

# Dissertação de Mestrado

**DIMENSÕES DA ASSISTÊNCIA MÉDICO-SOCIAL EM  
LAURO MULLER: O PROBLEMA DA MATERNIDADE E  
INFÂNCIA NA REGIÃO CARBONÍFERA CATARINENSE**

**ISABELA BEZ BATTI DA SILVA**

**UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE - UNESC  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DESENVOLVIMENTO  
SOCIOECONÔMICO - PPGDS  
MESTRADO EM DESENVOLVIMENTO SOCIOECONÔMICO**

**ISABELA BEZ BATTI DA SILVA**

**DIMENSÕES DA ASSISTÊNCIA MÉDICO-SOCIAL EM LAURO MULLER: O  
PROBLEMA DA MATERNIDADE E INFÂNCIA NA REGIÃO CARBONÍFERA  
CATARINENSE**

**CRICIÚMA  
2021**

**ISABELA BEZ BATTI DA SILVA**

**DIMENSÕES DA ASSISTÊNCIA MÉDICO-SOCIAL EM LAURO MULLER: O  
PROBLEMA DA MATERNIDADE E INFÂNCIA NA REGIÃO CARBONÍFERA  
CATARINENSE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Socioeconômico da Universidade do Extremo Sul Catarinense - UNESC, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Desenvolvimento Socioeconômico.

Orientador: Prof. Dr. Ismael Gonçalves Alves  
Coorientador: Prof. Dr. Alcides Goularti Filho

**CRICIÚMA**

**2021**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

S586d Silva, Isabela Bez Batti da.

Dimensões da assistência médico-social em Lauro Muller : o problema da maternidade e infância na região carbonífera catarinense / Isabela Bez Batti da Silva. - 2021.

104 p. : il.

Dissertação (Mestrado) - Universidade do Extremo Sul Catarinense, Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Socioeconômico, Criciúma, 2021.

Orientação: Ismael Gonçalves Alves.

Coorientação: Alcides Goularti Filho.

1. Serviços de saúde materno-infantil - Lauro Muller (SC). 2. Assistência à maternidade e à infância - Lauro Muller (SC). 3. Políticas públicas. 4. Mortalidade infantil. I. Título.

CDD. 22. ed. 362.1982

Bibliotecária Eliziane de Lucca Alosilla - CRB 14/1101  
Biblioteca Central Prof. Eurico Back - UNESC

**ISABELA BEZ BATTI DA SILVA**

**DIMENSÕES DA ASSISTÊNCIA MÉDICO-SOCIAL EM LAURO  
MULLER: O PROBLEMA DA MATERNIDADE E INFÂNCIA  
NA REGIÃO CARBONÍFERA CATARINENSE**

Esta dissertação foi julgada e aprovada para obtenção do Grau de Mestra em Desenvolvimento Socioeconômico no Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Socioeconômico da Universidade do Extremo Sul Catarinense.

Criciúma, 21 de maio de 2021.

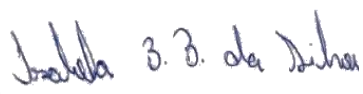
**BANCA EXAMINADORA**

  
Prof. Dr. Ismael Gonçalves Alves  
(Presidente e Orientador – UNESC)

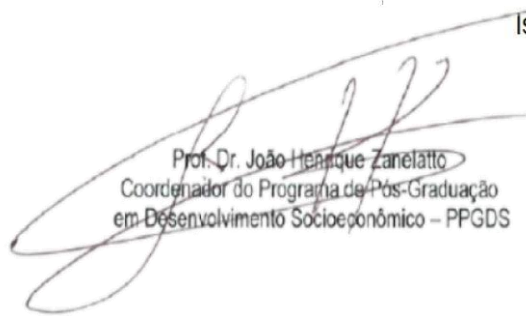
  
Prof. Dr. Alcides Goularti Filho  
(Coorientador - UNESC)

  
Profa. Dra. Cristina Ennes Da Silva  
(Membro – FEEVALE)

  
Profa. Dra. Giovana Ilka Jacinto Salvaro  
(Membro – UNESC)



Isabela Bez Batti  
(Discente)

  
Prof. Dr. João Henrique Zanelatto  
Coordenador do Programa de Pós-Graduação  
em Desenvolvimento Socioeconômico – PPGDS

Dedico este trabalho a todos que acreditaram em mim. Em especial, a minha amiga Raquel, aos meus pais, aos professores e ao meu orientador.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a todos aqueles que de forma direta e indireta me auxiliaram na realização deste trabalho de pesquisa.

Aos colegas da pós-graduação, pelos conselhos e debates enriquecedores;

Aos professores e professoras que mediaram reflexões e enriqueceram ainda mais minha vida através dos conhecimentos repassados;

Aos amigos e amigas que opinaram nas situações solicitadas e deram força nos momentos difíceis;

Às pessoas queridas e adoradas que compreenderam minhas ausências e afastamentos;

Aos colaboradores da UNESCO, por serem solícitos diante aos meus pedidos de ajuda, em especial a equipe do CEDOC e da Biblioteca;

Agradeço ao Professor Doutor Alcides Goularti Filho, meu coorientador, que em um primeiro momento, ao entrar no programa, compreendeu minhas curiosidades de estudo, e acabou me direcionando a um grupo de pesquisa a qual amei fazer parte. Ao Professor Doutor Ismael Gonçalves Alves, meu orientador, cujas intervenções, críticas, sugestões e recomendações foram fundamentais na trajetória percorrida para a elaboração desta dissertação, por sua enorme capacidade de promover reflexões, sua solicitude, paciência e postura ética, sempre conduzindo a orientação num nível intelectual incrivelmente compartilhador.

Serei eternamente grata a todos vocês.

“Não me pergunte quem sou e não me diga  
para permanecer o mesmo.”

Michel Foucault



## RESUMO

Esta pesquisa tem por objetivo identificar as políticas de proteção materno-infantil destinadas à população ligada a atividade carbonífera no município de Lauro Muller (1930-1960). Buscou-se investigar, também, a atuação de múltiplos agentes (entidades filantrópicas, governamentais, médicas e outros especialistas) na implantação e execução de políticas assistenciais à maternidade e à infância, visto que desde o início do período republicano a infância passou a ter destaque nos discursos de médicos, filantropos e empresários, que viam na criança saudável a possibilidade de transformar a nação em uma potência industrial e militar. Não diferente do restante do país, Lauro Muller, entre as décadas de 1940 e 1960, passava por uma modernização em suas estruturas econômicas e sociais, e diante disto a saúde das crianças foi alvo de um importante processo de intervenção, pois o alto índice de mortalidade infantil foi um elemento preponderante da região que contrastava ao discurso do progresso do carvão. As causas das mortes estavam atreladas a diversos fatores e, dentre eles, o crescimento urbano desordenado, calcado em estruturas demasiadamente precárias, como a falta de assistência médica, má higiene das habitações, alimentação escassa e o consumo de água poluída. As ações de assistência médica e social, desenvolvidas na Região, podem ser enquadradas no que Foucault chamou de biopolítica. Ao pensar a ação do Estado na gestão da vida o filósofo nos fornece elementos para a reflexão sobre o corpo na passagem do século XVIII para o XIX, a partir da transição de um poder soberano para outro, chamado de biopolítica, que enredou a vida social também no século XX. Por meio dessa nova forma de pensar o governo dos vivos, o Estado passou a entender a população como sua maior riqueza, atuando no prolongamento da vida e adiamento da morte, com a finalidade de utilizar estes corpos no desenvolvimento econômico da nação. Tal processo não se restringiu apenas ao corpo, mas aos fenômenos coletivos que poderiam afetá-lo. E a medicina ocupou um papel central no controle social, sendo responsável pela articulação das políticas estatais, contando também com o empresariado e as congregações religiosas no processo de gestão da população, onde as famílias se tornaram alvo prioritário das políticas assistenciais de controle, uma vez que a instituição familiar passou a ser compreendida como um agente de reprodução da vida, atuando dentro do mecanismo de manutenção da ordem social almejada pelo Estado. No entanto, as ações profiláticas acabaram transformando a família operária no alvo de inúmeros discursos normativos sobre seus corpos e hábitos, responsabilizando-os por tal situação médico-sanitária.

**Palavras-chave:** Políticas Materno-Infantis. Problemas Médico-Sanitários. Assistência.

## ABSTRACT

This research aims to identify the maternal and child protection policies for the population linked to the coal activity in the municipality of Lauro Muller (1930-1960). It was sought to investigate, also, the performance of multiple agents (philanthropic, governmental, medical, and other specialists) in the implementation and execution of assistance policies for motherhood and childhood, for since the beginning of the republican period childhood has become prominent in the speeches of doctors, philanthropists, and entrepreneurs, who saw in the healthy child the possibility of transforming the nation into an industrial and military power. Not unlike the rest of the country, Lauro Muller, between the 1940s and 1960s, was undergoing modernization in its economic and social structures, and given this, the children's health was the target of an important intervention process, because of the high rate of infant mortality was a preponderant element in the region that contrasted with the discourse on the progress of coal. The death causes were linked to several factors and among them the disordered urban growth based on extremely precarious structures, such as the lack of medical assistance, poor housing hygiene, scarce food, and the consumption of polluted water. The actions of medical and social assistance developed in the Region can be framed in what Foucault called biopolitics. When thinking about the action of the State in the management of life, the philosopher provides elements for reflection on the body in the transition from the 18th to the 19th century, from the transition from sovereign power to another, called biopolitics, which entangled social life also in the 20th century. Through this new way of thinking about the government of the living, the State came to understand the population as its greatest wealth, acting in the prolongation of life and postponement of death, to use these bodies in the economic development of the nation. Such a process was not restricted only to the body, but to the collective phenomena that could affect it. And medicine played a central role in social control, being responsible for articulating state policies, also counting on the business community and religious congregations in the population management process, where families became a priority target of assistance control policies, once the family institution came to be understood as an agent of reproduction of life, acting within the mechanism of maintenance of the social order desired by the State. However, the prophylactic actions ended up transforming the working family into the target of numerous normative speeches about their bodies and habits, making them responsible for such a medical-sanitary situation.

