o Ministério da Educação e Saúde do Brasil e o escritório do Coordenador dos Assuntos Inter-americanos – e só não preocupa Anália, a menina sem sobrenome que, certamente, já esqueceu os dois irmãozinhos mortos e ri, no quintal, com suas duas novas irmãs, jogando milho para as galinhas e farelo para os pintos...

A história de Anália foi publicada numa página inteiramente dedicada a notícias sobre a II Guerra Mundial (p. 8), então em curso. O título principal –“Luz imortal de uma vida que ainda brilha apesar dos pântanos”– vai além do que a reportagem relata, pois não deixa clara, para o leitor comum, a relação entre o ‘pântano’, a malária, e o sertão, apresentado na abertura do texto. Entretanto, remete a acontecimentos relacionados à guerra em curso, noticiados com gravidade pelas manchetes da mesma página do jornal: *Estopim Estourando nos Balcans - Novos desembarques anglo-norte-americanos na Europa; Reconhecido o governo de Mussolini pela Alemanha e seus satélites; Confissão em Berlim; Hanover arrasada; Colabore no esforço de guerra do Brasil; Ocupada pelos americanos a ilha de Manumea; Droga para acabar com a praga da malária (Diário da Noite – Rio de Janeiro, 29/9/1943, p. 8)*. Na primeira página do jornal, também recheada de notícias sobre a guerra, como chamada para a matéria, publicou-se uma fotografia em que o Dr. Oswaldo Silva segura a criança ao colo (ver anexos 4 e 5). Avaliamos que a fotografia e a legenda indicativa da reportagem atrairiam a atenção dos leitores, pois estava envolvida por outras chamadas sobre acontecimentos que estavam na ordem do dia. A reportagem não estava desvinculada do restante das notícias veiculadas na página, pois o SESP era um “baby war”, como assinalaria mais tarde o jornalista Antônio Callado. Esta é uma primeira questão realçada na abertura da matéria. Informava-se sobre a presença de “um exército de médicos e engenheiros sanitaristas brasileiros e norte-americanos cuja luta principal é dirigida contra a malária” nos vales do

Amazonas e do Rio Doce, em campanha contra os mosquitos transmissores, aludidos como “aliados de Hitler”. Ou seja, subtendia-se que a instituição do SESP vinculava-se ao contexto da II Guerra e à contribuição do Brasil ao esforço para combater o ‘Eixo’, especialmente alavancando a produção de minérios estratégicos. Como vimos, o saneamento de certas áreas do Amazonas e do Vale do Rio Doce atenderia primeiro a esta demanda e, mais tarde, com a mudança do panorama mundial e brasileiro, acolheria novas perspectivas.

Entretanto, o que nos interessou na reportagem foi, sobretudo, a descrição circunstanciada feita pelo médico sobre o ambiente físico e sociocultural encontrado, e que podemos relacionar com as questões que levantamos ao longo deste trabalho. A descrição feita pelo Dr. James Knott, novamente nos traz aquele sertão desassistido de políticas públicas de saúde que nos é apresentado por Hochman (1998). Também é o sertão do médico que teve que usar um tacho para fazer a assepsia do material para a cirurgia de emergência, e dos relatos dos antigos moradores e memorialistas de Governador Valadares que se recordam de doenças variadas, da água buscada no rio, e da ausência de melhores condições de saúde, do desconhecimento sobre terapêuticas e profilaxias científicas. A presença ‘salvadora’ dos Drs. Silva e Knott corporifica, a um só tempo, a cooperação brasileira com o esforço de guerra norte-americano; a ajuda dos norte-americanos para o Brasil civilizar os seus sertões; a atuação do SESP para sanear os “pântanos” e erradicar do Vale do Rio Doce os “aliados de Hitler”. Eles fornecem um rosto humano e ‘comovente’ para a ciência, a vacinação, o combate à malária, o saneamento, a mudança de hábitos, o novo tempo, a modernidade civilizadora que, enfim, haviam chegado.

A criança sem sobrenome foi salva pela intervenção do médico e, pela mediação de uma visitadora, foi entregue a uma família que lhe propiciou um ‘ambiente de conforto e ternura familiar’. Seus irmãos não se salvaram, e de seus pais não se teve mais notícias. O SESP contribuiria com uma pequena soma para a manutenção da menina, que seria como sua ‘filha adotiva’, no dizer do Dr. Knott. Seu futuro, entretanto, permaneceria uma incógnita, apesar de, no momento da reportagem, ela rir no quintal, “jogando milho para as galinhas e farelo para os pintos...”. Da mesma forma que os doutores, a menina Anália humaniza e dá um corpo à região, que assim deixa de ser apenas uma referência geográfica de algum lugar do Brasil. Mais do que para a menina, o futuro é incerto para o Vale do Rio Doce, porém as condições de desamparo e doença estariam sendo superadas. O texto do jornal é uma alegoria para as expectativas que se queriam ver realizadas no futuro próximo.

Mas afinal, o que nos poderia dizer este relato sobre processos civilizadores, espaços de experiências e horizontes de expectativas, que presumimos pela atuação do SESP no

‘sertão’ do Rio Doce? Retomaremos a fotografia e a legenda da primeira página do *Diário da Noite*, que nos oferecem algumas pistas. A fotografia é emblemática, pois o doutor segura e observa a criança numa expressão acolhedora, mas ela olha enigmática para frente, para o horizonte. Abaixo da foto, está a chamada (legenda) para a reportagem: “Anália, a linda garota sem sobrenome, com a fisionomia de quem, apesar de inocente, ainda relembra as terríveis horas de um destino amargo e quase fatal. Agora, porém, já recebe o carinho e os cuidados do dr. Osvaldo Silva, diretor-médico das obras de saneamento do Vale do Rio Doce”

Ao qualificarmos como ‘sertão’ o Vale do Rio Doce, desprovido de equipamentos sanitários e serviços médicos, encontramos a população sem sobrenome, vinda de longe e de mais perto, em busca de seu ‘lugar ao sol’. As condições não eram fáceis e as tensões e constrangimentos eram muitos. Cada pessoa, ou cada família, trazia as marcas de outros ‘sertões’, hábitos, conhecimentos e expectativas. A família de Anália bem representa esses ‘pioneiros anônimos’ que, ao se fixarem na região, vão compondo seu tecido social de forma distinta, mas interdependente, de outro grupo também forasteiro, autodenominado ‘pioneiros’, que detinha maior poder econômico e político e, ao que parece se colocava mais propenso a mudanças, como acentuou Fontenelle (1959) em sua análise sobre Aimorés. O trabalho dos agentes sanitários e das visitadoras do SESP agiu diretamente sobre a população mais pobre, composta de trabalhadores de diferentes ofícios, cujos hábitos e costumes tradicionais precisavam ser modificados, em nome da preservação da saúde e da mão-de-obra.

Como vimos, variadas estratégias foram utilizadas por esses ‘recém-formados divulgadores’ da cultura sanitária científica para o convencimento do seu público-alvo. Entre acertos e dissensões, aos poucos, esse processo civilizatório – no sentido da mudança de hábitos, de inauguração de uma tradição nova³⁷¹, ou de algumas mudanças na mesma tradição (Elias, 1994, p. 75) – foi se concretizando no cotidiano. A fotografia da reportagem mostra Anália em vestido limpo e asseado, cabelos penteados, e possivelmente, usando um calçado, em contraposição à situação em que foi encontrada pelo médico: “doente com tosse, resfriado, o nariz escorrendo, conjuntivite e disenteria”. A mensagem subliminar é clara: a assistência médica e, complementarmente, um ambiente saudável (no caso uma nova família e uma nova casa) poderiam mudar a situação de desconforto material, de “um destino amargo e quase fatal”, mas também poderiam influenciar novas formas de comportamento social. Esse mecanismo, na expressão de Norbert Elias, refletiria o entrelaçamento dos processos da sociogênese e da psicogênese (ELIAS, 1993, p. 238; 1994, p. 135; CHARTIER, 2001, p. 25),

³⁷¹ HOBBSAWM, Eric; RANGER, Terence. *A invenção das tradições*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1984. p. 9 a 24.

em que a transformação de determinada configuração social se acompanharia de transformações na “modelagem” e (na) “economia do habitus psíquico” (individual e coletivo) “engendrado por essa figuração”, e vice-versa, num movimento de retroalimentação nem sempre linear.

A transformação de Anália também nos sugere a inter-relação entre o espaço de experiência e o horizonte de expectativas que perpassavam os programas do SESP e, ao mesmo tempo, o cotidiano vivido pela população-alvo no Vale do Rio Doce e em outras localidades. A considerar os apontamentos de Kalervo Oberg (1956) e Charles Wagley (1977), que entendiam as diversas comunidades rurais brasileiras semelhantes entre si, por circunstâncias historicamente construídas, poderíamos desdobrar tais experiências e expectativas para o âmbito nacional, lugar onde, como “dentro da própria família assim como no mundo do trabalho, se dá a justaposição de diferentes espaços de experiência e entrelaçamento de distintas perspectivas de futuro ao lado de conflitos ainda em germe” (KOSELLECK, 2006, p.14). Foi nesse sentido que consideramos a interdependência sempre instável entre as distintas configurações que compuseram, numa perspectiva relacional, os variados cenários anteriores e concomitantes ao SESP.

Assim compreendemos a circularidade e a readaptação de experiências, metodologias, conhecimentos e diretrizes conceituais que acompanharam a atuação da Fundação Rockefeller no Caribe, a organização do Instituto de Higiene em São Paulo, a organização das campanhas contra febre amarela e malária no Brasil, como aparatos modelares que ‘inspiraram’ a estruturação do SESP, numa espécie de espaço de experiência organizacional. Ao mesmo tempo, verificamos a presença de diferentes interesses e expectativas, concernentes ao contexto espaço-temporal próprios de cada uma destas organizações.

Na mesma perspectiva, incorporamos a discussão sobre a divulgação de uma cultura científica que permeou a atuação do SESP e da qual ele foi portador. Os investimentos e esforços em pesquisas e publicações legitimaram as intervenções médico-sanitárias implementadas e embasaram a ‘arquitetura’ de um ambiente favorável às transformações propostas, independente das reações contrárias e resistências de diversas naturezas. A formação dos agentes sanitários e das visitadoras, a partir dessa cultura, e sua performance junto ao público-alvo potencializaram o movimento ‘civilizador’ que levaria à construção de novos hábitos de higiene e de saúde. O fato de esses agentes pertencerem ao mesmo grupo social abordado foi um aspecto facilitador de mudanças. Mesmo quando seus conselhos não foram atendidos, criou-se uma situação de “equilíbrio instável” de poderes e status interpessoais e coletivos (ELIAS, 2000), que levariam muitos residentes a incorporarem

alterações anteriormente rejeitadas. Ou seja, a teia de interdependências que ligava os indivíduos entre si, produzia códigos e condutas originais, que levariam à autocensura dos sentimentos e pulsões e à incorporação de novos hábitos “que regem a civilidade” pela “arte de observar, ao outros e a si mesmo” (CHARTIER, 2001, p. 8; 21; ELIAS, 2001, p. 246).

Finalmente, colocamos em pauta a contribuição das Ciências Sociais que foram chamadas a interpretar os diferentes contextos culturais em que as ações sanitárias se efetivariam e a mediar as tensões advindas do encontro de diferentes mundos e tempos. Tal mediação igualmente se ligou à urgência de divulgação dos pressupostos científicos, mas também ideológicos, que permeavam a execução dos programas e projetos de cooperação bilateral em saúde pública na América Latina. Os cientistas sociais certamente estiveram entre dois fogos, ou entre dois senhores, pois, ao mesmo tempo em que (re)conheciam a originalidade das culturas que investigaram, também envidaram esforços, estimulados pelas agências que representavam, no sentido de convencer as comunidades e indivíduos a mudança tangível de hábitos, o que levaria ao obscurecimento da tradição e da cultura rural original. Sob esta circunstância, estaria assentado um dos dilemas das Ciências Sociais naquele período, ou seja, sua ligação com um determinado projeto de desenvolvimento nacional (VILLAS BÔAS, 2006) e a forma como o Brasil era pensado.

Especificamente em relação à atuação do SESP no Vale do Rio Doce, visualizamos diferentes perspectivas que ora se interpenetraram e ora se confrontaram. Como vimos, a região havia sido incorporada como fronteira agrícola ao projeto de desenvolvimento industrial brasileiro, capitaneado pelo governo Vargas e também pelos governos seguintes até 1960. Seu saneamento, em atendimento ao esforço de guerra, oportunamente acelerou o processo de incorporação que teria como um dos seus desafios superar a mentalidade e as práticas cotidianas tradicionais da sociedade interiorana. Nesse esforço de modernização, sobrepunha-se o discurso de uma sociedade industrial e ‘civilizada’, frente àquela rural e arcaica. Os espaços de experiências e os horizontes de expectativas dos dois mundos (e tempos) se entrecruzaram na dinâmica de serem vividos simultaneamente por diferentes atores sociais (KOSELLECK, 2006, p. 320).