**Keywords:** Maternal and Child Policies. Medical-Sanitary Problems. Assistance.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Mapa da Região Carbonífera .....	48
Figura 2 - Foto da Vila Operária localizada do Guatá/Lauro Muller (1947) .....	57
Figura 3 - Foto da Vila Operária do Guatá, crianças e adultos nas ruas - aparentemente descalças .....	64
Figura 4 - Foto da Vila Operária do Guatá em que aparecem as patentes localizadas próximas às residências .....	72
Figura 5 - Vila Operária do Guatá durante a instalação do sistema de abastecimento de água. No canto esquerdo é possível observar crianças circulando descalças junto aos porcos .....	74
Figura 6 - Cemitério Santa Bárbara, Guatá (29/03/2003) .....	79
Figura 7 - Irmã Zélia oferecendo o curso de corte e costura em uma residência das vilas operárias na cidade de Lauro Muller (década de 50) .....	90
Figura 8 - Religiosa orientando as esposas dos mineiros sobre nutrição (década de 1960) .....	91

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Municípios de origem dos mineiros das carboníferas do sul-catarinense	55
Tabela 2 - Mortalidade Infantil em Criciúma e no Brasil (1946-1956).....	78

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

CEDOC Centro de Memória e Documentação

CEPCAN Comissão do Plano do Carvão Nacional

CLT Consolidação das Leis Trabalhistas

CNMCBB Companhia Nacional Mineração de Carvão Barro Branco

CPECAN Comissão Executiva do Plano do Carvão Nacional

DNCr Departamento Nacional da Criança

DNSP Departamento Nacional de Saúde Pública DNSP

LBA Legião Brasileira de Assistência

MES Ministério da Educação e Saúde

SATC Sociedade de Assistência aos Trabalhadores do Carvão

SESI Serviço Social da Indústria

UNESC Universidade do Extremo Sul Catarinense

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>13</b>
<b>2 A MATERNIDADE E INFÂNCIA COMO PROBLEMAS DE ESTADO: UM ESTUDO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS BRASILEIRAS NA PRIMEIRA METADE DO SÉCULO XX.....</b>	<b>21</b>
2.1 A TRAJETÓRIA DAS POLÍTICAS SOCIAIS NO BRASIL: A GERÊNCIA DA POPULAÇÃO COMO OBJETO DE ESTADO .....	21
2.2 AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE: O CONTROLE E A GERÊNCIA DA POPULAÇÃO .....	30
2.3 AS POLÍTICAS PÚBLICAS MATERNO-INFANTIS NO BRASIL: PRESERVAR A VIDA EM NOME DO ESTADO .....	38
<b>3 DA DESCOBERTA DO “OURO NEGRO” AOS REFLEXOS DO “PROGRESSO” .....</b>	<b>47</b>
3.1 REGIÃO CARBONÍFERA: A CONSTRUÇÃO DO ESPAÇO EM TORNO DA CULTURA E IDEOLOGIA DO CARVÃO .....	47
3.2 GESTÃO DOS CORPOS NO ESPAÇO: AS VILAS OPERÁRIAS DE LAURO MULLER.....	53
3.3 AS CONDIÇÕES MÉDICO-SANITÁRIAS DAS FAMÍLIAS MINEIRAS .....	61
<b>4 O SISTEMA MATERNO-INFANTIL DE SAÚDE EM LAURO MULLER.....</b>	<b>69</b>
4.1 MATERNIDADE E INFÂNCIA EM RISCO: UM ESTUDO SOBRE OS PROBLEMAS SANITÁRIOS .....	69
4.2 A MORTALIDADE INFANTIL EM GUATÁ: CONTRASTE AO DISCURSO DO PROGRESSO .....	77
4.3 FILANTROPIA E ASSISTÊNCIA: AS AÇÕES PROFILÁTICAS DE COMBATE À MORTALIDADE INFANTIL.....	84
<b>5 CONCLUSÃO .....</b>	<b>94</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>97</b>

## 1 INTRODUÇÃO ‘

Antes de adentrar ao tema do projeto trago uma breve descrição da minha trajetória, com o objetivo de esclarecer a escolha do objeto de pesquisa, motivos estes que me fizeram chegar até aqui. Meu nascimento, na cidade de Lauro Muller, na vila operária do Guatá, onde vivo até o momento, me proporcionou vivenciar a cultura em torno do carvão e, sendo a mineração ainda hoje a principal atividade econômica do município, é perceptível sua influência sobre hábitos e costumes das famílias operárias. Neta de mineiro, cresci ouvindo os relatos sobre o difícil trabalho nas minas, a vida na vila operária, os diversos problemas médico-sanitários e de assistência que levaram à morte de um elevado número de crianças e a propagação de diversas enfermidades no local.

O início do meu processo educacional se deu na cidade de Lauro Muller, no distrito do Guatá. Ao finalizar o ensino médio, no ano de 2008, prestei vestibular para o curso de Educação Física da Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC). Durante minha formação sempre demonstrei interesse pelos temas relacionados à saúde e sobre a forma como o corpo é visto em determinados momentos históricos. Em minha trajetória profissional tive contato com diversos conceitos de corpo, que insidiam sobre a imagem corporal dos indivíduos e se mostravam intimamente ligados à realidade social em que estavam inseridos, e esta observação alimentava o desejo de desenvolver uma pesquisa sobre o corpo no contexto do local onde nasci e cresci. Então, encontrei nas linhas de pesquisa do Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Socioeconômico um local para realizar o desejo de desenvolver um estudo em torno de um tema que vai de encontro com a minha trajetória de vida.

A cidade de Lauro Muller está localizada no interior de Santa Catarina e é conhecida como “Berço Histórico do Carvão Nacional”. A relação do município com o carvão ultrapassa os limites econômicos e se pode dizer que a mineração foi a responsável, em grande medida, pelo processo de formação local. As marcas decorrentes do processo de mineração estão distribuídas por todo o município, na água e no solo contaminado, nas construções ainda hoje existentes, nos nomes de ruas, praças, escolas, campos de futebol e monumentos, fazendo referência a engenheiros, governadores, prefeitos e empresários que fizeram parte do processo de exploração de carvão. Há um museu no centro da cidade, carregado de

lembranças, com os trilhos de trem a sua frente, trazendo marcas da Estrada de Ferro Tereza Cristina (1884) que por ali passava e foi apagada. Não distante do centro da cidade ainda estão presentes as vilas operárias, construídas pela mineradora que explorava a localidade, para dar moradia aos seus funcionários, com algumas casas geminadas e poucas estruturas dos antigos comércios ainda presentes.

Segundo Dall’Alba (1886), as pessoas que migraram para a região em busca de trabalho não tinham onde morar. Há relatos de que as primeiras residências eram de barro e cobertas com palha, mas após algum tempo foram substituídas por casas de madeira. Em 1917, Lauro Muller já possuía uma vila operária, que pertencia a Companhia Nacional Mineração de Carvão Barro Branco (CNMCBB), que seguia o modelo de organização urbana capitalista vivenciada na Europa, onde a vida dos moradores dependia única e exclusivamente da indústria que ali estava instalada. A empresa construía e cedia as casas de madeira para seus funcionários, colocando também à sua disposição armazéns, escolas, farmácias, etc. De acordo com Margareth Rago (2014), a burguesia industrial, em aliança com os poderes públicos, no final do século XIX e início do século XX, instaurou em diversas regiões industriais uma nova gestão sobre a vida dos trabalhadores, controlando suas ações dentro e fora do espaço laboral, ofertando, além do emprego, outras “facilidades”, como dispensários de medicamentos, clubes, teatros, médicos, escolas e mercearias, que criavam um elo de dependência do empregado com relação a seu empregador.

O primeiro impulso acerca do desenvolvimento da exploração de carvão no sul de Santa Catarina aconteceu em 1917, quando, oficialmente, o Grupo Lage e Irmãos começou a retirar o minério do solo do município de Lauro Muller. O segundo impulso ocorreu na década de 30, visto que, antes, a maior parte do carvão consumida pelo mercado nacional era de origem inglesa e, devido ao preço, interesses políticos e posteriormente aos problemas gerados pela guerra, ficou difícil a importação do carvão inglês, forçando o governo a investir na mineração do carvão nacional, expandindo a exploração do minério em toda a região. Este processo esteve amparado pelo Decreto Lei Nº 2.667 de 3 de outubro de 1940, que autorizava a União a auxiliar as empresas de mineração de carvão, garantindo que a indústria nacional consumisse o que era extraído. Diante disso, a cidade de Lauro Muller se



viu envolta em todo o processo de intensificação das atividades mineradoras em seu território que em grande medida era organizada pela CNMCBB.

O auge da instituição de empresas mineradoras na Região Carbonífera<sup>1</sup> foi entre os anos de 1940 a 1985, período em que o progresso em torno da mineração trouxe alguns elementos de desenvolvimento econômico, mas não puderam esconder as mazelas provenientes do processo de extração e beneficiamento do carvão. Neste espaço de tempo, no qual começava a se instalar um complexo carbonífero na região, foi um período que gerou um impacto negativo sob a vida dos operários e suas famílias. O trabalho exigia demasiada força física, pois o método de mineração era rudimentar, o ambiente era insalubre, ocasionando a morte ou incapacitação de muitos operários, além de provocar enfermidades. Outro ponto que se pode destacar são as condições de vida às quais as famílias eram expostas, morando nas vilas operárias, que era um ambiente altamente hostil, pois nesses locais o ar, a água e o solo estavam contaminados com detritos provenientes da mineração. As vilas foram construídas sem planejamento, sobre rejeitos de carvão, sem saneamento básico, péssimas condições de higiene e nem sequer água potável, motivos pelos quais favoreciam a proliferação de doenças infectocontagiosas que ceifavam a vida das crianças (CAROLA, 2011).

As famílias se submetiam a tal risco, pois anteriormente dependiam da agricultura ou da pesca para prover seu sustento. Sabe-se que esses meios de produção eram demasiadamente instáveis, pois dependiam de fatores naturais como clima, terra, safra, etc. Foi em busca de estabilidade financeira que os operários e suas famílias optaram pelo trabalho nas minas de Lauro Muller. Ao se deslocarem para a cidade, os novos moradores tiveram que se adaptar ao modo de vida urbano-industrial que lhes exigia total entrega ao mundo do trabalho. Essa condição de exploração, rotina estafante de trabalho, precariedade do labor e péssimas condições de vida geraram uma série de infortúnios que impactavam diretamente na organização familiar. Nesse processo de abandono do campo em favor de uma vida urbana, as famílias de trabalhadores foram expostas a uma forma de vida precária, que atingia diretamente a saúde e o bem-estar de todos. Diversos foram os eventos epidêmicos que solaparam a Região Carbonífera de Santa Catarina, que passou a ser conhecida, também, em todo o país, por sua precariedade.

---

<sup>1</sup> Localizada no sul de Santa Catarina, a Região Carbonífera é composta por cinco municípios: Lauro Muller, Criciúma, Urussanga, Treviso, Siderópolis e Araranguá.

No processo de análise do desenvolvimento local, o alto índice de mortalidade infantil foi um elemento preponderante da região entre as décadas de 1940 de 1960, em contraste ao discurso do progresso do “ouro negro”. As causas das mortes estavam atreladas a diversos fatores, dentre eles o crescimento urbano desordenado, calcado em estruturas demasiadamente precárias, como a falta de assistência médica, má higiene das habitações, alimentação precária e o consumo de água poluída (BARCHINSKI, 2004).

Diante desse cenário o governo, as instituições religiosas e o setor privado uniram-se para desenvolver medidas com o objetivo de reduzir o impacto causado na vida dos operários e suas famílias. Esse fato fez surgir o seguinte problema de pesquisa “como a assistência médico-sanitária incidiu sobre os corpos de mães e crianças com a finalidade de formar uma classe trabalhadora apta aos mundos do trabalho, principalmente o carbonífero, na cidade de Lauro Muller/SC?”

Por esse motivo, elencamos como objetivo geral desta pesquisa identificar as políticas de proteção materno-infantil destinada à população ligadas a atividade carbonífera no município de Lauro Muller (1930-1960). E para dar conta desta empreitada, elencamos como objetivos específicos: investigar a atuação de múltiplos agentes (entidades filantrópicas, governamentais, médicas e outros especialistas) na implantação e execução de políticas assistenciais à maternidade e à infância; analisar as legislações que foram desenvolvidas com foco nas questões assistenciais materno-infantil e como estas medidas impactaram o cenário local; analisar de que forma as ações assistenciais impuseram à população operária normas e padrões de comportamento para harmonizar a vida urbano-industrial.

Para analisar o processo de desenvolvimento das políticas de assistência médica e social desenvolvidas na região utilizamos a ideia de Biopolítica proposta por Foucault (2010). Ao pensar a ação do Estado na gestão da vida, o filósofo nos fornece elementos para a reflexão sobre o corpo na passagem do século XVIII para o XIX, de uma gestão social chamada de biopolítica, que enredou o cotidiano também no século XX. Por meio dessa nova forma de pensar o governo dos vivos, o Estado passou a entender a população como sua maior riqueza, atuando no prolongamento da vida e adiamento da morte, com a finalidade de utilizar estes corpos na produção de riquezas. Tal processo não se restringiu apenas ao corpo, mas a fenômenos coletivos que poderiam afetá-lo, e a medicina ocupou um papel central no controle social, sendo responsável pela articulação das políticas estatais.

[...] o surgimento progressivo da grande medicina do século XIX não pode ser dissociado da organização, na mesma época, de uma política da saúde e de uma consideração das doenças como problema político e econômico, que se coloca às coletividades e que elas devem tentar resolver ao nível de suas decisões de conjunto. (FOUCAULT, 2010, p. 80).

Neste sentido, as famílias foram alvo prioritário das políticas médicas de controle, pois a instituição familiar passou a ser compreendida como um agente de reprodução da vida, atuando dentro do mecanismo de manutenção da ordem social almejada pelo Estado. Diante dos arranjos familiares diversos, a medicina e a assistência escolheram como alvo prioritário as crianças, pois estas seriam futuras trabalhadoras e contribuiriam no fortalecimento do Estado (DONZELOT, 1980). Segundo Rago (2014) os médicos instauraram seu poder dentro do núcleo familiar para regulamentar o controle sobre a vida e impor a normatização moral e física, com o objetivo de garantir a formação de indivíduos preparados para a puritana ética do trabalho imposta pelo sistema industrial que emergia no Brasil em meados do século XIX e início do século XX.

[...] o poder médico procurou legitimar-se como tal, demonstrando para toda a sociedade a necessidade insubstituível de sua intervenção como orientador das famílias e como conselheiro da ação governamental. O recorte e circunscrição daquilo que se configurou como o tempo da infância e sua objetivação pela medicina atenderam, então, ao objetivo maior de legitimação das práticas de regulamentação e controle da vida cotidiana. Os médicos procuraram apresentar-se como a autoridade mais competente para prescrever normas racionais de conduta e medidas preventivas, pessoais e coletivas, visando produzir a nova família e o futuro cidadão. (RAGO, 2014, p. 157-158).

Apesar de Lauro Muller ter iniciado o processo de exploração de carvão por volta de 1884, foi entre 1930 e 1960 que ocorreram as maiores transformações sociais, econômicas, políticas e culturais na localidade. Foi nesse mesmo período que as políticas assistenciais voltadas à criança e à mulher começaram a se estruturar de maneira centralizada no Brasil, motivo pelo qual se justifica o recorte temporal desta pesquisa. Para atingir os objetivos propostos desenvolvemos uma pesquisa do tipo descritiva, sendo que esta busca elaborar uma análise detalhada dos fenômenos de uma determinada população e descrever de que forma os órgãos públicos prestaram atendimento à comunidade (GIL, 2008). Utilizamos a técnica documental escrita, primária e retrospectiva, pois ao compilar documentos pode-se apresentar um quadro que auxilia a compreensão do universo da pesquisa. Para melhor compreensão dos processos históricos realizamos a construção de uma

fundamentação teórica compilando dados secundários, obtidos em livros, jornais, publicações e teses. As fontes para pesquisa documental serão embasadas em arquivos públicos. Os tipos de documentos escritos podem ser definidos como: documentos oficiais, publicações parlamentares, documentos jurídicos, publicações administrativas e documentos particulares (MARCONI; LAKATOS, 2010). O presente estudo é de caráter qualitativo, pois busca em sua análise descrever e compreender fenômenos sociais e suas causas.

As fontes documentais utilizadas para dar subsídio à pesquisa histórica sobre as ações de assistência materno-infantil no município de Lauro Muller entre 1930-1960, são: documentos arquivados no CEDOC (Centro de Memória e Documentação) da UNESCO, os quais foram reunidos pelo Grupo de Pesquisa Memória e Cultura do Carvão em Santa Catarina; documentos produzidos por médicos e agentes públicos que faziam parte da estrutura de cuidados à população e que influenciaram na elaboração de ações públicas, através de seus relatórios sobre saúde; documentos administrativos que apresentam as ações tomadas pelos governantes frente aos problemas médico-sanitários ligados à maternidade e à infância, que estão contidos no arquivo histórico de Lauro Muller; pesquisa em jornais da época, através da Hemeroteca Nacional On-line; livros-ata e estatutos da Irmãs Sagrado Coração de Jesus, uma associação filantrópica que prestou assistência materno-infantil para o município; e documentos arquivados na Sociedade de Assistência aos Trabalhadores do Carvão (SATC), pois suas ações assistenciais alcançaram o município de Lauro Muller.

Para desenvolver o estudo desses documentos utilizamos a metodologia de análise discursiva a partir dos pensamentos de Michel Foucault, pois este procurava entender quais eram os efeitos do discurso sobre a subjetivação do indivíduo, onde a articulação dos argumentos dissemina uma “verdade” para os sujeitos sobre eles mesmos. Segundo Foucault, o discurso não pode ser visto apenas como um conteúdo representado por um sistema de signos, mas como “[...] práticas que formam sistematicamente os objetos de que fala [...]” (FOUCAULT, 2012, p. 60). Para o autor as palavras e as coisas se relacionam de maneira complexa, porque essa relação é histórica, e está repleta de construções, interpretações, perpassada por relações de poder.