Nessa dinâmica, em que o SESP foi instrumento de mudanças sanitárias, destacamos o papel das visitadoras e dos agentes sanitários que sofreram e provocaram mudanças sociocognitivas e comportamentais a partir de seu reposicionamento, como funcionários do SESP, em seus grupos sociais e coletividade. A população atendida também teve seu cotidiano afetado pela nova configuração espacial das cidades que passariam a poder utilizar equipamentos médicos-sanitários antes inexistentes.

No Vale do Rio Doce, portanto, a modernidade civilizadora, mediada pela atuação do SESP chegou por diversos caminhos, marcando a interpenetração entre dois mundos distintos: o urbano e o rural. Neste encontro entre cidade e sertão, conformaram-se alterações nas estruturas sociais e mudanças comportamentais individuais. Em nossa perspectiva, a modernidade, o saneamento e a medicina científica foram oferecidos à população como opção salvadora. Contudo, as narrativas mostraram que houve resistência e que o cotidiano se revelava bem mais complexo do que fora expresso na documentação oficial do SESP e na perspectiva oficializada pelos memorialistas locais e pelos ‘pioneiros’, que tomaram o SESP como obra sua no esforço pelo progresso da cidade e região. Estas impressões oficiais e oficializadas contribuíram para se estabelecer, pelo menos em Governador Valadares, uma memória ‘vantajosa’ para os autodenominados ‘pioneiros’, que se colocaram como propulsores do desenvolvimento. A população pobre ficou como Anália, a menina sem sobrenome, em novos trajes, mas ainda fixando o horizonte, em expectativa.

Uma vez mais retomaremos a história de Anália e a fotografia que ilustra a reportagem do jornal *Diário da Noite*. A reportagem termina perguntando o que seria feito mais tarde daquela menina, levantando uma questão que se tornaria um problema para todos (para o Dr. Knott, para a direção do SESP, para a família que a acolheu, para o Ministério da Educação e Saúde do Brasil e para o escritório do Coordenador dos Assuntos Inter-Americanos); mas não seria preocupação da menina, que naquele momento “ria no quintal”, esquecida do infortúnio vivido recentemente. Uma resposta para a perturbadora questão talvez estivesse na fotografia: quem fez o relato sobre a experiência ‘comovente’ foi o médico norte-americano James Knott, mas quem apareceu na fotografia, com a criança ao colo, foi o médico brasileiro Dr. Osvaldo Silva.

Instigante situação que apontaria para futuros horizontes, em que o SESP seria chamado a se responsabilizar pelo atendimento médico-sanitário de uma extensa área do território brasileiro. De fato, entre 1942 e 1960, muito foi realizado e não se pode negar a contribuição singular dada pelo SESP, tanto localmente, no atendimento às necessidades mais básicas de saúde pública, quanto nacionalmente, com a projeção de um modelo de assistência que iria influenciar fortemente as discussões sobre saúde pública em anos posteriores. Entretanto, como no caso de Anália, a atuação do SESP foi estabelecida como uma benesse do poder público e, a disponibilização de bens públicos de saúde não foi entendida, nem usufruída, naquele período, como conquista social, tampouco como fruto do esforço e da organização da população local.

Se, de um lado, as diversas configurações que apresentamos e o episódio relatado por Knott, contribuíram para desvelar constrangimentos e tensões relacionados ao processo de mudança cultural em curso no Vale do Rio Doce – processo que entendemos como civilizador –, de outro, demonstram que a modernização projetada estaria (e ainda está) inconclusa, pois as velhas expectativas ainda não estavam totalmente desvinculadas das experiências vividas até então (Koselleck, 2006, p. 314). O novo tempo (modernidade) estaria ainda em suspenso, e a expectativa projetada na fotografia do médico brasileiro que acolhe Anália (o sertão?) em seu colo – de que o Brasil enfrente, de fato, a problemática da saúde pública – continua no horizonte, aguardando que ações sociais e políticas efetivas contribuam para que essa expectativa não continue somente como ‘antecipação desejada do futuro’.

FONTES

Fontes Impressas

1 – Livros

ALMEIDA, Ceciliano Abel de. *O Desbravamento das Selvas do Rio Doce*. Rio de Janeiro: José Olímpio, 1959.

BASTOS, N. C. B. *Educação Sanitária: fundamentos, objetivos e métodos*. Rio de Janeiro: Fundação Serviço Especial de Saúde Pública, 1963.

BASTOS, N.C. Brito. *SESP/FSESP: 1942 – Evolução Histórica – 1991*. Recife, Comunicarte, 1993.

FONTENELE, L. F. Raposo. *Aymorés: análise antropológica de um Programa de Saúde*. Rio de Janeiro, DASP: Serviço de documentação, 1959.

MIRANDA, Salm de. *Rio Doce – impressões de uma época*. Biblioteca do Exército. Rio de Janeiro, 1949.

PAULA, Antônio Tavares de. *História de Aimorés*. Belo Horizonte: Usina de Livros, 1993.

OBBERG, Kalervo. Chonin de Cima - *A Rural Community in Minas Gerais, Brazil*. Rio de Janeiro, USOM, 1956.

TEIXEIRA, Fausto. *Colatina – ontem e hoje*. Colatina, s.ed.,1974.

SOARES, Ruth. *Memórias de uma cidade*. Governador Valadares: S/A Tribuna Fiel, 1983.

STRAUCH, Ney. *A Bacia do Rio Doce – Estudo Geográfico*. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, Conselho Nacional de Geografia, 1955.

STRAUCH, Ney. *Zona metalúrgica de Minas Gerais e Vale do Rio Doce: guia da excursão no. 2, realizada por ocasião do XVIII Congresso Internacional de Geografia*. Rio de Janeiro: Ed. Conselho Nacional de Geografia, 1958.

2 – Periódicos

Boletim do SESP – Acervo da Biblioteca da Casa de Oswaldo Cruz, COC/Fiocruz, Rio de Janeiro.

Boletim do SESP n.4, de janeiro de 1944

Boletim do SESP, n. 24, 1945

Boletim do SESP, n. 25, agosto de 1945

Boletim do SESP, n. 54, Janeiro de 1948

Boletim do SESP, n. 55, Fevereiro de 1948

Boletim do SESP, n. 57, Abril de 1948
 Boletim do SESP, n. 63, Outubro de 1948
 Boletim do SESP, n. 11 (?), Novembro de 1949
 Boletim do SESP, n. 3 (?) Maio-Julho1950
 Boletim do SESP. n° 7 – Janeiro/ 1951
 Boletim do SESP, n. 17, novembro de 1951
 Boletim do SESP, n. 38, setembro de 1953
 Boletim do SESP, n. 2(?) Fevereiro de 1957
 Boletim comemorativo do 10º aniversário do SESP, 17 de julho de 1952

DIÁRIO DA NOITE. Rio de Janeiro, 29 de setembro de 1943. Hemeroteca Digital - BNDigital - Biblioteca Nacional

DIÁRIO DO RIO DOCE (DRD). Governador Valadares, 1958 - ano inicial da circulação do jornal, até 1960. (Arquivo do Diário do Rio Doce)

DRD - 10/04/1958, n.. 7, p. 2
 DRD - 25/04/1958, n. 18, p. 1
 DRD- 26/04/1958, n.20, p. 1
 DRD - 05/08/1958, n. 101, p. 1
 DRD - 17/08/1958, n. 112, p. 5
 DRD - 10/10/1958, n.157, p.1
 DRD - 14/11/1958, n.186, p. 4
 DRD - 25/11/1958, n.194, p. 1
 DRD - 07/12 1958, n.205, p.1
 DRD - 21/12/1958, n. 216, p.1
 DRD - 01/05/1959, n.318, p. 1
 DRD - 21/06/1959, n. 4, p. 3
 DRD - 01/09/1959, n. 420, p.1
 DRD - 17/12/1959, n. 509, p.1
 DRD - 12/10/1960. n. 747, p. 1

REVISTA ACAIACA. Belo Horizonte: Acaiaca, n.32, nov. de 1951 (Número especial).

REVISTA ACONTECEU. Rio de Janeiro: RGE - Rio Gráfica Editora, n. 60, nov de 1958.

REVISTA DO SESP - Acervo da Biblioteca da Escola de Engenharia da UFMG.

REVISTA DO SESP. Rio de Janeiro: Serviço Especial de Saúde Pública, t. I n. 1, 1947.

REVISTA DO SESP. Rio de Janeiro: Serviço Especial de Saúde Pública, t. I n. 2, Julho 1947.

REVISTA DO SESP. Rio de Janeiro: Serviço Especial de Saúde Pública, t. I n. 3, Janeiro de 1948.

REVISTA DO SESP. Rio de Janeiro: Serviço Especial de Saúde Pública, t. I n. 4, Maio 1948.

REVISTA DO SESP. Rio de Janeiro: Serviço Especial de Saúde Pública, t. II, n. 1, Julho de 1948.

REVISTA DO SESP. Rio de Janeiro: Serviço Especial de Saúde Pública, t. II, n. 2, Dezembro de 1948.

REVISTA DO SESP. Rio de Janeiro: Serviço Especial de Saúde Pública, t. III, n. 2. Janeiro de 1950.

REVISTA DO SESP. Rio de Janeiro: Serviço Especial de Saúde Pública, t. IV, Abril de 1951.

REVISTA DO SESP. Rio de Janeiro: Serviço Especial de Saúde Pública, t. V, n. 2, Dezembro de 1952.

REVISTA DO SESP. Rio de Janeiro: Serviço Especial de Saúde Pública, t. VI n. 1, Junho de 1953.

REVISTA DO SESP. Rio de Janeiro: Serviço Especial de Saúde Pública, t. VI n. 2, Junho de 1954.

REVISTA DO SESP. Rio de Janeiro: Serviço Especial de Saúde Pública, t. VII n. 2, Junho 1955.

REVISTA DO SESP. Rio de Janeiro: Serviço Especial de Saúde Pública, t. VII, n. 2, Junho de 1955.

REVISTA DO SESP. Rio de Janeiro: Serviço Especial de Saúde Pública, t. VIII, n. 2, Dezembro de 1956.

VOZ DO RIO DOCE. Governador Valadares, n. 1 – 101, 14/out/1945 a 4/jan/1948. (Acervo do NEHT/Univale).

Voz do Rio Doce, Ano I – 03 de fevereiro de 1946

Voz do Rio Doce, Ano I – 02 de junho de 1946

Voz do Rio Doce, Ano I – 19 de maio de 1946

Voz do Rio Doce, Ano III – 04 de janeiro de 1948

3 – Relatórios

PUBLIC HEALTH SERVICE, Bureau of State Services (US) 10 years of cooperative health programs in Latin America: an evaluation conducted by the U.S. Public Health Service for the Institute of Inter-American Affairs. Washington: USPHS; 1953. Disponível em: http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PCAAA248.pdf

THE JOHNS HOPKINS UNIVERSITY. Brazil-United States cooperative health – sanitation program, 1942–1960. Washington: International Cooperation Administration; 1961. Disponível em: http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PDACS449.pdf

COMPANHIAVALE DO RIO DOCE. *Perspectivas de Desenvolvimento Industrial da Região do Rio Doce*. São Paulo: SERETE, 1963, 3 v.

MENSAGEM DOS PRESIDENTES DO ESTADO DE MINAS GERAIS. 1910 a 1930. In: Provincial Presidential Reports - Minas Gerais. Brazilian Government Document Digitization Project. Center for Research Libraries (CRL). Disponível em <http://www.crl.edu/content/brazil/mina.htm>. Acessado em 12 de abril de 2008.

MENSAGEM DOS PRESIDENTES DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO. 1910 a 1930. In: Provincial Presidential Reports - Minas Gerais. Brasília Government Document Digitization Project. Center for Research Libraries (CRL). Disponível em <http://www.crl.edu/content/brazil/esp.htm>. Acessado em 12 de abril de 2008.

Fontes documentais

Livro de Registro de Sepultamento 1960-1964. Arquivo Público Municipal de Governador Valadares e CEDAC/UNIVALE.

FUNDO FSESP- Fundação Serviço Especial de Saúde Pública. Arquivo da Casa de Oswaldo Cruz/FIOCRUZ – (COC/FIOCRUZ), Rio de Janeiro/RJ- BR.FIOCRUZ-COC/FSESP/AMS/00/SB/ESG/12 Construção de fossas e privadas no acampamento de trabalhadores em “Linha Abaixo”. Cx. 45, doc 23

FUNDO FSESP- BR.FIOCRUZ-COC/FSESP/AMS/00/5B/ESG/38 Projeto: RD-LAB-9 – 1943/1946; Cx 45, doc. 24 - Construção de sentinas em várias localidades do Estado do Espírito Santo.

FUNDO FSESP- BR.FIOCRUZ-COC/FSESP/AMS/00/SB/ESG/04 Projeto: RD-RSA-9 – 1944/1945; Cx 57, doc. 36 47 - Construção de privadas sanitárias - Aimorés, Estado de Minas Gerais.