A análise do discurso, assim entendida, não desvenda a universalidade de um sentido; ela mostra à luz do dia o jogo de rarefação imposta, com um poder fundamental de afirmação. Rarefação e afirmação, rarefação, enfim, da afirmação e não generosidade contínua do sentido, e não monarquia do significante [...]. (FOUCAULT, 1996, p. 70).

Portanto, é interessante observar essas práticas reproduzidas nos documentos coletados, para identificar as relações de saber/poder de determinada época e descrever os enunciados considerados “verdadeiros”, que estão presentes no cotidiano, interpelando os sujeitos e produzindo determinadas formas de viver, por este motivo utilizamos esta metodologia como forma de análise dos documentos estudados durante a pesquisa.

Ainda é importante esclarecer que esta investigação faz parte de um projeto de pesquisa maior intitulado “Cuidando das famílias pobres: a assistência social materno-infantil na região carbonífera catarinense (1930-1980)” aprovado na Chamada Universal MCTIC/CNPq n. 28/2018, cujo objetivo é pensar o campo das políticas públicas de assistência materno-infantis desenvolvidas na Região Carbonífera Catarinense nas suas interconexões entre o público e o privado.

Neste trabalho, apresentaremos, além da introdução, um primeiro capítulo intitulado “A maternidade e a infância como problemas de estado: um estudo das políticas públicas brasileiras na primeira metade do século XX”, onde buscamos debater a história das políticas públicas no Brasil e seus impactos na gerência da população, buscando entender o processo de desenvolvimento das políticas públicas de saúde e seu papel na manutenção das relações de capital/trabalho. A partir desta reflexão adentramos em uma análise sobre a construção das políticas públicas assistenciais para a maternidade e infância, apresentando o impacto da inserção do médico no núcleo familiar, procurando compreender de que forma foi construída e inserida na sociedade moderna novos valores na formação da família, na disseminação cultural do papel da mulher e da criança, que gerou a transformação dos hábitos e discursos da população operária.

No segundo capítulo, intitulado “Da Descoberta do ‘Ouro Negro’ aos Reflexos do ‘Progresso’”, analisamos o início do processo de mineração no Sul de Santa Catarina, bem como as mazelas decorrentes de tal atividade econômica. Buscamos também resgatar a memória e a história do município de Lauro Muller, sendo que este foi o primeiro município a se explorar o carvão, e por esse motivo é conhecido como “O Berço do Carvão Nacional”. O fato de ser o pioneiro na

mineração fez com que os corpos que ali residiam sofressem demasiadamente por falta de estruturas básicas para a manutenção de uma vida digna e saudável. Sendo assim, este último fato nos fornece subsídio para dar início a discussão sobre os problemas médico-sanitários que acometiam o município de Lauro Muller, assim como toda a Região Carbonífera.

No último capítulo “O Sistema Materno-Infantil de Saúde em Lauro Muller”, apresentamos os problemas sanitários que afetavam as mulheres e as crianças que viviam nas vilas operárias, analisando as formas de vida em torno da infância e da maternidade. Apresentamos o tema da mortalidade infantil e seu contraste frente ao discurso do progresso, que era reafirmado constantemente nesse período, e apontamos a forma como as mães foram culpabilizadas por tal situação. Ainda, analisamos como os médicos que atuaram na localidade disseminaram um discurso que contribuiu para a construção de uma cultura assistencial na qual as mães passaram a ser vistas como as únicas responsáveis pela saúde e desenvolvimento das crianças. Por fim, apresentaremos as políticas que tiveram maior relevância para a maternidade e infância desenvolvidas pelos órgãos estatais, e as ações arquitetadas pelas instituições filantrópicas juntamente com os empresários do setor mineral.

## **2 A MATERNIDADE E INFÂNCIA COMO PROBLEMAS DE ESTADO: UM ESTUDO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS BRASILEIRAS NA PRIMEIRA METADE DO SÉCULO XX**

Este capítulo tem por objetivo descrever as políticas públicas desenvolvidas pelo Estado brasileiro junto a instituições filantrópicas e privadas destinadas à maternidade e à infância na primeira metade do século XX. Essa análise restringe-se, primeiramente, a cidade do Rio de Janeiro, pois era a sede administrativa do país e foi o local onde se originaram os sistemas de assistência, as camadas populares.

Diante disso, o primeiro item tem a função de identificar como o desenvolvimento do capitalismo industrial incidiu sobre a necessidade de construção de um sistema de assistencialismo, que passou a desenvolver ações para a organização das cidades e impor à população urbana novos hábitos e costumes, controlando-as de acordo com os interesses do Estado frente ao novo sistema econômico que emergia.

No segundo tópico analisamos a trajetória das políticas públicas de saúde no Brasil e a forma como os médicos, por meio das instituições filantrópicas e assistenciais, destacaram-se no auxílio às mães e crianças, estabelecendo uma postura de autoridade frente à sociedade, reforçando um ideal de maternidade e infância, que foi responsável por instituir a uma identidade de gênero.

No terceiro e último item apresentamos como foram construídas as políticas públicas materno-infantis no Brasil, frente a determinados momentos políticos, trazendo o enfoque a algumas das principais políticas assistenciais destinadas à maternidade e à infância na Era Vargas, pois este foi um período em que se delineou um Estado interventor e propositor de políticas de Bem-Estar e que continuam ainda hoje influenciando o sistema de proteção social brasileiro.

### **2.1 A TRAJETÓRIA DAS POLÍTICAS SOCIAIS NO BRASIL: A GERÊNCIA DA POPULAÇÃO COMO OBJETO DE ESTADO**

Estudar as políticas públicas, principalmente aquelas ligadas à saúde, é uma importante ferramenta para compreender a complexidade das relações que se

estabelecem no interior de uma comunidade nacional. Por meio dela é possível verificar o grau de intervenção estatal, a participação popular, a interação de diversos atores que constroem e implementam tais políticas, além de desvelar o caráter intervencionista ou não de um Estado sobre o bem-estar de sua população. De acordo com Maria Hermínia de Tavares Almeida (2007), no Brasil, os estudos acerca das políticas públicas de educação, saúde, previdência, assistencial social, saneamento, habitação, entre outras, passaram a ocupar a agenda dos cientistas sociais a partir da década de 1980, marcada pela transição de um governo autoritário para outro democrático. Nesse momento, interessava saber a capacidade do Estado em produzir e implementar políticas públicas pensadas pela nova constituição, e “buscava-se entender o sentido, as possibilidades e obstáculos às incitativas de mudança, inscritas na nova Constituição ou simplesmente resultantes da decisão dos governos” (ALMEIDA, 2007, p. 09). Assim, estudar e analisar o processo de criação e implementação de políticas públicas é um elemento chave para entender os componentes de desenvolvimento socioeconômico nos sistemas políticos e sociais da contemporaneidade, e desenvolver um olhar crítico sobre os objetivos que estão por trás de cada iniciativa governamental e os reflexos para o desenvolvimento social.

Nesse sentido, ao analisar o processo de criação de políticas públicas percebe-se que estas surgiram na sociedade capitalista, entre o final do século XIX e início do século XX, momento no qual se intensifica o processo de produção de riquezas através da industrialização, exigindo a expansão do mercado consumidor e a introdução do trabalho assalariado. Porém, tal mudança econômica não se materializou na distribuição dos benefícios econômicos da industrialização, mas se refletiu em um generalizado processo de concentração de renda, que, por sua vez, gerou uma série de problemas no tecido social, no qual uma considerável parcela da população passou a viver na miséria (NETTO, 2014).

As mudanças nas estruturas de vida ocorreram através da transição das relações mercantis, que antes eram baseadas no intercâmbio de produtos finais ou semifinais e passaram a se desenvolver através da comercialização da força de trabalho como moeda de troca, refletindo em uma acelerada divisão social do trabalho. Tal processo fez com que houvesse o despovoamento da zona rural, deslocando a população para as cidades ou novas zonas de colonização. Esses movimentos resultaram em um alto custo social diante do processo de acumulação



ditado pelo sistema capitalista, como urbanização caótica, desorganização da vida comunitária e miséria (FURTADO, 1980).

Dessa forma, a onda do capitalismo industrial refletiu negativamente sobre a nova classe operária que se formava em diferentes partes do globo, inclusive no Brasil. As famílias abandonaram o campo, pois os meios de produção eram demasiadamente instáveis, tornando-os reféns da natureza para retirar seu sustento, como a qualidade do tempo, do solo, da safra, etc. Foi em busca de estabilidade financeira que ocorreu o processo de migração do campo para as cidades, no entanto, os novos centros urbanos não estavam organizados para receber um elevado número de pessoas e não haviam estruturas básicas de higiene. As habitações foram construídas de forma desordenada, os hábitos das famílias influenciavam diretamente as condições de higiene, e estes fatores unidos impactavam na qualidade de vida e saúde da população urbana.

O Estado, ao perceber a questão social que se desenvolveu a partir do novo sistema econômico, compreendeu a necessidade de oferecer amparo às classes afetadas, pois seu objetivo era a ampliação e a manutenção da força de trabalho. De acordo com José Luís Fiori (1997), foi a Inglaterra uma das primeiras nações a estabelecer padrões de ajuda às populações que se aglomeravam nos novos centros urbanos.

Com relação a Inglaterra, a investigação histórica permitiu identificar as estreitas ligações nascidas entre a centralização do poder que acompanhou o nascimento dos Estados Absolutistas e a “liberação” da força de trabalho camponesa que acompanhou a mercantilização das terras, e a proteção daí advinda, que foi dada aos pobres. Uma legislação preocupada explicitamente com a nova questão da ordem e do disciplinamento do trabalho, mas que deu lugar também a um tipo pioneiro de assistencialismo que não apenas se difundiu na Europa, como se manteve presente como uma marca que atravessa a História inglesa. (FIORI, 1997, p. 132).

Sendo assim, as políticas no âmbito social surgem de forma estruturada na transição do capitalismo concorrencial para o monopolista, e “[...] Vale dizer: o Estado funcional ao capitalismo monopolista<sup>2</sup> é, no nível de suas funcionalidades econômicas, o “comitê executivo” da burguesia monopolista” (NETTO, 2017, p. 26). O capitalismo institui-se como um mecanismo de dominação da burguesia, e

---

<sup>2</sup> Existem três fases de desenvolvimento do capitalismo: mercantil (baseado nas trocas comerciais), concorrencial (surgimento da máquina a vapor e a expansão das indústrias) e monopolista (além da atuação da indústria o sistema está fundamentado nas leis dos bancos, das empresas multinacionais e das grandes corporações por meio do monopólio financeiro).

passamos a compreender o Estado, como uma estrutura que direciona suas práticas a partir das determinações burguesas, jamais atua de forma neutra, sempre assumindo a função de defender interesses de uma determinada classe.

A sociedade, que se movera até então entre antagonismos de classe, precisou do Estado, ou seja, de uma organização da classe exploradora correspondente para manter as condições externas de produção e, portanto, particularmente, para manter pela força a classe explorada nas condições de opressão (a escravidão, a servidão ou a vassalagem e o trabalho assalariado), determinadas pelo modo de produção existente. (ENGELS, 2011, p.92).

A partir de então, o Estado desenvolve ferramentas de dominação das massas, através da utilização do jogo democrático, no qual permite conquistas parciais e significativas para a classe operária, desde que estas não afetem o desenvolvimento do capital e derrubem o poder da burguesia. Nesse sentido, as políticas públicas, especialmente aquelas de cunho social, tiveram a função de minimizar os impactos do capitalismo sobre a vida das pessoas, ao mesmo tempo em que mantinham o poder da burguesia.

Conforme o capitalismo avança de forma a se tornar hegemônico, aproximando-se da estrutura do Estado, começam a se modificar as estruturas econômicas e, conseqüentemente, a estrutura social de acordo com essa perspectiva:

Na idade do monopólio, ademais da preservação das condições externas da produção capitalista, a intervenção estatal incide na organização e na dinâmica econômica desde dentro, e de forma contínua e sistemática. Mais exatamente, no capitalismo monopolista, as funções políticas do Estado imbricam-se organicamente com as suas funções econômicas. (NETTO, 2014, p. 24).

Sendo assim, o Estado passa a cumprir um papel na reprodução social, oferecendo, através de políticas públicas, subsídios para o desenvolvimento saudável para a população, permitindo que se desenvolvam corpos sadios, fortes, educados e aptos para o trabalho, colaborando, assim, na produção de riquezas do sistema capitalista. A relação entre Estado e reprodução social se opera por meio dos investimentos em Bem-Estar, com o objeto de aumentar a produtividade dos trabalhadores e o consumo. Para isso, desenvolvem-se ações que atuam no sentido de proporcionar melhorias na qualidade de vida do operário e, conseqüentemente, diminuir os custos de reprodução da força de trabalho, aumentando assim a

acumulação lucrativa do capital. Porém, todo aumento do setor monopolista gera pobreza e desigualdade, e acaba obrigando o Estado a reduzir os impactos sobre aqueles que sofrem as consequências do crescimento econômico do processo de acumulação (O'CONNOR, 1977).

Para colocar em prática as políticas públicas que irão atuar na minimização dos problemas gerados pelo sistema capitalista, agentes e entidades se organizam para intervir diretamente no meio social. No Brasil, tal ação recebeu maior enfoque no governo de Getúlio Vargas (1930), ao qual pretendia estreitar laços entre sociedade e economia, com o objetivo de regulamentar as questões relacionadas ao capital/trabalho. Este foi um período de ascensão industrial e passou a se criar a imagem do corpo como instrumento para alavancar o desenvolvimento da nação, no qual cada trabalhador deveria cumprir suas funções com maior empenho e entusiasmo para a prosperidade da nação. Nessa ideologia, a massa era vista como irracional e nula, frente a decisões referentes ao Estado, e toda força ali contida deveria ser disciplinada e controlada por um governante que alimentasse a crença de um líder salvador da pátria, aceito e amado pela população. Sendo assim, Vargas guia a nação pelo caminho do “progresso” e desenvolvimento, proporcionando mudanças na economia, nas condições trabalhistas e no bem-estar social (PARANHOS, 1999).

Vargas encabeçou a revolução burguesa em 1930 para inserir o país, entre outras coisas, no processo capitalista de ajustes estruturais que se desenvolviam amplamente em diversos contextos mundiais, com o intuito de encontrar possíveis soluções para os desequilíbrios gerados pela Crise de 29. Já no início do século XX, a classe operária demonstrava sua insatisfação com as políticas de trabalho e com os avanços desregulados da indústria, que precarizava cada vez mais as relações entre capital e trabalho por meio da exploração dos operários. Essa insatisfação, unida ao surgimento do Partido Comunista Brasileiro em 1922, expandiu sua força pelo país, impeliu o governo a criar políticas sociais com o objetivo de gerar mão de obra apta para o trabalho na indústria e manter as revoltas populares sob controle (BEHRING; BOSCHETTI, 2009). Foi nesse contexto que Vargas investiu na política social, principalmente naquelas de cunho trabalhista, que resultou na criação da Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), que consiste em uma série de leis que regulamentam e asseguram direitos ao trabalhador.

Nesse sentido, as políticas sociais pensadas e implementadas pelo Governo Vargas tinham o claro objetivo de gerar cidadania via trabalho, pois apenas os trabalhadores urbanos, ligados à indústria, eram atendidos e entendidos pelo Estado como merecedores de algum tipo de auxílio. De acordo com Alves (2015 p. 54), “assim, só eram considerados cidadãos de plenos direitos aqueles que, de alguma forma, estivessem alinhados ao mercado laboral e que contribuíssem economicamente para o desenvolvimento da nação”.

Como forma de garantir a reprodução da mão de obra em favor do desenvolvimento do Estado, o corpo biológico passou a ser entendido como um elemento central das políticas públicas, principalmente àquelas voltadas à saúde da classe trabalhadora. Nesse sentido, a assistência social juntamente com a medicina passam a se ocupar do prolongamento da vida das pessoas, adaptando-as às necessidades do capitalismo. Essa “nova” forma de medicina, desenvolvida pelos Estados nacionais, não buscava mais saber quais as doenças faziam o maior número de indivíduos morrerem, mas saber do que estes indivíduos não morreriam, por meio da construção de um saber sobre o homem saudável:

A medicina não deve mais ser apenas o corpus de técnicas da cura e do saber que elas requerem; envolverá, também, um conhecimento do homem saudável, isto é, ao mesmo tempo uma experiência do homem não doente e uma definição do homem modelo. Na gestão da existência humana, toma uma postura normativa que não a autoriza apenas a distribuir conselhos de vida equilibrada, mas a reger as relações físicas e morais do indivíduo e da sociedade em que vive. Situa-se nesta zona fronteira, mas soberana para o homem moderno, em que uma felicidade orgânica, tranquila, sem paixão e vigorosa, se comunica de pleno direito com a ordem de uma nação, o vigor de seus exércitos, a fecundidade de seu povo e a marcha paciente de seu trabalho. (FOUCAULT, 2008, p. 37-38).

O ideal de corpo saudável em prol do desenvolvimento do capitalismo industrial já era um modelo seguido por países europeus. Nesse sentido, Vargas viu na área da assistência o caminho para vincular as temáticas de higiene, saúde e saneamento. Sendo assim, a escola foi o canal para atingir grande parte da população no sentido de disciplinar, higienizar hábitos e comportamentos. O investimento em educação foi alto durante seu governo, pois acreditava que a doutrinação moral e cívica do corpo e da mente formariam bases sólidas para a construção de um bom trabalhador (CAMPOS, 1992). A partir dos interesses capitalistas acabou-se por articular de forma sagaz sua dominação sobre as massas,

mostrando através do sistema educacional, prisional e de saúde toda sua força sob a liberdade dos corpos. Conforme Foucault (2014, p. 195):

[...] repartir os indivíduos, fixá-los e distribuí-los espacialmente, classificá-los, tirar deles o máximo de tempo e o máximo de forças, treinar seus corpos, codificar seu comportamento contínuo, mantê-los numa visibilidade sem lacuna, formar em torno deles um aparelho completo de observação, registros e notações, construir sobre eles um saber que se acumula e se centraliza. A forma geral de uma aparelhagem para tornar os indivíduos dóceis e úteis, por meio de um trabalho preciso sobre seu corpo [...].