FUNDO FSESP- BR.FIOCRUZ-COC/FSESP/AMS/00/SB/ESG/42. Projeto: RD-AIM-9 – 1947; Cx. 48, doc. 40- Construção de sentinas - Governador Valadares, Minas Gerais.

FUNDO FSESP- BR.FIOCRUZ-COC/FSESP/AMS/00/SB/ESG/16 Projeto: RD-GVA-9 – 1947/1948; Cx. 48, doc. 41 - Construção de sentinas - Área “Linha Acima” - Estrada de Ferro Vitória - Minas Gerais. Projeto: RD-LAC-9 – 1943/1945.

FUNDO FSESP - BR.FIOCRUZ-COC/FSESP/AMS/00/SB/ESG/03FSESP, Cx. 34 doc. 43 – Instalação de Sistema de água e esgotos em Aimorés, 1944-1945

FUNDO FSESP- BR.FIOCRUZ-COC/FSESP/AMS/00/SB/ESG/02 Cx. 33 doc. 33 e 36 - Instalação de Sistema de água e esgoto em Governador Valadares, 1943-1944.

FUNDO FSESP- BR.FIOCRUZ-COC/FSESP/AMS/00/SB/ESG/42. Projeto: RD-GVA-7-A Cx. 48, doc. 40 - Construção de sentinas - Governador Valadares, Minas Gerais.

FUNDO FSESP- BR.FIOCRUZ-COC/FSESP/AMS/00/SB/AA/01 Projeto: RD-GVA-9 - Abastecimento de água para Aimorés, MG. Cx. 33, doc. 38

FUNDO FSESP - BR.FIOCRUZ-COC/FSESP/AMS/00/5B/ESG/41 Projeto: MG-AIM-9-A Cx. 47, doc. 36 - Construção de privadas sanitárias - Aimorés, Estado de Minas Gerais.

FUNDO FSESP- BR.FIOCRUZ-COC/FSESP/AMS/00/SB/ESG/09 Projeto: RD-AIM-9A; Cx. 30, doc. 18 Instalação de rede de esgotos em Colatina, Espírito Santo.

FUNDO FSESP- BR.FIOCRUZ-COC/FSESP/AMS/00/SB/AA/10 Projeto: RD-GOI-8 - Cx. 31, doc. 19 - Sistema de distribuição de água para Colatina, Espírito Santo.

FUNDO FSESP- BR.FIOCRUZ-COC/FSESP/AMS/00/SB/ESG/02. Cx. 48, doc. 40. Privadas sanitárias para a cidade de Governador Valadares.

FUNDO FSESP- BR.FIOCRUZ-COC/FSESP/AMS/00/SB/ESG/22 Projeto: RD-MGE-9- Cx. 48, doc. 45- Construção de sentinas, em pequenas cidades do Estado de Minas Gerais.

FUNDO FSESP- BR.FIOCRUZ-COC/FSESP/AMS/00/5B/ESG/38 Cx. 45, doc. 24 - Construção de sentinas em várias localidades do Estado do Espírito Santo

FUNDO FSESP- BR.FIOCRUZ-COC/FSESP/AMS/00/TMP/CD/36 Cx. 03, doc. 24 - Administração da Divisão de Endemias Rurais. Espírito Santo e Minas Gerais.

FUNDO FSESP- BR.FIOCRUZ-COC/FSESP/A/00/OF/00/183 - Relatório Geral de Atividades de 1962. Fundo Administração. Seção 2- Caixa 61. Doc 183

FUNDO FSESP- BR.FIOCRUZ-COC/FSESP/AMS/00/US/00/08 - Cx 80, doc 64 - Construção de um Posto de Saúde em Aimorés, Minas Gerais, Programa do Rio Doce. 1944 – 1946;

FUNDO FSESP- BR.FIOCRUZ-COC/FSESP/AMS/00/US/00/24 - Cx 60, doc. 103 - Construção de um Edifício para Sede do Centro de Saúde da Cidade de Baixo Guandu, Espírito Santo. 1950.

FUNDO FSESP- BR.FIOCRUZ-COC/FSESP/AMS/00/US/00/10 – Obras no Hospital de Colatina, Espírito Santo – 1950

FUNDO FSESP- BR.FIOCRUZ-COC/FSESP/AMS/00/US/00/61 - Obras no Hospital de Colatina, Espírito Santo – 1950.

FUNDO FSESP- BR.FIOCRUZ-COC/FSESP/AMS/00/US/00/10 - Alteração de acordo para o estabelecimento de um Centro de Saúde em Governador Valadares e outro em Aimorés (MG)– 1944.

FUNDO FSESP- BR.FIOCRUZ-COC/FSESP/AMS/00/CT/FC/28 -Cx. 12, doc 20 - Curso de Visitadoras Sanitárias em Colatina/ES, Programa do Rio Doce.

FUNDO FSESP- BR.FIOCRUZ-COC/FSESP/AMS/00/CT/FC/29 - Cx 37, doc 33 - Curso de Visitadoras Sanitárias em Governador Valadares, Minas Gerais; 1947.

FUNDO FSESP- BR.FIOCRUZ-COC/FSESP/AMS/00/CT/FC/09 - Cx.14, doc. 43 - Curso de Visitadoras Sanitárias em Santarém/PA, Programa do Amazonas; 1946.

FUNDO FSESP - BR.FIOCRUZ-COC/FSESP/AMS/00/CT/FC/16 - Dossiê referente a projeto RD-VIT.

FUNDO FSESP- BR.FIOCRUZ-COC/FSESP/A/00/OF/00/165 - Aspectos do curso para agentes sanitários em Colatina/ES, 1951.

FUNDO FSESP - BR.FIOCRUZ-COC/FSESP/AMS/00/5B/ESG/38 - Cx. 45, doc. 24 - Construção de sentinas em várias localidades do Estado do Espírito Santo.

FUNDO FSESP- BR.FIOCRUZ-COC/FSESP/A/00/OF/00/29- Cx 21 dossiê 29 – Manual de saneamento/1960

FUNDO FSESP- BR.FIOCRUZ - COC/FSESP/ AMS/ 00/CT/FC/28 - Programa de Treinamento de Seção de Enfermagem do Rio Doce em Aimoré (MG) -.

FUNDO FSESP- BR.FIOCRUZ-COC/FSESP/AMS/00/SS/00/01 - Administração da Divisão Médico-Sanitária de Vitória (ES). Projeto RD-VIT-1B do Programa do Rio Doce.

FUNDO FSESP- BR.FIOCRUZ-COC/FSESP/AMS/00/US/00/31 FSESP, Cx 24, doc. 55 - Operação do Centro de Saúde de Aimorés, MG. Projeto; RD-LCE-4.

FUNDO FSESP- BR.FIOCRUZ-COC/FSESP/AMS/00/TMP/AM/17FSESP, Cx. 23, doc. 45 - “Núcleo Experimental de Cooperação Rural Chonin de Cima” - Governador Valadares, MG. Projeto: MG-GVA-4. A

FUNDO FSESP- BR.FIOCRUZ-COC/FSESP/AMS/00/TMP/AM/22FSESP, Cx. 25, doc. 68 - Núcleo de Cooperação Rural em Pedro Leopoldo, Minas Gerais. Projeto: MB-PL-20

FUNDO FSESP- BR.FIOCRUZ-COC/FSESP/AMS/00/CT/FC/25 - Formação de Pessoal para o Programa de Minas Gerais.

FUNDO FSESP- BR.FIOCRUZ-COC/FSESP/AMS/00/CT/FC/29 - Cx 14, doc. 39-40 - Curso de Visitadoras Sanitárias em Governador Valadares, Minas Gerais.

FUNDO FSESP- BR.FIOCRUZ-COC/FSESP/AMS/00/CT/FC/31 - Curso para Visitadoras Sanitárias, em Colatina Espírito Santo, Programa do Rio Doce.

FUNDO FSESP- BR.FIOCRUZ-COC/FSESP/AMS/00/CT/FC/36 - Projeto de Escola para Treinamento e Ensino de Guardas Sanitários para Controle de Malária.

FUNDO FSESP- BR.FIOCRUZ-COC/FSESP/AMS/00/CT/EDS/04 - Curso de Saúde e Higiene para Professores nas Escolas Normais de Minas Gerais.

FUNDO FSESP - BR.FIOCRUZ-COC/FSESP/A/00/0F/00/137 - Cx 47 doc 137 - Relatório do ano 1948- meses julho, agosto, setembro.

Fontes Orais

1 – Entrevistados (acervo pessoal) e NETH/Univale

* todas transcritas e com termo de esclarecimento assinado.

Funcionários/as do SESP

Graginna Vidal de Moraes Lopes

Hemínea Milhorele Veras

Maria da Glória Carvalho

Nilza da Silva

Almiro Barreto

Atanael Santana

Hermírio Gomes da Silva

Petronilho Alcântara Costa

Olmário Francisco Vieira

Colaboradoras/parteiras

Ambrózia Francisca
Maria Auxiliadora Dias (D.Lili)
Paulina Alves de Souza

Alguns antigos moradores de Governador Valadares

Ana Aparecida Souza de Jesus
Elvira Ferreira Viana
Iracema dos Santos Costa
Sandra de Carvalho Gomes
Teresinha Solha Hilel
Zuleida Zambom Toé
Antônio Peixoto
César Nunes Coelho
José Gonçalves Reis
Ladislau Salles
Pedro Silveira Nunes
Sady da Silva
Tauffic Salmen

BIBLIOGRAFIA

- ABREU, Jean Luiz Neves. Educação sanitária e saúde pública em Minas Gerais na primeira metade do século XX. *Hist. cienc. Saude-Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, Mar. 2010. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702010000100013>. Acessado 05 Jan. 2012.
- ALBERTI, Verena. *Manual de história oral*. 2.ed.rev. e atual. Rio de Janeiro: Ed. Fundação Getulio Vargas, 2004.
- ANJOS, Waldemar Versiani dos. *Jornal de Serra Verde*. 2ª Ed. Belo Horizonte, Ed. Itatiaia, Rio de Janeiro, INL, 1972.
- AMADO, Janaína. Região, sertão, nação. *Estudos Históricos*, Rio de Janeiro, vol. 8, n. 15, 1995a.
- AMADO, Janaína. Construindo mitos: a conquista do Oeste no Brasil e nos EUA. In: Pimentel, Sidney V. e Amado, Janaina. *Passando dos limites*. Goiânia: Ed. UFG. 1995b.
- AMMANN, S. B. *Ideologia do desenvolvimento de comunidade no Brasil*. 6. Ed. São Paulo: Cortez, 1987.
- ARARIPE, D. de Alencar. *História da Estrada de Ferro Vitória-Minas: 1904-1954*. Rio de Janeiro, s/ed., 1954.
- ARAUJO, José Duarte de. O custo da doença: revisão de literatura. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 9, n. 2, 1975.
Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101975000200013&lng=en&nrm=iso. Acessado em: 11 jun. 2008.
- ARAUJO, José Wellington. Ciência e senso comum: a divulgação do conhecimento no campo da saúde. In: *Perspect. ciênc. Informação*. Belo Horizonte, n. especial, p. 72-93, jul./dez. 2003; p. 72-93.
Disponível em: <http://portaldeperiodicos.eci.ufmg.br/index.php/pci/article/view/653/439>
Acessado em 30 de novembro de 2011.
- ARMUS, Diego (org.) *Avatares de la medicalización en América Latina 1870-1970*. Buenos Aires: Lugar Editorial, 2005.
- ARRUDA, Gilmar. Cidades e Sertões: O Historiador entre a História e a Memória. *Proj. História*, São Paulo, (19), Nov. 1999.
Disponível em: <http://revistas.pucsp.br/index.php/revph/article/view/10926/8087> Acessado em 20 de abril 2015.
- ARRUDA, Gilmar. *Cidades e Sertões: entre história e a memória*. Bauru: Edusc, 2000. 256 p. (Coleção História).

BARBOSA, Maria Aparecida; Celso MAFRA Júnior, Antônio É a história uma ficção? *Revista Tempo e Argumento*, vol. 2, núm. 2, julho-dezembro, 2010, pp. 257-265 Universidade do Estado de Santa Catarina Florianópolis, Brasil.

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=338130373016> Acessado em 15 de janeiro de 2015.

BARROS, José D'Assunção . Fontes Históricas: revisitando alguns aspectos primordiais para a pesquisa histórica. *Mouseion (UniLasalle)* , v. 12, p. 129-159, 2012.

BARROS, Manoel de. *Livro sobre nada*. Rio de Janeiro: Record, 2006.

BRANDÃO, Carlos da Fonseca. *Os processos de civilização e o controle das emoções*. Bauru, SP: Edusc, 2007.

BASSÉRES, Maurício S.; PANTOJA, Woodrow P. Verminoses – algumas considerações em torno das verminoses na área do Rio Doce. *Revista do SESP*, Rio de Janeiro, Ano I, n. 02, p. 235-249, Julho de 1947a.