Ou seja, o Estado passa a entender a grande massa como uma força a ser dominada e docilizada para utilizar os seus corpos em prol do desenvolvimento do capital. Neste contexto, começou-se a implantar formas de dominação por meio de diversos mecanismos, tais como as escolas, prisões e até mesmo nas ações de saúde pública que atuavam sobre a vida e sobre os corpos dos indivíduos de forma a garantir ordem social (FOUCAULT, 2014). Ao atrelar-se aos mecanismos de governo, a medicina ocupou lugar privilegiado no governo das pessoas. Esse movimento se articulou por meio da expansão de campanhas profiláticas (imunizações em massa, controle de epidemias e saneamento) sobre as populações mais pobres ou excluídas do processo de acumulação do capital.

Segundo Faleiros (1991), as políticas assistenciais foram articuladas aos interesses políticos, que se utilizam de recursos públicos para forjar sua figura como benfeitores, atenciosos e protetores. Através dos serviços sociais estes indivíduos controlam a sociedade, e se beneficiam da riqueza produzida por meio das políticas implantadas. Assim, o Estado buscou capilarizar seu poder em todos os níveis sociais, anotando, esquadrihando, deslocando, utilizando e vigiando os indivíduos em todos os momentos de sua existência. Esses mecanismos foram chamados por Foucault (1999) de biopolíticas, pois submetiam a vida ao nível do detalhe de maneira massificante, controlando o biológico de forma coletiva e atuando sobre homem-espécie.

[...] uma das mais maciças transformações do direito político do século XIX consistiu, não digo exatamente em substituir, mas em completar esse velho direito de soberania – fazer morrer ou deixar viver – com outro direito novo, que não vai apagar o primeiro, mas vai penetrá-lo, perpassá-lo, modificá-lo, e que vai ser um direito, ou melhor, um poder exatamente inverso: poder de “fazer” viver e de “deixar” morrer [...]. (FOUCAULT, 1999, p. 287).

Nessa nova modalidade de poder, o governo exercido pelo Estado e suas políticas, passa a dispor das coisas em favor do bem comum, desenvolvendo as

forças produtivas da população e gerindo de maneira racional os indivíduos e seus fenômenos (ALVES, 2015). Dessa maneira, o campo de atuação da biopolítica centrará forças sobre fenômenos complexos que apareceram como efeitos econômicos e políticos, tais como previsões, estimativas e medicalizações que irão equilibrar a relação entre população e capital, a fim de compensar baixas. De acordo com o autor:

O Estado se governa segundo as regras racionais que lhe são próprias, que não se deduzem nem das leis naturais ou divinas, nem dos preceitos da sabedoria ou da prudência; o Estado, como a natureza, tem sua racionalidade própria, ainda que de outro tipo. (FOUCAULT, 2000, p. 286).

Em 1930, diante da complexidade gerencial da população, foi criado o Ministério da Educação e Saúde (MES) com a finalidade de regulamentar as questões de saúde e educação no Brasil. Vargas observava as ações dos países que se encontravam em um estágio de desenvolvimento econômico avançado, que por sua vez centralizavam suas ações no controle da população, enquanto no Brasil percebia-se que as ações governamentais eram descentralizadas e pouco efetivas. Diante disso, com a finalidade de melhor gerir a população, o governo passa a adotar medidas centralizadas com o intuito de unificar as ações de salvaguarda em todo o país. Assim, foram organizadas várias políticas públicas no Brasil, principalmente no campo da saúde, para regular e intervir sobre a vida da população. Apesar de sua variedade e complexidade, elencaremos duas delas, que serão tratadas com mais profundidade posteriormente, e que tiveram maior relevância no sistema de proteção à maternidade e à infância: Departamento Nacional da Criança (DNCr), criado em 1940, e a Legião Brasileira de Assistência (LBA), em 1942.

O DNCr foi desenvolvido em 1940, com o objetivo de coordenar as atividades nacionais relativas à proteção, à maternidade, à infância e à adolescência. Regida sob o Decreto-Lei nº 2.024, de 17 de fevereiro de 1940.

Será organizada, em todo o país, a proteção à maternidade, à infância e à adolescência. Buscar-se-á, de modo sistemático e permanente, criar para as mães e para as crianças favoráveis condições que, na medida necessária, permitam àquelas uma sadia e segura maternidade, desde a concepção até a criação do filho, e a estas garantam a satisfação de seus direitos essenciais no que respeita ao desenvolvimento físico, à conservação da saúde, do bem-estar e da alegria, à preservação moral e à preparação para a vida. (BRASIL, 1940, p. 3125).

O DNCr tinha entre suas funções realizar inquéritos, fiscalizar e desenvolver estudos sobre os problemas sociais relacionados a maternidade, infância e adolescência; reunir os saberes dos profissionais ligados à áreas específicas para atuar em prol da erradicação dos problemas médico-sanitários; e construir Postos de Puericultura por todo o país e estimular a orientação das mães desde o início da gestação até o pleno desenvolvimento do indivíduo. O DNCr era apoiado por autoridades políticas que atuavam nos estados e nos municípios brasileiros para que se tornasse viável a expansão do projeto por todo o país (BRASIL, 1940).

Já em 1942, quando o Brasil entra na Segunda Guerra Mundial, criou-se a LBA. Pode-se perceber que o nome da instituição faz nítida referência militar e, comandado pela primeira dama Darcy Vargas, a LBA reunia mulheres das classes médias, em todo território nacional, para compor uma legião de combatentes femininas, prestando assistência à família dos soldados. Com o fim da guerra, esta instituição voltou aos seus serviços para toda população pobre, com o apoio do poder público e de instituições privadas, abarcando nos seus serviços assistência em diferentes frentes: social, saúde, educação, alimentação e habitação, e foi durante esse período que surgiram condições para exercício da mulher no meio social (MARTINS, 2011).

Ao analisar o contexto em torno da construção tanto do DNCr quanto da LBA, percebemos que estas foram políticas embasadas em diretrizes paternalistas, com caráter instrumental, pois nesse momento a saúde e educação eram importantes para a reprodução e manutenção da vida: “está provado que o amparo à mãe é de extraordinária importância, significando ampla garantia da saúde da criança” (DNCr, 1953, p. 12). As ações do DNCr e da LBA aproximam-se da discussão de biopolítica de Foucault, que prevê o controle dos corpos em prol do desenvolvimento nacional, através da melhoria da saúde e qualidade de vida dos indivíduos, sendo estes “[...] elementos a partir dos quais o capital humano poderá primeiro ser melhorado, segundo ser conservado e utilizado pelo maior tempo possível” (FOUCAULT, 2008, p. 318). Nesse sentido, a mulher e a criança têm seus corpos e seu cotidiano esmiuçado sob o controle do biopoder e se tornam objetos na mão do governo, que os utiliza para estratégias econômicas.

Por meio dessas estratégias o governo brasileiro buscava modelos de gerenciamento inspirados em nações em que desenvolvimento do capital estava

alavancado a todo vapor, principalmente entre as nações ocidentais, as quais o processo de industrialização aliado as políticas sociais se mostrava promissor. Dessa forma, as políticas sociais nacionais acompanharam a partir de 1930, mas sobretudo após a Segunda Grande Guerra, o chamado Estado de Bem-Estar Social. Tal instituição consiste em um fenômeno que acompanha o processo de desenvolvimento do capitalismo e que corresponde à implantação de políticas sociais que fornecem qualidade de vida à população em troca da adaptação aos mundos do trabalho. Sendo que, em cada país, o Estado de Bem-Estar Social teve características próprias devido ao processo de construção política, histórica e social (DRAIBE, 2007).

## 2.2 AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE: O CONTROLE E A GERÊNCIA DA POPULAÇÃO

Segundo Helena Mouro (2003), historicamente, a pobreza vem sendo estudada como um dos principais problemas sociais causados pelas mudanças políticas e econômicas do mundo moderno. Dentre tais problemas, a saúde da população aparece como uma das questões que está constantemente presente nos reflexos negativos de tais mudanças, que surgem a partir das transformações dos modelos sociais e da reprodução das desigualdades ocasionadas pelos sistemas econômicos e monetários que se desenvolvem paulatinamente nos países capitalistas.

A atuação do Estado na área da saúde, no Brasil, se deu inicialmente na forma de um sanitarismo campanhista, que visava basicamente elaborar ações para combater epidemias e outras doenças que afetavam a produção e colocavam em risco a manutenção do modelo agroexportador. Com o início do processo de industrialização, o proletariado urbano se expande consideravelmente, multiplicando-se nos grandes centros urbanos, exigindo novas demandas do Estado e de um sistema assistencial. Para dar conta dessa nova realidade, o governo central ampliou sua forma de atuação, não ficando restrito apenas ao controle de doenças, mas também atuando no processo de profilaxia das classes trabalhadoras com o objetivo de manter e ampliar a capacidade produtiva para a acumulação do capital (CORREIA, 2000).

O sistema de assistência à saúde no Brasil passou por diferentes momentos ao longo da história. As práticas de saúde no século XVII eram baseadas



praticamente em experiências adquiridas através de vivências pelos povos europeus, indígenas e africanos, não havendo nenhum conhecimento médico para atender aos problemas que surgiam. Posteriormente, a metrópole portuguesa começou a enviar orientações de saúde, as quais eram executadas pelos governantes das capitanias. As orientações restringiam-se apenas a algumas normas de higiene como a limpeza das ruas, terrenos e a regulação de cemitérios. Porém, não houve a implantação de políticas públicas de fato, o que fez com que tais medidas fossem insuficientes, pois não houve redução no número de moléstias que afetavam a população. No entanto, a chegada da Família Real ao Brasil fez com que houvessem avanços nas áreas econômicas e culturais, o que refletiu sobre as questões de saúde, surgindo, em 1808, duas instituições de ensino de medicina, sendo elas a Escola de Cirurgia, em Salvador, e a Escola Anatômica, Cirúrgica e Médica do Rio de Janeiro (FONSECA, 2008).