BASSÉRES, Maurício S.; PANTOJA, Woodrow P. Verminoses – Tratamento em massa pelo hexyl-resorcinol. *Revista do SESP*, Rio de Janeiro, Ano I, n. 02, p. 251-260, Julho de 1947b.

BASTOS, Elide Rugai; ABRÚCIO, Fernando; LOUREIRO, Maria Rita; REGO; José Marcio. *Conversas com sociólogos brasileiros*. São Paulo: Ed. 34. 2006.

BASTOS, N. C. B. Métodos, técnicas e meios na educação sanitária de adultos. *Revista do SESP*. Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 313-324, 1958.

BASTOS, N.C.B. Educação sanitária. *Revista do Serviço Especial de Saúde Pública* 1970; tomo XV(2): 59-88.

BASTOS, N. C.B.; SILVA, O. J. Programas educativos nas unidades sanitárias do Serviço Especial de saúde Pública. *Revista do SESP*. Rio de Janeiro, t. VI, n. 1, p. 219-284, jun. 1953.

BENCHIMOL, Jaime L. *Febre Amarela: a doença e a vacina, uma história inacabada*. Rio de Janeiro: editora FIOCRUZ, 2001.

BORGES, Andréa. *Norbert Elias & a Educação*. Belo Horizonte: Autêntica, 2007.

BORGES, Maria Eliza Linhares. *Utopias e contra-utopia: movimentos sociais rurais em Minas Gerais (1950-1964)*. Belo Horizonte, UFMG, 1988. (Dissertação de Mestrado).

BORGES, Maria Eliza Linhares. Representações do universo rural e luta pela reforma agrária no Leste de Minas Gerais. *Rev. Bras. Hist.*, São Paulo, v. 24, n. 47, p. 303-326, 2004

BOSCHILIA, Bruno. *Futebol e violência em campo: análise das interdependências entre árbitros, regras e instituições esportivas*. Dissertação de mestrado/Educação Física. UFPR, 2008.

BOSI, Ecléa. *Memória e sociedade: lembrança de velhos*. São Paulo, SP. T.A. Editor, 1979.

BOSI, Ecléa. *O tempo vivo da memória: ensaios de psicologia social*. São Paulo: Ateliê Editorial, 2003.

BOVÉE, Clifton. Abastecimento d'água no Vale do Rio Doce. *Revista do SESP*, Rio de Janeiro, ano I, nº 2, p. 469-504, Julho 1947.

BRAGANÇA GIL, F. Museus de Ciência. Preparação do futuro; memória do passado. *Revista de Cultura Científica*, n.3. pp. 72-89, 1988.

BRANDÃO, C. F. *Norbert Elias: formação, educação e emoções no processo de civilização*. RJ: Vozes, 2003.

BRANDAO, C. F. *Os processos de civilização e o controle das emoções*. Bauru - SP: EDUSC, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Guia de vigilância epidemiológica e eliminação da filariose linfática / *Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica*. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRITO, F. R. A., OLIVEIRA, A. M. H. C., JUNQUEIRA, C.A. A Ocupação do território e a devastação da Mata Atlântica. In: Paula, J. A. (coord.). *Biodiversidade, População e Economia: uma região de Mata Atlântica*. Belo Horizonte: UFMG/CEDEPLAR; ECMVC; PADCT/CIAMB, p. 49-89, 1997.

BUENO, W. C. Jornalismo científico: conceito e unção. *Ciência e Cultura*, v. 37, no. 9, p.1420-1427, 1985.

BURNS, Tom. Art imitates life: Edward G. Landsdale and the fiction of Vietnam. *Acta Scientiarum Language and Culture*. Maringá, v. 31, n. 1, p. 95-102, 2009. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/ActaSciLangCult/article/view/6435> Acessado 12 de novembro 2014.

CALVO HERNANDO, M. Objetivos de la Divulgación de la Ciência. *Chasqui* 60, Dezembro, 1997.

CAMPBELL, Eugene P. The board of health in Brazil. *Revista do SESP*, Julho 1949.

CAMPBELL, E. P.; MOREHEAH, M. A saúde como um fator no desenvolvimento econômico do Brasil. *Revista do SESP*, Rio de Janeiro, t. V, n. 2, p. 485-496, 1952.

CAMPBELL, Eugene; SHELDON, A. Miller; FRANÇA, Mário. A coordenação de pequenos hospitais com os centros de saúde da comunidade. *Revista do SESP*, Tomo VI, nº 2, Rio de Janeiro, Junho de 1954.

CAMPOS, André Luiz Vieira de. The Institute of Inter-American Affairs and its Health Policies in Brazil during World War II. *Presidential Studies Quarterly*, XXVIII(3): 523-534, 1998.

CAMPOS, André Luiz Vieira de. Fighting nazis and mosquitoes: US military men in Northeastern Brazil (1941-1945). *Hist. cienc. Saude-Manguinhos*, v. 5, n. 3 p. 603-620, 1999.

CAMPOS, André Luiz Vieira de. Políticas internacionais de saúde na era Vargas: o Serviço Especial de saúde pública. In: GOMES, Ângela de Castro (org) *Capanema: o ministro e seu ministério*. Rio de Janeiro: Editora FGV, p. 195-220, 2000

CAMPOS, André Luiz Vieira de Campos. O Serviço Especial de Saúde Pública – SESP. In: BENCHIMOL, Jaime L. *Febre Amarela: a doença e a vacina, uma história inacabada*. Rio de Janeiro: editora FIOCRUZ, p. 174-177, 2001.

CAMPOS, André L.V. “La expansión de la autoridad estatal y El Servicio Especial de Salud Publica en el Brasil, 1942-1960”. *Dynamis. Acta Hisp. Med. Sci. Hist. Illus. n.*, 25, 227-256; 2005.

CAMPOS, André L.V. O Instituto de Assuntos Interamericanos e seu programa de saúde no Brasil: políticas internacionais, respostas locais. *Transit Circle – Revista Brasileira de Estudos Americanos*, 4, Nova série: 78-95, 2005.

CAMPOS, A. L. V. *Políticas Internacionais de Saúde na Era Vargas: o Serviço Especial de Saúde Pública, 1942-1960*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

CAMPOS, André Luiz Vieira de. Cooperação internacional em saúde: o serviço especial de saúde pública e seu programa de enfermagem. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 879-888, Junho 2008

CANDAU, M. G.; BRAGA, E. Novos rumos para a saúde pública rural. *Revista do SESP*, Rio de Janeiro, t. II, n.2, p. 569-590, 1948.

CARDOSO, José Leandro Rocha. *Educando os educadores: ciências sociais e educação sanitária na experiência do SESP (1950-1960)*. Tese de Doutorado em História das Ciências e da Saúde - Fundação Oswaldo Cruz/Casa de Oswaldo Cruz; Rio de Janeiro: 2009.

CARONE, E. *O Estado Novo (1937-1945)*. Rio de Janeiro: DIFEL, 1977.

CARSON, Rachel L. *Primavera Silenciosa*. Tradução Claudia Sant’Ana Martins. São Paulo: Gaia, 2010.

CERRI, Fernando Luis; SILVA, José Alexandre. Norbert Elias e Pierre Bourdieu: biografia, conceitos e influências na pesquisa educacional. *Revista Linhas*, Florianópolis, v. 14, n. 26, jan./jun. 2013. p. 171 – 198. Disponível em: <http://www.revistas.udesc.br/index.php/linhas/article/viewFile/1984723814262013171/2538> Acessado em 23 abril 2014.

CHARTIER, Roger. “Formação social e economia psíquica: a sociedade de corte no processo civilizador”. In: ELIAS, Norbert. *Sociedade de Corte*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001. pp.7-25.

CHEVALLARD, Yves. *La transposición didáctica. Del Saber Sabio al Saber Enseñado*. AIQUE, Buenos Aires, 1997.

CONSORTE, Josildeth Gomes, PEREIRA, João Baptista Borges e TORRES Lilian de Lucca. Estudos de Comunidade: Um Encontro. *Ponto Urbe* [Online], 6 | 2010 Disponível em: <http://pontourbe.revues.org/1584> ; DOI : 10.4000/pontourbe.1584

COSTA, Orlando R. da. Instituto “Evandro Chagas”. *Revista do SESP*, Rio de Janeiro, Tomo XII, nº 1, 1962.

COSTA, Orlando Rodrigues da. et al. Ação do iodeto de ditiazamina na estrogiloidose. *Revista do SESP*, Junho 1961, n. 2.

CUETO, Marcos. *O Valor da Saúde - História da Organização Pan-Americana da Saúde*. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2007

CUORDILEONE K. A.. *Manhood and American Political Culture in the ColdWar*. New York: Routledge, 2005.

Disponívelem:

https://books.google.com.br/books?id=U5EghKwZfvYC&pg=PR9&lpg=PR9&dq=manhood+and+american+political+culture+in+the+cold+war&source=bl&ots=u4IJWEan8-&sig=pYytN993Xn2bZngfs_wmjhgkqO&hl=pt-BR&sa=X&ei=GbQVYYW-H4zdsASC5IKgCg&sqi=2&ved=0CEYQ6AEwBQ#v=onepage&q=manhood%20and%20american%20political%20culture%20in%20the%20cold%20war&f=false Acessado em março 2015.

DELGADO, Lucília de A. Neves. *História Oral: memória, tempo, identidade*. Belo Horizonte: Autêntica, 2006.

DULLES, John W. F. *Getúlio Vargas – Biografia Política*. Rio de Janeiro: Ed. RENES. 1967.

DUNHAM, George C. The cooperative health programs of the American Republics. *América Journal of Public. Health* 1944; 34(8): 817–827.

DUNHAM, George C. A Cooperação Inter-Americana no terreno da medicina. *Boletim do SESP*, n. 25, 1945.

ELIAS, Norbert. *O processo civilizador: Formação do Estado e Civilização*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1993, v. II.

ELIAS, Norbert. *O processo civilizador: Uma história dos costumes*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1994, v I.

ELIAS, Norbert e SCOTSON J. L. *Os estabelecidos e os outsiders: sociologia das relações de poder a partir de uma pequena comunidade*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2000.

ELIAS, Norbert. *Sociedade de Corte*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001

ELIAS, Norbert. Estudos sobre a gênese da profissão naval: cavalheiros e tarpaulins. In: Federico NEIBURG e Leopoldo WAIZBORT (orgs.). *Escritos & ensaios*. Vol. 1: Estado, processo, opinião pública/ Norbert Elias. Rio de Janeiro, Jorge Zahar, 2006.

ELIAS, Norbert. Tecnização e civilização. In: Federico NEIBURG e Leopoldo WAIZBORT (orgs.). *Escritos & ensaios*. Vol. 1: Estado, processo, opinião pública/ Norbert Elias. Rio de Janeiro, Jorge Zahar, 2006.

ESPINDOLA, Haruf Salmen. *Associação Comercial de Governador Valadares – Sessenta anos de história*. Governador Valadares: ACGV, 1999.

ESPINDOLA, Haruf Salmen. A história de uma formação socioeconômica urbana: Governador Valadares. *Varia História*. N. 19, 1998.

ESPINDOLA, Haruf Salmen. *O Sertão do Rio Doce*. Bauru: EDUSC, 2005.

ESPINDOLA, Haruf Salmen; WENDLING, Ivan Jannotti. Elementos biológicos na configuração do território do rio Doce. *Varia hist.*, Belo Horizonte, v. 24, n. 39, p. 177-197, Junho 2008.

FALEIROS, M. I. L. & CRESPO, R. A.(Orgs.): *Humanismo e compromisso: ensaios sobre Octavio Ianni*. São Paulo, Editora da UNESP, 1996.

FAULHABER, Priscila. O Instituto de Antropologia Social (EUA, Brasil e México): um artefato da resposta antropológica ao "esforço de guerra". *Mana*, Rio de Janeiro, v.17, n.1, Apr. 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-93132011000100002&lng=en&nrm=iso>. Acessado em 23 nov 2014.

FAYARD, Pierre. *La Communication scientifique publique - De La vulgarization à la médiatisation*. Lyon: Chronique Sociale, 1988.

FAYARD, Pierre; CATAPANO, Paola y LEWENSTEIN, Bruce. La red internacional sobre comunicación pública de la ciencia y la tecnología: una breve reseña histórica. 2004. Disponível em: <http://www.prbb.org/quark/32/032016.pdf>. Acessado em 20 de dezembro de 2011.

FERREIRA, Antônio B. Gonçalves. O problema da água potável em várias regiões do Brasil. *Revista do SESP*, Tomo IV, nº 1, Rio de Janeiro, Maio de 1948.

FERREIRA, Marieta de Moraes e AMADO, Janaína (Orgs.). *Usos e abusos da História Oral*. 5. ed., Rio de Janeiro: Editora da FGV, 2002.

FIGUEIREDO, R. E. D. *Cuidando da saúde do vizinho: as atividades de antropólogos norte-americanos no Brasil*. Dissertação (Mestrado) - UNICAMP, Campinas, 2004.

FIGUEIREDO, Regina E.D. *Histórias de uma antropologia da 'boa vizinhança': um estudo sobre o papel dos antropólogos nos programas interamericanos de assistência técnica e saúde no Brasil e no México (1942-1960)*. Tese (Doutorado) - Universidade Estadual de Campinas, Campinas. 2009

FIGUEIREDO, R. E. D. Tendências e dilemas da antropologia norte-americana: sobre a história do Instituto de Antropologia Social da Smithsonian Institution e sua presença no Brasil. *Revista de Antropologia (USP. Impresso)*, v. 53, p. 265, 2010

FINKELMAN, Jacobo. *Caminhos da Saúde Pública no Brasil*. Rio de Janeiro, Ed. FIOCRUZ, 2002.

FIOCRUZ/COC. *Fontes para história da Fundação Serviços de Saúde Pública*. Fundação Oswaldo Cruz. Casa de Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro: Fiocruz/COC, 2008

FONSECA, Cristina Maria Oliveira. As propostas do SESP para educação em saúde na década de 50: uma concepção de saúde e sociedade. Rio de Janeiro, *Cadernos da Casa de Oswaldo Cruz*, (01), p. 51-58, nov.1989.

FONSECA, Cristina Maria Oliveira. *Saúde no Governo Vargas (1930 – 1945) – dualidade institucional de um bem público*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

FONTENELLE, L.F. Raposo. A comunidade no Brasil: um estudo tentativo para sua configuração. In *Revista de Ciências Sociais*, vol. 2, nº 2, Fortaleza, UFC, pp. 5-14, 1971.

FORQUIN, Jean Claude. *Escola e Cultura: as bases sociais e epistemologia do conhecimento escolar*. Porto Alegre, Artes Médicas, 1993.

FOSTER, George M. et alli. *A Cross - cultural Anthropological Analysis of a Technical Aid Program* (mimeographed; Washington, D. C.: Smithsonian Institution. 1951.

FOSTER, George M. *As culturas tradicionais e o impacto da tecnologia*. Rio de Janeiro: Editora Fundo de Cultura, 1964.

FOSTER, George. *Antropología Aplicada*, México, FCE, 1974.

FOSTER, George M. *Antropologia Aplicada*. Fondo de Cultura Economica. México, 1985

FOSTER, G. (2000). An anthropologist's life in the twentieth century: Theory and practice at UC Berkeley, the Smithsonian, in Mexico, and with the World Health Organization. An oral history conducted in 1998 and 1999 by Suzanne B. Riess. Berkeley, CA: University of California, Bancroft Library, *Regional Oral History Office*. Disponível em: (<http://content.cdlib.org/xtf/view?docId=kt7s2005ng&brand=calisphere>). Acessado em 10 de fevereiro de 2013.

FREITES, Y. (Coord.) La Historia de La Ciencia em America Latina, *Revista Montalbán*, No.36, Instituto de Investigaciones Históricas de la Universidad Católica Andrés Bello, Caracas.2003

FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Enciclopédia dos Municípios Brasileiros de 1959*. DF, SERGRAF/IBGE, 1959.

GASPAR, Lúcia e BARBOSA, Virgínia. Gilberto Freyre, jornalista: uma bibliografia. Recife, Fundação Joaquim Nabuco, 2010. Disponível em: http://www.fundaj.gov.br/geral/2010anojn/GILBERTO_Freyre_Jornalista_Levant.Bibliogr.15.3.2010.pdf. acesso em agosto 2013.

GEERTZ, Clifford. *A Interpretação das Culturas*. Rio de Janeiro, Guanabara, 1989.

GOETTERT, J. D; SARAT, M. (Orgs.). *Tempos e espaços civilizadores: diálogos com Norbert Elias*. Dourados – MS: EdUFGD, 2009

GOFFMAN, Erving. *A representação do Eu na vida Cotidiana*. 17ª Ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2009.

GOMES, Ângela de Castro (org) *Capanema: o ministro e seu ministério*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2000.

GUERRA, Cláudio. *Mata Atlântica e Carvão vegetal*. Disponível em <http://www.crest.org/discussion/bioenergia-espanol/200001/msg00018.html>, acessado em 30 de abril de 2007.

GUIDI, Maria Laís M. Elementos de análise dos 'Estudos de Comunidades' realizados no Brasil e publicados de 1948 a 1960. *Educação e Ciências Sociais*, vol. 10, n. 19, jan, 1962.

GUIMARÃES, C. M. de O. *Novos Valores, Velhas Questões: o planejamento urbano em Governador Valadares*; 2009; Tese (Doutorado em Doutorado Em Ciências Humanas Sociologia e Política) - Universidade Federal de Minas Gerais.

HAESBAERT, R. *O Mito da Desterritorialização. Do 'Fim dos Territórios' à Multiterritorialidade*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2006.

HOBSBAWM, Eric; RANGER, Terence. *A invenção das tradições*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1984.

HOCHMAN, Gilberto. Logo ali, no final da avenida: Os sertões redefinidos pelo movimento sanitaria da Primeira República. *Hist. cienc. Saude-Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 5, supl. Julho de 1998.

HOCHMAN, Gilberto. A saúde pública em tempos de Capanema: inovações e continuidades. In: BOMENY, H. (Org.). *Constelação Capanema: intelectuais e políticas*. Rio de Janeiro/Bragança Paulista: FGV/Edusf, 2001. p. 127-151.

HOCHMAN, Gilberto; ARMUS, Diego (Orgs.). *Cuidar, controlar, curar: ensaios históricos sobre saúde e doença na América Latina e Caribe*. Rio de Janeiro, RJ: Editora Fiocruz, 2004

KANTOR, Iris, MACIEL, Débora A., SIMÕES, Júlio Assis (orgs). *A escola livre de sociologia e política: Anos de formação 1933-1953: depoimentos* – 2 ed – São Paulo, SP: Ed Sociologia e Política, 2009

KAPLAN, C. & Orce V. (orgs.). *Poder, Práticas Sociales y Proceso Civilizador: Los usos de Norbert Elias*. Buenos Aires: Centro de Publicaciones Educativas y Material Didáctico, 2009.

KITNER, Jacob e ALBUQUERQUE, Aníbal Morais de. Hospital – Unidade Sanitária. *Revista do SESP*, dezembro 1957.

KORNDÖRFER, Ana Paula. “An international problem of serious proportions”: acooperação entre a Fundação Rockefeller e o governo do estado do Rio Grande do Sul no combate à ancilostomíase e seus desdobramentos (1919-1929). – Porto Alegre, 2013.

KOSELLECK, Reinhart. Uma história dos conceitos – problemas teóricos e práticos. *Estudos Históricos*, Rio de Janeiro, vol. 5, n. 10, p. 134-146, 1992. Disponível em: <http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/reh/article/view/1945/1084> Acessado em 10 de janeiro de 2015.

KOSELLECK, R. *Crítica e crise: uma contribuição à patogênese do mundo burguês*. Rio de Janeiro: Contraponto, 1999.

KOSELLECK, Reinhart. *Futuro Passado*. Rio de Janeiro: Contratempo: Puc-RJ, 2006.

LANDINI, Tatiana Savoia. Jogos habituais – sobre a noção de habitus em Pierre Bourdieu e Norbert Elias. *X Simpósio Internacional Processo Civilizador*. Campinas, 2007. Disponível em: http://www.uel.br/grupoestudo/processoscivilizadores/portugues/sites/anais/anais10/Artigos_PDF/Tatiana_Landini.pdf Acessado em: 30 set. 2013

LEITE, Mirian Soares. Yves Chevallard e o conceito de transposição didática. In: *Recontextualização e Transposição Didática - Introdução à Leitura de Basil Bernstein e Yves Chevallard*. Araraquara (SP), Junqueira & Marin Editores - 2007

LEVY, Sylvain Nahum, et al. Educação em saúde: histórico, conceitos e propostas. In: *Conferência Nacional de Saúde OnLine*. 10, 1996. Anais... Brasília; 1996. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cns/temas/educacaosaude/educacaosaude.htm>, Acessado em novembro de 2011.

LIMA, Nísia T.; FONSECA, C. M. O. e SANTOS, P. R. E. (Org.). *Uma Escola para a Saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004.

LIMA, Nísia Trindade. O Brasil e a Organização Pan-Americana da Saúde: uma história em três dimensões. In: FINKELMAN, Jacobo. *Caminhos da Saúde Pública no Brasil*. Rio de Janeiro, Ed. FIOCRUZ, 2002.

LIMA, Nísia Trindade. *Um Sertão Chamado Brasil: intelectuais e representação geográfica da identidade nacional*. Rio de Janeiro: Ed. Revan /Iuperj/Ucam, 1999.

LIMA, Nísia Trindade e MAIO, Marcos Chor. Tradutores, intérpretes ou promotores de mudança? Cientistas sociais, educação sanitária rural e resistências culturais (1940-60). *Sociedade & Estado*, Brasília, v.24, n.2, p.529-561. 2009.

LIMA, Nísia Trindade; MAIO, Marcos Chor. Ciências sociais e educação sanitária: a perspectiva da Seção de Pesquisa Social do Serviço Especial de Saúde Pública na década de 1950. *Hist. cienc. saude-Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, June 2010. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702010000200014&lng=en&nrm=iso. Acessado em 09 Dez. 2012.

LOPES, M. M. 2012. Entre símbolos e cores: dinâmicas internacionais dos Congressos de Geologia. In *Anais do 13º Seminário Nacional de História da Ciência e da Tecnologia, SBHC*, São Paulo. Disponível em:

http://www.13snhct.sbhc.org.br/resources/anais/10/1344867007_ARQUIVO_MMLopes-SBHC.pdf Acessado em agosto 2013.

LÖWY, Ilana. 'Intervenir et représenter': Campagnes sanitaires e elaboração des cartographies de l'ankylostomiase. *History and Philosophy of the Life Sciences*, Vol. 25, No. 3 (2003), pp. 337-362.

LOWY, Ilana. *Vírus, mosquitos e modernidade: a febre amarela no Brasil entre ciência e política*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2006.

LUNDY, H. W. Que é Educação Sanitária? Boletim do SESP. n° 7 – Janeiro/ 1951.

MAIO, Marcos Chor; LOPES, Thiago da Costa. Da escola de Chicago ao nacional-desenvolvimentismo: saúde e nação no pensamento de Alberto Guerreiro Ramos (1940 - 1950). *Sociologias*, Porto Alegre, v. 14, n. 30, p. 290-329, Aug. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-45222012000200010&lng=en&nrm=iso. Acessado em 12 de abril 2015.

MASSARANI, L. *A divulgação científica no Rio de Janeiro: algumas reflexões sobre a década de 20*. Rio de Janeiro: IBICT-ECO/UFRJ, 1998. Dissertação de mestrado.

MASSARANI, L., MOREIRA, I. C. e BRITO, F (org.) *Ciência e Público: caminhos da divulgação científica no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 2002.

MASSARANI, Luisa; MOREIRA, Ildeu de Castro; BRITO, Fátima. Caminhos e veredas da divulgação científica no Brasil In: *Ciência e público: caminhos da divulgação científica no Brasil*. MASSARANI, Luisa; MOREIRA, Ildeu de Castro; BRITO. Rio de Janeiro: Casa da Ciência – Centro Cultural de Ciência e Tecnologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Fórum de Ciência e Cultura, 2002

MASSARANI, L., MOREIRA, I. C. Divulgacion de la Ciencia: perspectivas histórica y dilemas permanentes. *Quark*, n° 32, 2004. Disponível em: <http://quark.prbb.org/32/032030.pdf> Acessado em 28/12/2011

MASSARANI Luisa, CASTRO Ildeu de. Aspectos históricos da divulgação científica no Brasil. In: *Ciência e público: caminhos da divulgação científica no Brasil*. MASSARANI Luisa; CASTRO Ildeu de; BRITO, Fátima. Rio de Janeiro: Casa da Ciência – Centro Cultural de Ciência e Tecnologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Fórum de Ciência e Cultura, 2002.

MAYNARD, Alceu Araújo. *Medicina rústica*. São Paulo: Nacional, 1961.

MELATTI, Júlio Cezar. *A antropologia no Brasil: um roteiro*. Disponível em: <http://www.unb.br/ics/dan/Serie38empdf.pdf>. Acessado em 10 jun. 2007.

MELLO, Carlos Gentile. Medicina integral e realidade brasileira. *Revista do SESP*, julho 1960.

MENDES, Marta Ferreira Abdala. *Uma perspectiva histórica da divulgação científica: a atuação do cientista-divulgador José Reis (1948-1958)*. Tese (Doutorado em História das Ciências e da Saúde) – Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz, Rio de Janeiro, 2006.

MENNELL, Stephen and GOUDSBLOM, Johan. *Norbert Elias on Civilization, Power, and Knowledge – selected writings*. Chicago and London: The University of Chicago Press, 1998.