Nesse período os saberes médicos encontravam-se reservados somente para a família real e as classes burguesas, já a assistência hospitalar era voltada para a população em geral. Sua administração era responsabilidade das casas de misericórdia ligadas à Igreja Católica, que mantinham suas ações através de doações, esmolas, heranças deixadas em testamentos e auxílio do governo. As instituições hospitalares nem sempre foram configuradas no formato atual; sua etimologia está ligada ao verbo hospedar, pois suas casas ficavam abertas para receber todos os afetados por alguma moléstia: loucos, velhos, doentes, mulheres em trabalho de parto, sendo que esses ambientes eram voltados unicamente à caridade (SANGLARD, 2008).

De acordo com Sanglard (2008), em 1849, a saúde pública no Brasil teve que lidar com outro problema: a febre amarela. Os primeiros casos surgiram na Bahia, mas foi se estendendo até chegar ao Rio de Janeiro. Diante de um elevado número de mortos, o Governo Imperial formou uma comissão médica e ordenou que se visitassem gratuitamente todos os pobres infectados e criou, por meio do Decreto nº 598, de 14 de setembro de 1850, a Junta de Higiene Pública, com o objetivo de controlar a febre amarela e outras possíveis epidemias.

A junta de saúde pública atuou até o fim do Império e teve poucas reconfigurações em sua trajetória. Suas principais atribuições estavam ligadas aos serviços sanitários, através da inspeção dos portos, para garantir que nenhuma epidemia chegasse por meio dos navios, além da fiscalização da higiene das ruas

da cidade e a vacinação da população (FONSECA, 2008). Pode-se observar que nesse momento ocorreu uma virada na estratégia do Governo Imperial, iniciando seu processo de regulação sanitária e ofertando serviços médicos, o que anteriormente estava restrito somente para os indivíduos que pertenciam à corte. Isso ocorreu devido ao fato de a família real ter fugido de Portugal para se livrar da invasão francesa e, ao chegar ao Brasil, percebeu a necessidade de proteger sua população e território, pois essas eram suas maiores riquezas.

Porém, os problemas médico-sanitários persistiam por todo o país, pois as ações ocorreram de formas focalizadas, se restringindo, principalmente, à sede da corte, a cidade do Rio de Janeiro. Com a mudança do Império para a República (1889 -1929) algumas atuações passaram a serem feitas de forma mais ampla.

Vale ressaltar que uma das principais características da 1ª República foi o federalismo, que transferia aos estados a responsabilidade pelas ações de manutenção da ordem e de proteção das populações, em contraposição à centralização do poder durante o Império. Esse federalismo era legitimado pela prática liberal que propugnava a não-intervenção do Estado, o que sustentava o mandonismo local. E no que tange à assistência, a prática liberal acabava por manter a estrutura herdada dos tempos coloniais, a cargo da Misericórdia. Assim, ao Estado caberia agir apenas em tempos de grande calamidade pública, quando a ordem estivesse em perigo, ou seja, durante as epidemias; e na fiscalização dos portos e do exercício profissional. (FONSECA, 2008, p. 65).

No século XIX, como dito anteriormente, com o início do processo de industrialização, surge um novo personagem nesse cenário, “o operário”, que chamou atenção dos governantes, mudando suas percepções sobre o pobre, que passou a ser visto como um problema social. Os médicos higienistas passaram a atuar nas questões de melhoria das condições de vida da nova classe que surgia (SANGLARD, 2008). Nesse sentido, foi posto em pauta a lei sobre a repressão à ociosidade, pois se passou a interpretar a pobreza como um elemento pertencente a “classe perigosa”<sup>3</sup> que buscava seu sustento e de sua família através de atividades fora da lei, fazendo com que houvesse o aumento da criminalidade nas cidades (CHALHOUB, 1996).

As classes pobres e viciosas, diz um criminalista notável, sempre foram e não de ser sempre a mais abundante causa de todas as sortes de malfeitores: são elas que se designam mais propriamente sob o título de —

---

<sup>3</sup> Termo utilizado por autores que estudavam a sociedade na primeira metade do século XIX, como a escritora inglesa Mary Carpenter, que desenvolveu uma pesquisa na década de 1840 e utiliza a expressão no sentido de ser um grupo social formado à margem da sociedade civil.

classes perigosas —; pois quando mesmo o vício não é acompanhado pelo crime, só o fato de aliar-se à pobreza no mesmo indivíduo constitui um justo motivo de terror para a sociedade. O perigo social cresce e torna-se de mais a mais ameaçador, à medida que o pobre deteriora a sua condição pelo vício e, o que é pior pela ociosidade. (FRÉGIER apud CHALHOUB, 1996, p. 21).

A partir dessa interpretação sobre a pobreza, se iniciou um processo de repressão violenta sobre as chamadas “classes perigosas”, como a destruição de cortiços<sup>4</sup> amontoados de casas, aglomerações, com o objetivo de expulsar o pobre dos centros urbanos ou até mesmo desarticular os movimentos sociais que surgiam. Além disso, o aumento da concentração de pessoas nos grandes centros fez com que o processo de urbanização ocorresse de forma desordenada. Os cortiços abrigavam uma grande quantidade de pessoas, sendo considerados o principal foco para diversas enfermidades, como tifo, varíola, cólera, peste bubônica, etc. Nesse período, iniciou-se um forte intervencionismo estatal na saúde, o qual visava mudar os hábitos da população para erradicar as enfermidades que geravam problemas sanitários que colocavam em risco o processo de desenvolvimento urbano e de manutenção da qualidade de vida dos operários. As ações médicas foram investidas de poder de polícia com o objetivo de controlar a população, pondo abaixo os cortiços, fiscalizando a higiene nos lares e impondo a vacinação obrigatória (SEVCENKO, 1984; CHALHOUB, 1996). O pobre passa a ser visto não só como um problema social, mas também como uma ameaça a higiene e a saúde das cidades.

As classes pobres não passaram a ser vistas como classes perigosas apenas porque poderiam oferecer problemas para a organização do trabalho e a manutenção da ordem pública. Os pobres ofereciam também perigo de contágio. [...] E houve então o diagnóstico de que os hábitos de moradia dos pobres eram nocivos à sociedade, e isto porque as habitações coletivas seriam focos de irradiação de epidemias, além de, naturalmente, terrenos férteis para a propagação de vícios de todos os tipos. (CHALHOUB, 1996, p. 29).

Para Michel Foucault (2010), a gestão minuciosa da população foi uma questão fundamental para o Estado, pois este objetivava o aumento de sua riqueza, o prolongamento da vida e a saúde da sua população. Para isso, instituiu-se mecanismos sutis com a finalidade de exterminar ameaças ao seu desenvolvimento, assim, foi nesse contexto que o médico passou a atuar diretamente no interior das famílias, com o objetivo de exercer seu controle sobre as populações mais

---

<sup>4</sup> Eram modelos de habitação que proliferaram na cidade do Rio de Janeiro entre as décadas de 1850 e 1860, e abrigavam imigrantes portugueses e escravos que tinham alforria.

empobrecidas. Assim, a atuação do Estado nas ações de saúde coletiva compreendeu um projeto amplo de dominação e doutrinação das camadas populares, pois atuou dentro e fora dos lares na construção de relações familiares saudáveis.

Impondo hábitos higiênicos e contando com o poder policial para garantir a ordem das condutas higiênicas nos centros urbanos, o Estado se utilizou de punições como forma de normatizar as irregularidades (RODRIGUES, 1999). De acordo com Margareth Rago (2014), o controle do espaço urbano passou a ser exercido pelos médicos sanitaristas que, em nome da ordem médica, invadiram a casa da população pobre sob a alegação de que ali se proliferava uma série de vícios e perversões, centro de toda a calamidade que assolava a população dos centros urbanos. De acordo com a autora:

Os médicos higienistas, portanto, percebem-se como autoridades necessárias e competentes para vistoriar minuciosamente a habitação e os bairros populares, incentivando o asseio e impondo autoritariamente a execução de medidas higiênicas. O controle global da população sobre a cidade, seja nos lugares públicos, seja no espaço doméstico, por parte dos especialistas se funda na crença generalizada de que a “casa imunda”, o cortiço e a favela constituem focos onde se originam surtos epidêmicos, os vícios e os sentimentos de revolta. O mal deve ser extirpado pela raiz. (RAGO, 2014, p.164).

Na transição para a Segunda República, iniciou-se uma forte campanha em prol da construção de um corpo nacional saudável, marcado por processos de construção de políticas de saúde a favor do desenvolvimento do capitalismo industrial. Para isso, Vargas dirigia suas ações com base nos estados de bem-estar social de outros países e procurava vincular as suas ações às temáticas de higiene, saúde e saneamento. Com o objetivo de disciplinar, higienizar hábitos e comportamentos, o investimento em saúde e educação foi alto durante seu governo, pois acreditava que a doutrinação moral e cívica do corpo e da mente formariam bases sólidas para a construção de um bom trabalhador (CAMPOS, 1992). A década de 30 ficou caracterizada por mudanças no setor econômico voltadas para o desenvolvimento industrial, a qual provocou a ruptura nas formas de vida agrícola e inseriu a população na atividade industrial que emergia. O processo de construção no setor da saúde pública, nesse período, foi delineado através das políticas, econômicas e sociais, desenvolvidas para consolidar o poder estatal, nacional, centralizador e intervencionista.