MINAYO, Maria Cecília de S. Saúde-doença: uma concepção popular de etiologia. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, 4 (4), p. 356-362, outubro/dezembro 1998.

NOGUEIRA, Natania Aparecida; SILVA, Lucilene Nunes. Os desafios para a construção de uma história local - o caso de Leopoldina, Zona da Mata de Minas Gerais. *Polyphonia*, v. 21, n. 1, 2010.

NORA, Pierre. Entre Memória e História – A problemática dos lugares. Trad. De Yara AunKhoury. *Revista Projeto História*. v. 10. São Paulo, dez. 1993, p. 25

NUNES, E. D. As ciências sociais em saúde: reflexões sobre as origens e a construção de um campo de conhecimento. *Saúde e Sociedade*, 1992, p. 59-84.

NUNES, E. D. Ciências sociais em saúde no Brasil: notas para a sua história. *Educ. méd. Salud*, 21(2): 106-15, 1987.

NUNES, E. D. (org.) *Ciências Sociais e Saúde na América Latina: tendências e perspectivas*. Brasília. OPAS. 1985.

NUNES, E. D. (org.) *Juan César Garcia: pensamento social em saúde na América Latina*. São Paulo, Cortez, 1989.

NUNES, Everardo Duarte. Ciências Sociais em Saúde: uma reflexão sobre sua história. In: MINAYO, MCS., e COIMBRA JR, CEA., orgs. *Críticas e atuantes: ciências sociais e humanas em saúde na América Latina [online]*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005. Disponível em: <http://static.scielo.org/scielobooks/w5p4j/pdf/minayo-9788575413920.pdf> Acessado em janeiro 2015.

OBERG, Kalervo. Culture shock: Adjustment to new cultural environment. *Practical Anthropologist*, 7, 177-182, 1960

OBERG, Kalervo. The Marginal Peasant in Rural Brazil. In: *American Anthropologist*, New Series, Vol. 67, n. 6, Part 1, p. 1417-1427, Dezembro 1965.

OLIVEIRA, Bernardo Jefferson, e FONSECA Marina Assis. *Concepções de Cultura Científica*. (digit), 2011.

OLIVEIRA, Lúcia Lippi. A conquista do espaço: sertão e fronteira no pensamento brasileiro. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, Vol. V (suplemento), pp. 195-215, Julho 1998.

OLIVEIRA, Lúcia Lippi. Diálogos intermitentes: relações entre Brasil e América Latina. *Sociologias*, Porto Alegre, n. 14, p. 110-129, Dec. 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-45222005000200006&lng=en&nrm=iso. Acessado em 23 Apr. 2015.

OLIVEIRA, Nemuel da Silva. *Estudos de comunidade, ciências sociais e saúde: o ciclo de pesquisas no Vale do São Francisco na década de 1950*. Dissertação (Mestrado em História das Ciências e da Saúde) – Fundação Oswaldo Cruz, Casa de Oswaldo Cruz, 2010.

PALMER, Steven. Central American Encounters with Rockefeller Public Health, 1914-1921. JOSEPH, G. M., LEGRAND, C., SALVATORE, R. D. *Close encounters of empire: writing the cultural history of U.S. - Latin American relations*. Durham, N.C., Duke University Press. 1998

PALMER, S.: “O demônio que se transformou em vermes”: a tradução da saúde pública no Caribe Britânico, 1914-1920. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, v. 13, n. 3, p. 571-89, jul-set. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v13n3/02.pdf>

PALMER, Steven. *Launching Global Health: The Caribbean Odyssey of the Rockefeller Foundation*. Ann Arbor: University of Michigan Press, 2010.

PASQUALI, Antonio. *Comprender La comunicación*. Caracas: Monte Ávila Editores, 1978

PASSOS, John dos. *O Brasil desperta*. Rio de Janeiro: Distribuidora Record, 1964.

PASSOS, John dos. *O Brasil em movimento*. São Paulo: Bemvirá, 2013.

PEÇANHA, Ângela Maria de Menezes. Fundação Serviços de Saúde Pública - FSESP: um estudo de desenvolvimento institucional. Rio de Janeiro: FGV, 1976. Dissertação (Mestrado em Administração Pública) – Escola Brasileira de Administração Pública, Fundação Getúlio Vargas, 1976.

PENIDO, Henrique Maia. A estrutura sanitária brasileira. *Revista do SESP*, Rio de Janeiro, Junho 1958.

PENIDO, Henrique Maia. Aspectos do panorama sanitário brasileiro. *Revista do SESP*, Rio de Janeiro, t. VII, n. 2, p. 345-382, Junho de 1955.

PENIDO, Henrique Maia; PANTOJA, Woodrow Pimentel; SIMÕES, Álvaro J. P.; Considerações sobre o problema da organização sanitária no Brasil. *Revista do SESP*, Rio de Janeiro, t. VI, n.01, p. 169-182, Junho de 1953.

PENNA, Belisário e Neiva, Arthur (1916). "Viagem científica pelo norte da Bahia, sudoeste de Pernambuco, sul do Piauí e de norte a sul de Goiás". *Do IOC*, V.8, n.30, pp.74-224.

PENNA, Belisário. *Minas e Rio Grande do Sul: estado da doença e estado de saúde*. Rio de Janeiro; Revista dos Tribunais; 1918.

PEREIRA, Serafim Ângelo da Silva. *Itambacuri e Sua História – Volume III*. Belo Horizonte: Líthera Maciel Editora Gráfica Ltda, 1999.

PHILIPOVSKI, C. L. e MONTANARI, F. W. Desenvolvimento de pequenos abastecimentos d'água no Vale do Rio Doce, Brasil. *Revista do SESP*, Rio de Janeiro, t. II, nº 01, p. 193-233, Julho de 1948.

PHILIPPOVSKI, C. L. e MONTANARI, F. W. Problemas de administração de serviços de abastecimento d'água em pequenas comunidades. *Revista do SESP*, Rio de Janeiro, t. II, nº 02, p. 699-712, Dezembro de 1948.

PIERSON, Donald. Algumas atividades no Brasil em prol da Antropologia e outras ciências. In: CORRÊA, Mariza. (Org.). *História da antropologia no Brasil (1930-1960). Testemunhos: Donald Pierson e Emilio Willems*, Campinas/São Paulo: Ed. Unicamp/Vértice, 1987.

PINHEIRO, Themis Xavier. *Saúde pública, burocracia e ideologia: um estudo sobre o SESP (1942-1974)*. Dissertação de mestrado, Natal, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, 1992.

PIRES-ALVES Fernando A. e PAIVA Carlos Henrique Assunção. Pós-guerra, Estado de bem-estar e desenvolvimento. In: PONTE, Carlos Fidélis e FALLEIROS, Ialê (orgs.). *Na corda bamba de sombrinha: a saúde no fio da história*. Rio de Janeiro: Fiocruz/COC; Fiocruz/EPSJV, 2010.

QUINTANEIRO, T. *Processo Civilizador: sociedade e indivíduo na teoria sociológica de Norbert Elias*. Belo Horizonte MG; Argumentum, 2010

RACHE Athos de Lemos. *Contribuição ao Estudo da Economia Mineira*. Rio de Janeiro, José Olimpio, s/d.

RAMOS, Guerreiro. *Cartilha brasileira do aprendiz de sociólogo (prefácio a uma sociologia nacional)*. Rio de Janeiro, Editorial Andes, 1954.

REIS, José e GONÇALVES, Nair Lemos. Veículos de divulgação científica. In PAVAN, Clodoaldo; KREINZ, Glória (orgs). *Os donos da paisagem: estudos sobre divulgação científica*. São Paulo: NJR/ECA/USP, 2000.

REIS, José R. Franco. Trabalhador sanitário: práticas, saberes e formação de identidade (1940-60). In *VII Congresso Latino-Americano de Estudos do Trabalho*. 2013. Disponível em: <http://congressoalast.com/wp-content/uploads/2013/08/286.pdf> Acessado em outubro 2014.

RENOVATO RD, BAGNATO MHS. As contribuições do Serviço Especial de Saúde Pública para a formação profissional da Enfermagem no Brasil (1942-1960). *Rev Brasileira de Enfermagem* 2008; 61(6):909-915.

RENOVATO, Rogério Dias. *Práticas educativas em saúde: trilhas, discursos e sujeitos*. Tese (Doutorado) em Educação - Universidade Estadual de Campinas. 2009.

RENOVATO, R.D., BAGNATO, M.H.S. O Serviço Especial de Saúde Pública e suas ações de educação sanitária nas escolas primárias (1942-1960). *Educar em Revista*, Curitiba, Brasil, n. especial 2, p. 277-290, 2010. Editora UFPR.

RENOVATO RD, BAGNATO MHS. Educação Sanitária e o Serviço Especial de Saúde Pública (1942-1960): A doença não conhece fronteiras. *Hist. Enf. Rev. Eletr.* 2011; 2:105-125.

REZENDE e HELLER, *O saneamento no Brasil: políticas e interfaces*. Belo Horizonte: Editora UFMG; Escola de Engenharia da UFMG, 2002.

RIOS, José Arthur. Ciências sociais e saúde pública. *Boletim do Sesp*, n. 38, p. 2-3, set. 1953.

RIOS, José Arthur. *Educação dos grupos*. SNES, RJ, 1957.

RIOS, José Arthur. *Educação dos grupos*. São Paulo, EPU, 1987

ROCHA, Heloísa Helena. *A higienização dos costumes: Educação escolar e saúde no projeto do Instituto de Hygiene de São Paulo (1918-1925)*. Campinas, SP: Mercado de Letras; São Paulo: FAPESP, 2003.

ROCHA, Heloísa Helena Pimenta “A educação sanitária como profissão feminina”, in: *Cadernos Pagu*, nº 24, janeiro – junho, 2005.

ROEDEL, Olavo Oscar. Serviços Autônomos d’água e esgotos no Vale do Rio Doce . Sua criação e administração durante o primeiro ano de existência. *Revista do SESP*, Rio de Janeiro, t. VII, nº 02, p. 457-472, Junho de 1955.

ROSA, Léa Brígida R. de A. *Companhia Estrada de Ferro de Vitória a Minas: 1890-1940*. São Paulo, USP, 1976. [Tese de Mestrado]

ROSA, Amélia Paes de Andrade Travassos, et al. Arboviroses. In: LEÃO, / Raimundo Nonato Queiroz (coordenador). *Doenças Infecciosas e Parasitárias: Enfoque Amazônico*. Belém: Cejup: UEPA: Instituto Evandro Chagas, 1997.

ROSEN, George. *Uma história da saúde pública*. São Paulo: Hucitec: Editora da Universidade Estadual Paulista: Associação Brasileira de Pós-graduação em saúde coletiva, 1994. – (Saúde em Debate; 74)

SALDAÑA, Juan José. *Historia Social de las Ciencias em América Latina*; Porrúa/UNAM, México, 1996

SANCHES, W. R., & WAGNER, E. G. (1954). Experience with excreta-disposal programmes in rural áreas of Brazil. *Bulletin of the World Health Organization*, 1954, 10(2), 229–249. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2542076/> Acessado em agosto 2014.

SANCHES, Walter Ribeiro. Abastecimento d’água das comunidades rurais no Brasil, em face da experiência do SESP. *Revista do SESP*, dez. 1952.

SECRETO, Maria Verônica. *Soldados da borracha: trabalhadores entre o sertão e a Amazônia no governo Vargas*. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2007. Serviço Especial de saúde Pública. *Revista do SESP*, Rio de Janeiro, Junho de 1953.

SCORZELLI JÚNIOR, Achilles. Importância dos coeficientes bioestatísticos em medicina. *Revista do SESP*, janeiro de 1952.

SESP. Objetivos e atividades da divisão de educação Sanitária. *Boletim do SESP*, n. 25, agosto de 1945.

SHAY, Mukenge. *Da globalização perversa às transformações urbanas: Um ensaio sobre os circuitos produtivos na cidade de Kinshasa* (República Democrática do Congo). 2007. Dissertação (Mestrado em Planejamento Urbano e Regional) - Universidade Federal do Rio de Janeiro.

SILVA, Orlando J. da, e MORAES, Nelson L. de A. Contribuição do Serviço Especial de Saúde Pública e do Instituto de Assuntos Interamericanos à formação de técnicos. *Revista do SESP*, ano 1, n. 3, p. 812-824, Janeiro de 1948.

SILVA, Orlando J. da; et al. Preparação de técnicos e auxiliares de Educação sanitária. *Revista do SESP*, Janeiro de 1954, p. 497-507.

SIMAN, Lana Mara de Castro. *A história na memória. Uma contribuição para o ensino da história de cidades*. Dissertação de Mestrado – UFMG/FAE, Belo Horizonte, 1988.

SMITH, T. L. *Brasil: Povo e Instituições*. Rio de Janeiro: USAID, 1967.

SOPER F. L. e WILSON D. B. *Campanha contra o “Anopheles Gambiae” no Brasil – 1939-1942*. Rio de Janeiro; Brasil. Ministério da Educação e Saúde. Serviço de Documentação; 1945

SOUZA, Candice Vidal e. *A Pátria geográfica: sertão e litoral no pensamento social brasileiro*. Goiânia: UFG, 1995.

SOUZA, Candice Vidal e. Fronteira no pensamento social brasileiro: o sertão nacionalizado. *Sociedade e cultura*, Goiânia, jan/ jun., 1(1), 1998

SOUZA, Cecília P. de, et al.. Distribution of Biomphalaria in Minas Gerais. *Mem Inst Oswaldo Cruz*, Rio de Janeiro, Vol. 96(3), Abril 2001.

SOUZA, Geraldo Horácio de Paula e VIEIRA, Francisco Borges. “Centro de Saúde ‘eixo’ de organização sanitária. *Boletim do Instituto de Higiene de São Paulo* nº 59, São Paulo, Imprensa Oficial do Estado, 1936.

STEWART, Julian Haynes. *Teoria y practica del estudio de areas*. Washington, D.C.: Oficina de Ciencias Sociales, Departamento de Asuntos Culturales, Union Panamericana, 1955.

TEIXEIRA, Carla Costa. Interrompendo rotas, higienizando pessoas: técnicas sanitárias e seres humanos na ação de guardas e visitadoras sanitárias. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 965-974, Junho 2008.
Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-

VILLAS BÔAS, Gláucia. *Mudança provocada: passado e futuro no pensamento sociológico brasileiro*. Rio de Janeiro, FGV, 2006.

VILARINO, M. T. B. *Entre lagoas e florestas: atuação do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) no saneamento do Médio Rio Doce (1942 e1960)*. Belo Horizonte, UFMG, 2008 (Dissertação de Mestrado).

VOGT, C. A. A espiral da cultura científica. *ComCiência*, Campinas, v. 45, 2003. Disponível em: <http://www.comciencia.br/reportagens/cultura/cultura01.shtml>. Acessado em novembro 2011.

VOGT, C. A. *Cultura científica. Desafios*. Edusp. São Paulo, 2006

VOGT, C. et al. Percepção Pública da Ciência e Tecnologia: uma abordagem metodológica para São Paulo. In: LANDI, F. (Org.). *Indicadores de Ciência, Tecnologia e Inovação do Estado de São Paulo - 2004*. São Paulo. Fapesp, 2005.

WAGLEY, Charles. A Educação sanitária no Brasil, *Boletim do SESP*, n. 25, agosto de 1945.

WAGLEY, C. *Uma comunidade amazônica*. 2. ed. São Paulo: Nacional, 1977. (Coleção Brasileira, 290).

ANEXOS

Anexo I

Lista de atividades para as visitadoras sanitárias.

Apresentada por BASTOS e SILVA (1953, p. 266-271)

Em Unidades tipo “A”: onde não existe visitação domiciliar, a não ser para os casos de doenças transmissíveis.

1. Fazer visitas e demonstração individual;
2. Fazer palestras e demonstrações para grupos: pacientes, curiosas, pais, escolares, etc.;
3. Descobrir as curiosas da área e atraí-las à Unidade para treinamento;
4. Fazer projeções cinematográficas;
5. Fazer distribuição de material educativo;
6. Incentivar a organização de grupos: associações, clubes de saúde, etc.;
7. Incentivar a organização de hortas domiciliares, criações, etc.;
8. Completar a tarefa do auxiliar de saneamento do ponto de vista da educação sanitária;
9. Articular, na Unidade, a solução dos problemas que exigem diretamente a intervenção do auxiliar de saneamento;
10. Estudar, com o auxiliar de educação sanitária, o desenvolvimento do programa de educação sanitária;
11. Ajudar nos cursos promovidos pela Unidade;
12. Continuar no domicílio o processo educativo iniciado na Unidade, interpretando para os pacientes os conselhos, instruções e prescrições, dadas pelo médico;
13. Quando de suas visitas, estudar “in loco” os casos e problemas atinentes à assistência social, orientando e aconselhando os interessados, na solução dos mesmos, e valendo-se dos recursos existentes na comunidade.
14. Fazer notificação dos casos de doenças transmissíveis;
15. Visitar os casos de acordo com as instruções médicas, orientando a família no adequado tratamento e esclarecendo as dúvidas que os pacientes tiverem sobre as instruções dadas pelo médico;
16. Ensinar as precauções a tomar para evitar a difusão da enfermidade, dando ênfase ao valor da medicina preventiva, especialmente à imunização;
17. Descobrir os contatos e convencê-los da necessidade de comparecerem à Unidade, para exame.

Em Unidades tipo “B”: onde há trabalho específico de higiene materna e higiene infantil.

18. Descobrir as gestantes de sua zona, desde os primeiros dias da gravidez, aconselhando-as a passar à supervisão do seu médico particular ou então procurar a Unidade Sanitária para exame, fixando, neste caso, dia e hora;
19. Convencer a gestante da necessidade de exames médicos periódicos durante a gravidez, bem como de exames odontológicos;
20. Visitar as gestantes periodicamente, instruindo-as no cumprimento das indicações médicas, principalmente, quanto a alimentação, exercícios físicos, higiene individual, etc., esclarecendo as dúvidas porventura existentes;
21. Aconselhar a conveniência de efetuar o parto sob a orientação médica, se possível em hospital, colaborando com o mesmo e fornecendo os informes necessários;

22. Aconselhar a conveniência de efetuar o parto sob os cuidados de uma curiosa registrada no Serviço, caso não haja médicos particulares ou hospital, instruindo a parturiente a tomar os cuidados necessários a fim de que o parto se realize nas melhores condições de higiene;
23. Convencer a puérpera da necessidade dos exames médicos pós-partos, orientando-a quanto aos conselhos dados pelo médico, bem como quanto a alimentação, cuidados higiênicos, aleitamento, etc.;
24. Observar a saúde física e emocional de todos os membros da família, procurando orientá-los no sentido de que sejam obtidos os recursos adequados para a melhoria da situação da mãe, de modo a assegurar um desenvolvimento normal da criança;
25. Orientar a puérpera na gradual retomada das responsabilidades da casa;
26. Interessar a mãe para fazer o registro da criança quanto antes na Unidade, bem como no cartório de Registro Civil;
27. Aconselhar aos pais sobre a necessidade de levar o filho periodicamente à Unidade, para controle médico;
28. Instruir os pais no reconhecimento precoce das alterações físicas e mentais das crianças, interessando-os na correção imediata dos defeitos encontrados;
29. Orientar a mãe quanto a banho, vestiário e hábitos higiênicos das crianças;
30. Orientar a família quanto à alimentação da lactante e do bebê, salientando a importância da amamentação;
31. Interessar os pais pelas imunizações de B.C.G., Tritoxóide e varíola.

Em Unidades tipo “C”: onde se incluíam os dispensários de higiene pré-escolar e higiene escolar.

32. Interessar os pais pelo comparecimento aos exames médicos e odontológicos dos filhos;
33. Insistir na necessidade de que o programa de educação sanitária escolar seja desenvolvido com a participação direta do próprio pessoal da escola;
34. Insistir junto ao professorado quanto à necessidade de melhorar ou criar hábitos sadios nas crianças, substituindo os prejudiciais à saúde;
35. Obter dos pais colaboração na melhoria das condições higiênicas da escola, como também obter dados ou levar informações que interessem ao médico ou aos próprios pais;
36. Ajudar o médico ou dentista nos exames físicos e odontológicos das crianças, para cuja realização deverá tomar todas as medidas necessárias junto aos professores e pais dos alunos, afim de que sejam evitadas perdas de tempo;
37. Encaminhar ao médico, de acordo com a diretora, todos os escolares que apresentarem sinais ou sintomas que indiquem transtorno ou enfermidade;
38. Providenciar o afastamento da escola e o isolamento precoce dos casos suspeitos de doenças transmissíveis, dando conhecimento do fato ao médico;
39. Participar do programa de imunização desenvolvido na escola;
40. Verificar, quando em suas visitas domiciliares, se as recomendações médicas estão sendo cumpridas, esclarecendo os pais sobre as dúvidas que tiverem sobre o mesmo assunto;
41. Instruir os pais e professores sobre o reconhecimento dos sintomas das doenças transmissíveis, esclarecendo-lhes sobre o valor do isolamento e da vacinação.

(BASTOS e SILVA, 1953, p. 266-271)

Anexo 2

De acordo com listagem feita por Bastos e Silva (1953, p. 272-275), os agentes sanitários teriam, no âmbito da educação sanitária, as atividades:

Dentre outras responsabilidades, no setor da educação sanitária, a ele cabe:

- a. Descobrir deficiências sanitárias que possam constituir perigo para a saúde do indivíduo ou da coletividade, procurando orientar a ajudar na solução dos problemas;
- b. Desenvolver o plano de saneamento aprovado para a comunidade em estreita relação colaboração com os demais elementos da Unidade Sanitária;
- c. Ajudar as famílias, quando de suas visitas domiciliares, a solucionarem os problemas encontrados, procurando melhorar as condições de saneamento, orientando-os especialmente sobre:

Domicílios:

- a. A relação estreita entre a propagação de enfermidades transmissíveis e as condições sanitárias da habitação;
- b. A vantagem em sugerir a orientação em relação às condições do asseio e conservação da habitação;
- c. Os cuidados que se deve ter com os terrenos que circundam a casa, a fim de evitar a se transformarem em criadouros de insetos, depósitos de lixo, etc.

Água:

- a. A maneira de proteger as fontes d'água, os poços, os reservatórios, as cisternas, etc., evitando qualquer possibilidade de poluição;
- b. A maneira de retirar a água dos reservatórios, a fim de protegê-la quando distribuída;
- c. Os processos familiares de purificar a água de beber, no caso da mesma não merecer confiança quanto às suas condições higiênicas.

Lixo:

- a. O significado do lixo em saúde pública, representando um dos fatores mais importantes para a higiene domiciliar e urbana;
- b. A necessidade de ser dado destino conveniente ao lixo, a fim de evitar que se transforme em criadouro de mosquitos, moscas, ratos, etc., vetores mecânicos da propagação de doenças;
- c. A necessidade de adoção de métodos econômicos para solução de problema, pelo menos parcialmente.

Dejetos:

- a. Importância da remoção dos dejetos, a fim de impedir que sejam os mesmos espalhados pelo chão dos quintais, dos pátios e desse modo contaminem pessoas, alimentos, objetos ou fontes de suprimento d'água;
- b. O significado das diversas instalações na solução prática do problema de remoção dos dejetos, esclarecendo sobre a maneira de construir-la, usá-la e conservá-la em boas condições higiênicas.
- c. Mostrar gráficos, dados estatísticos, bem como desenhos de aparelhos adaptados aos recursos das famílias, no curso do seu trabalho, ensinando o modo de construção;
- d. Repetir conselhos, instruções e demonstrações, caso seja necessário, em visitas subseqüentes, usando paciência, simplicidade e cortesia no tratamento com as pessoas, a fim de que o processo educativo seja bem recebido;
- e. Afixar cartazes nos locais indicados, hotéis, restaurantes, padarias, fábricas, farmácias, escolas, etc., e distribuir material educativo, panfletos, folhetos, etc., obedecendo não somente ao critério de economia de tempo e dinheiro, como também para que esse material seja aproveitado da melhor maneira;
- f. Fazer projeções cinematográficas;
- g. Procurar despertar o interesse e a cooperação das famílias e da comunidade na realização de obras de saneamento, tanto urbano como rural;
- h. Cooperar nas campanhas de vacinação.

Nas Unidades do tipo “C” e Centro de Saúde, cabe-lhes ainda:

- i. Examinar plantas e as construções de habitações, esclarecendo as normas sanitárias referentes:
 - a. A orientação do prédio, o material a ser empregado, ventilação, iluminação, etc.;
 - b. O abastecimento d’água;
 - c. A disposição dos dejetos e do lixo;
- j. Visitar os estabelecimentos que fornecem gêneros alimentícios, como sejam: hotéis, bares, restaurantes, bem como os matadouros, açougues, peixarias, estábulos, mercados, padarias, leiterias, etc., verificando especialmente:
 - a. Se as instalações em geral, dependências, compartimentos para guarda de material, veículo de transporte estão em boas condições higiênicas e se de forma alguma constituem fatores potenciais ou reais de contaminação dos produtos;
 - b. Se os produtos apresentam condições sanitárias para serem utilizados pelo público;
 - c. Se as condições de higiene e saúde do pessoal que lida diretamente com os produtos são satisfatórias.
- k. Esclarecer os administradores desses estabelecimentos sobre as normas adotadas pela saúde pública, realçando a importância da higiene em defesa da coletividade;
- l. Procurar obter o seu apoio e participação no desenvolvimento do programa de trabalho, a fim de que as medidas específicas tenham bom êxito;
- m. Orientar as pessoas que lidam diretamente com os produtos, esclarecendo-as, quer quando das visitas, quer convidando-as a comparecer à Unidade para assistirem palestras, projeções, demonstrações, etc.

(BASTOS e SILVA, 1953, p. 272-275).

A Suécia reconheceu o Comitê Francês de Libertação Nacional

FUGA OU MORTE EM KIEV

OBRIGADOS A GUERRA EM DUAS FRENTES

DIÁRIO DA NOITE

ANEXO XV — Quarta-feira, 29 de Setembro de 1943 — N. 3.590

A radio de Berlim adverte o povo alemão de que é difícil conter a ofensiva russa

CORPO A CORPO NAS VISINHANÇAS DE NAPOLES

LONDRES, 29 (U. P.) — A radio de Berlim transmite uma informação ao povo alemão, advertindo-o de que possivelmente não será possível conter o avanço dos exércitos soviéticos para o oeste. A referida emissora afirmou que a Alemanha se vê obrigada agora a combater em duas frentes de batalha.

De Gaulle e Giraud oficialmente reconhecidos pela Suécia!

STOCOLMO, 29 (R.) — O governo sueco acaba de reconhecer oficialmente o Comitê Francês de Libertação Nacional. A proclamação do governo sueco diz a seguir: "O Comitê Francês de Libertação Nacional representa a França livre e a França unida. O reconhecimento do Comitê Francês de Libertação Nacional por parte do governo sueco constitui um ato de reconhecimento da realidade e uma expressão da solidariedade internacional da Suécia em favor da França livre e da França unida."

Protesta do Reich contra a retirada de tropas rumenas da Rússia

ESTAMBUL, 29 (R.) — A Alemanha protestou junto ao governo de Bucarest contra a retirada de importantes forças rumenas que atuavam no frente russo, e exigiu explicações imediatas. A situação entre os dois países estaria sendo tensa.

Passou por Natal o príncipe herdeiro do Irak

BAGDADE, 29 (R.) — O príncipe herdeiro do Irak, o príncipe Faysal, chegou a Bagdade no dia 27 de setembro, após uma viagem de três dias para o exterior. O príncipe foi recebido pelo rei e pela família real. O príncipe Faysal é o filho mais velho do rei e da rainha. Ele nasceu em 1922 e estudou na Inglaterra. Ele é casado com a princesa Alia. O príncipe Faysal é o herdeiro do trono do Irak.

Condições populares em horas das pitorescas viagens

PARIS, 29 (R.) — O clima popular em Paris é muito animado. As pessoas estão muito felizes com a notícia da queda de Berlim. As ruas estão cheias de flores e bandeiras francesas. As pessoas estão muito orgulhosas de sua pátria. O clima popular é muito bom em todas as partes da França.



INVASÃO

Os alemães em todas as frentes

Questão de horas a queda da cidade

Q. Q. ALIADO NO NORTE DA AFRICA, 29 (U. P.) — Informação da frente, hoje, anunciou que a captura de Napoléon é agora questão de dias e talvez mesmo de horas.

Avançam para Bastia as tropas francesas

Q. Q. ALIADO NO NORTE DA AFRICA, 29 (U. P.) — As tropas francesas avançam para Bastia. As tropas alemãs estão sendo retiradas da cidade. As tropas francesas estão muito próximas da cidade.

FICOU HORAS A ESPERA DOS PAIS NO AEROPORTO

VIAGEM AEREA DE LISBOA AO RIO — Com este ano, é a primeira travessia do Atlântico.

DESTRUIDOS OS EXÉRCITOS DE HITLER

MOSCOU, 29 (U. P.) — A resistência nazista em Kiev está diminuindo consideravelmente, segundo os informes noticiados de sul, hoje. Acreditou-se que a maior parte do exército alemão de Kiev foi morta ou fugiu.

DESTRUIDOS OS EXÉRCITOS DE HITLER

MOSCOU, 29 (U. P.) — A resistência nazista em Kiev está diminuindo consideravelmente, segundo os informes noticiados de sul, hoje. Acreditou-se que a maior parte do exército alemão de Kiev foi morta ou fugiu.



DESTRUIDOS OS EXÉRCITOS DE HITLER

DESTRUIDOS OS EXÉRCITOS DE HITLER

MOSCOU, 29 (U. P.) — A resistência nazista em Kiev está diminuindo consideravelmente, segundo os informes noticiados de sul, hoje. Acreditou-se que a maior parte do exército alemão de Kiev foi morta ou fugiu.

DESTRUIDOS OS EXÉRCITOS DE HITLER

MOSCOU, 29 (U. P.) — A resistência nazista em Kiev está diminuindo consideravelmente, segundo os informes noticiados de sul, hoje. Acreditou-se que a maior parte do exército alemão de Kiev foi morta ou fugiu.

DESTRUIDOS OS EXÉRCITOS DE HITLER

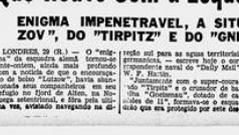
MOSCOU, 29 (U. P.) — A resistência nazista em Kiev está diminuindo consideravelmente, segundo os informes noticiados de sul, hoje. Acreditou-se que a maior parte do exército alemão de Kiev foi morta ou fugiu.

DESTRUIDOS OS EXÉRCITOS DE HITLER

MOSCOU, 29 (U. P.) — A resistência nazista em Kiev está diminuindo consideravelmente, segundo os informes noticiados de sul, hoje. Acreditou-se que a maior parte do exército alemão de Kiev foi morta ou fugiu.

DESTRUIDOS OS EXÉRCITOS DE HITLER

MOSCOU, 29 (U. P.) — A resistência nazista em Kiev está diminuindo consideravelmente, segundo os informes noticiados de sul, hoje. Acreditou-se que a maior parte do exército alemão de Kiev foi morta ou fugiu.



DESTRUIDOS OS EXÉRCITOS DE HITLER

DESTRUIDOS OS EXÉRCITOS DE HITLER

MOSCOU, 29 (U. P.) — A resistência nazista em Kiev está diminuindo consideravelmente, segundo os informes noticiados de sul, hoje. Acreditou-se que a maior parte do exército alemão de Kiev foi morta ou fugiu.

DESTRUIDOS OS EXÉRCITOS DE HITLER

MOSCOU, 29 (U. P.) — A resistência nazista em Kiev está diminuindo consideravelmente, segundo os informes noticiados de sul, hoje. Acreditou-se que a maior parte do exército alemão de Kiev foi morta ou fugiu.

DESTRUIDOS OS EXÉRCITOS DE HITLER

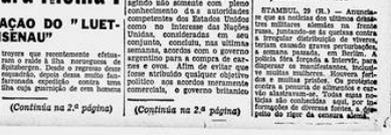
MOSCOU, 29 (U. P.) — A resistência nazista em Kiev está diminuindo consideravelmente, segundo os informes noticiados de sul, hoje. Acreditou-se que a maior parte do exército alemão de Kiev foi morta ou fugiu.

DESTRUIDOS OS EXÉRCITOS DE HITLER

MOSCOU, 29 (U. P.) — A resistência nazista em Kiev está diminuindo consideravelmente, segundo os informes noticiados de sul, hoje. Acreditou-se que a maior parte do exército alemão de Kiev foi morta ou fugiu.

DESTRUIDOS OS EXÉRCITOS DE HITLER

MOSCOU, 29 (U. P.) — A resistência nazista em Kiev está diminuindo consideravelmente, segundo os informes noticiados de sul, hoje. Acreditou-se que a maior parte do exército alemão de Kiev foi morta ou fugiu.



DESTRUIDOS OS EXÉRCITOS DE HITLER

Estopim Estourando nos Balcãs NOVOS DESEMBARQUES anglo-norte-americanos na Europa

Reconhecido o governo de Mussolini pela Alemanha e seus satelites

O ex "Duce" regressou a Munich hospedando-se na casa de Hitler - Acusado de assessorio de E. Mule

MUNICH, 29 (U. P.) - A visita de Benito Mussolini a Alemanha, para reconhecer o governo de Hitler, foi o primeiro passo de uma política de reconciliação com a Alemanha nazista.

Luz imortal de uma vida que ainda brilha apesar dos pantanos

História comovente de um oficial norte-americano, que salvou uma criança brasileira - Um grande drama improvisado em pleno sertão do Espírito Santo - Anãia, a linda garota sem sobrelame

VITORIA, setembro 28 (U. P.) - Um oficial norte-americano, o Sr. James Keith, salvou a vida de uma criança brasileira, Anãia, em pleno sertão do Espírito Santo.

COLABORE NO ESFORÇO DE GUERRA DO BRASIL

COLABORE NO ESFORÇO DE GUERRA DO BRASIL, adquirindo, pela leitura de...

Dr. Capitão... Um grande hote saiva-vidas abandonado ao largo de Santos

Identificação para trazer o porto e embarcação

INVASÃO

A crente no vitorio das Nações Unidas

No navio de Quentin Reynolds... 20 mil homens que partam para Dieppe

e pelos caminhos que eles abrirem com marchas, o goro, os Exércitos do Segundo Fronte

EM TODAS AS LIVRARIAS



GENERAL G. MILHAM WRIGHT E OFICIAIS DO COMANDO CENTRAL DA MARinha...

O homem era o «intermediário» dos negocios da Coordenação

Cau na malha da policia e, juntamente com os seus complices, foi encaminhado ao Tribunal de Segurança

FALSCIFICAVA A ASSINATURA DO COMANDO...

MAIS DE 600 BOMBARDIERS PARTICIPARAM DO GRANDE ATAQUE...

PROTESTA DO REICH...

Ocupada pelos americanos a ilha de Manumea

A operação realizou-se sem oposição nipônica - Novo e violento bombardeio sobre Wewak

SEXTA-FEIRA NOTIFICADA...

Droga para acabar com a praga da malária

A notícia sensacional que vem de Londres

MOVES DE ESTILO DA MAIS ALTA QUALIDADE

GRAYSON HEFLIN HOJE SETE NUNTS

METRO-PASSEIO

Confissão de Berlim

LONDRES, 29 (U. P.) - Circula em Berlim a notícia de que...

FRANCA ADVERTENCIA...

Começa hoje o ano 5704 da era hebraica

Palavras do rabino da Cong. Israelita Paulista

Hanover arrazada

Mais de 600 bombardeiros participaram do grande ataque...

O BOMBARDEIO RECONHECIDO NA REPUBLICA LIBANESA

PROTESTA DO REICH...

A TODA PRESSÃO ESTAMBUL, 29 (U. P.)

Ocupada pelos americanos a ilha de Manumea

A operação realizou-se sem oposição nipônica - Novo e violento bombardeio sobre Wewak

SEXTA-FEIRA NOTIFICADA...

Droga para acabar com a praga da malária

A notícia sensacional que vem de Londres

MOVES DE ESTILO DA MAIS ALTA QUALIDADE

GRAYSON HEFLIN HOJE SETE NUNTS

METRO-PASSEIO

Disponível em: http://memoria.bn.br/DocReader/Hotpage/HotpageBN.aspx?bib=221961_02&pagfis=19245&pesq=&url=http://memoria.bn.br/docreader/

Anexo 5

Foto ampliada

...il conter a ofensiva ru

ES LONDRES, 29 (U. P.) — A radio de Berlim transmite formação ao povo alemão, advertindo-o de que pos- te não será possível conter o avanço dos exércitos s para o oeste. A referida emissora afirmou que a A se vê obrigada agora a combater em duas frentes de

ras
ade

J. P.) —
de Napo-

J. P.) —
aria do 5º
per na ci-

J. P.) —
pelas tra-
lições de

para

cesas

encur-
itos

ORTE DA
As tropas
a 15 quilo-
rsega. A re-
ex mais de-

R. G. Allado
(U. P.) —
rancesas na
r-se de um
rela nazista
se tornando
consequen-
ccesa.



ANALIA, a linda garota sem sobrenome, com a fisionomia de quem, apesar de inocente, ainda relembra as terríveis horas de um destino amargo e quasi fatal. Agora, porém, já recebe o carinho e os cuidados do dr. Osvaldo Silva, diretor-médico das obras de saneamento do Vale do Rio Doce. (Reportagem na oitava página)

Destrui exérci Hitler

MOSCOU,
— A resistê
em Kiev está
consideraveln
do informam
sul, hoje. Ac
a maior part
ção alemã
morta ou já f

NÃO PUDERAM
Moscou, 29 (U. P.) — se autorizadam) tescas forças ale ram divididas en pos — ainda ni atravessar o Dni bloquete da avia rta russas. Essas estão sendo e uma maneira p as poderosas defe ram destruídas.

PARA O AVA
POLONIA E A /
Moscou, 29 (U. P.) local comunica forças russas de canhões e aviões rial bélico estão para iniciar o ava lonia e em seguí manha.

DESTRUIDOS
(U. P.) — O jo russo anuncia que Hitler na Russla dos como tal e cor em pequenas uníc

(Continúa na

” DE LONDRES :