Paulatinamente as formas de gerir a saúde foram se adequando e se consolidaram. A primeira mudança foi a criação do Ministério da Educação e Saúde, que regulava as estruturas de assistência social e começaram a moldá-las conforme segmento (Saúde Pública, Assistência Hospitalar, Assistência a Psicopatas e de Amparo à Maternidade e à Infância). De acordo com Foucault (2010), a sociedade ocidental entrou em um processo de modernização do biológico na passagem do século XVIII para XIX, quando o corpo entra na estratégia de desenvolvimento do poder político, que utilizou a saúde como instrumento de processo de “estatização do biológico”, no qual exerce poder sobre a vida dos indivíduos. O biopoder atua nos processos de dominação e doutrinação corporal com o objetivo de proporcionar o fortalecimento do Estado através da produção de corpos saudáveis, submissos e disciplinados em prol do desenvolvimento de riquezas. Para isso conta-se com os saberes médicos que foram instrumentos essenciais para a normatização social na modernidade.

Essa aproximação entre a medicina e o poder instituiu sobre os indivíduos a privação da sua liberdade, pois ditava as formas como cada um cuidaria do seu corpo, com o objetivo de prolongar a vida e aumentar a saúde para reduzir os impactos negativos, como os altos índices de mortalidade que colocavam em perigo a manutenção de um Estado forte. A intervenção estatal sobre as políticas de saúde se deu a partir do entendimento da doença como problema político, e só foi possível a regulação de tais mazelas com a ação da medicina moderna que, através de seus processos de construção do saber, constrói um ideal de homem saudável ou corpo modelo.

A medicina não deve mais ser apenas o corpus de técnicas da cura e do saber que elas requerem; envolverá, também, um conhecimento do homem saudável, isto é, ao mesmo tempo uma experiência do homem não doente e uma definição do homem modelo. Na gestão da existência humana, toma uma postura normativa que não autoriza apenas a distribuir conselhos de vida equilibrada, mas a reger as relações físicas e morais do indivíduo e da sociedade em que vive. Situa-se nesta zona fronteira, mas soberana para o homem moderno, em que uma felicidade orgânica, tranquila, sem paixão e vigorosa, se comunica de pleno direito com a ordem de uma nação, o vigor de seus exercícios, a fecundidade de seu povo e a marcha paciente de seu trabalho. (FOUCAULT, 2008, p. 37-38).

Nesse sentido, a medicina social, modelo do qual o Brasil se aproximou com certa intensidade, surge como responsável na articulação das políticas estatais, desenvolvendo cada vez mais seus conhecimentos sobre o corpo do homem,

reorganizando a sociedade e rompendo com os saberes empíricos de curandeiras e benzedadeiras, iniciando a nova arte de governar através do avanço do conhecimento médico, tornando o indivíduo seu foco central. A medicina, através de seus estudos, passa a ditar cada vez mais normas e técnicas de cuidado à saúde e bem-estar não só sobre o corpo individual, mas sobre o coletivo. Porém, foi o corpo privado investido de política e socialmente entendido como força de trabalho que serviu de base para a construção da medicina social.

Minha hipótese é que com o capitalismo não se deu a passagem de uma medicina coletiva para uma medicina privada, mas justamente o contrário; que o capitalismo, desenvolvendo-se em fins do século XVIII e início do século XIX, socializou um primeiro objeto que foi o corpo enquanto força de produção, força de trabalho. O controle da sociedade sobre os indivíduos não se opera simplesmente pela consciência ou pela ideologia, mas começa no corpo, com o corpo. Foi no biológico, no somático, no corporal que, antes de tudo, investiu a sociedade capitalista. O corpo é uma realidade biopolítica. A medicina é uma estratégia biopolítica. (FOUCAUT, 2010, p. 80).

Para Foucault (2010), a evolução da medicina foi um dos principais instrumentos de controle do Estado, atuando não só no tratamento individual do corpo, mas passando a exercer o controle sobre a vida coletiva. Conforme o autor, na França, a medicina urbana tinha como objetivo detectar anormalidades que poderiam vir a afetar as questões de saúde pública, aplicando seus saberes médicos não só sobre os corpos, mas sobre todas as questões ligadas à cidade. Segundo Foucault (2010, p. 87), “a medicina urbana não é verdadeiramente uma medicina dos homens, corpos e organismos, mas uma medicina das coisas: ar, água, decomposições, fermentos; uma medicina das condições de vida e do meio de existência.”. Fazendo uma contextualização histórica brasileira, foi nesse momento que o Estado iniciou as intervenções sanitárias no país, destruindo cortiços e normatizando questões de higiene nos centros urbanos. Portanto, a medicina social fez com que as habitações dos pobres fossem violadas para detectar irregularidades que colocavam em risco a saúde coletiva e que, conseqüentemente, pudessem fragilizar a força do Estado.

Outro ponto de inflexão dos projetos de saúde foram as formas em que o poder médico atuou na organização do bem-estar, buscando formas de atingir o corpo social em conjunto, não só exigindo dos corpos força, mas também a garantia de saúde individual e coletiva. Para garantir que os objetivos almejados pelo Estado fossem alcançados, organizou-se em seu interior uma espécie de aparelho

regulador, uma espécie de “polícia”, que não estava ligada à instituição policial, mas a um complexo mecanismo que garantiria a ordem, aumentaria a produção de riquezas e garantiria a saúde da população. O poder de polícia encampado pela medicina tomou três direções: a primeira diz respeito às regulações econômicas (referente à produção e circulação de mercadorias); a segunda age sobre a ordem (vigia os indivíduos considerados perigosos que põem em risco a ordem social); enquanto o terceiro atua sobre as ordens de higiene (cuidar da limpeza das ruas e da qualidade da água).

Segundo Foucault (2010), o entendimento da importância da medicina teve seu ponto de origem no cruzamento de uma nova economia com a emergência de uma “polícia” de saúde. Nesse momento, a doença do pobre se torna uma questão de saúde da população, onde as ações intervencionistas do Estado, apoiadas pela medicina, garantiram a proteção das classes dominantes que foram protegidas dos problemas ocasionados pela pobreza. A elevação do número demográfico deixava o corpo social desordenado e suscetível a moléstias. Nesse sentido, surge a necessidade de coordená-los através de mecanismos rigorosos, o que refletirá no deslocamento das obrigações da misericórdia para a “polícia médica” que regulava estas questões através de ações e serviços para a reorganização dos espaços urbanos.

A construção da saúde no Brasil seguiu a mesma lógica apontada por Foucault (2010), visto que os cuidados foram sendo ordenados a partir das estratégias de articulação do poder, onde o Estado fica em primeiro lugar, depois a ordem da cidade e, por fim, os pobres e operários são medicatizados. Diante disso e através das análises estabelecidas por Foucault podemos inferir que tanto nos países capitalistas avançados quanto no Brasil a população passou a ser entendida como a riqueza do Estado, sendo a medicina um importante instrumento no processo de gestão da população, denominada pelo autor como biopolítica. Essa forma de poder tinha como objetivo a manutenção da vida, através de políticas públicas, campanhas de vacinação, controle de epidemias, ações sanitárias nos centros urbanos, etc. Esse modelo de gestão ampliou o controle do Estado sobre a população, colocando a saúde como ponto primordial na vida das pessoas, desenvolvendo um ideal de corpo modelo e homem saudável.

Assim, entre os gestores da saúde pública no Brasil prevaleceu o consenso de articular em nível nacional, serviços destinados às questões materno-

infantis, pois uma infância saudável contribuiria para o desenvolvimento nacional. Como resultado de tal preocupação, o governo federal instituiu uma série de medidas que serão debatidas no tópico a seguir.

### 2.3 AS POLÍTICAS PÚBLICAS MATERNO-INFANTIS NO BRASIL: PRESERVAR A VIDA EM NOME DO ESTADO

Até o século XVIII a medicina pouco se interessava pela infância, e tal preocupação ganhou maior força a partir de meados do século XIX. Anteriormente, no sistema familiar brasileiro, herdado como herança do período colonial, a criança era vista como um objeto que deveria satisfazer necessidades de seus pais, tratada como um adulto em miniatura, sendo exposta ao trabalho árduo e a duras punições em caso de desobediência (FREYRE, 1978; COSTA, 1989). Segundo Rago (2014), a preocupação com a infância no Brasil ocorreu no momento de inserção do trabalho livre, onde se inicia o entendimento da importância da disciplina do corpo para suprir as necessidades do capital, passando a olhar para a criança como a semente futura do progresso.

Nesse sentido, foi na transição do século XIX para o XX que a maternidade e a infância passaram a ser entendidas como um problema de Estado. Atrelada ao avanço do desenvolvimento industrial, a criança começou a ser vista como um gérmen de futuro, agregando em si valor positivo. Dentro da problemática relativa às crianças havia queda nos índices de natalidade e um elevado número de mortalidade infantil, sendo que um Estado que se preocupasse com seu futuro deveria controlar estes problemas demográfico-sociais que colocavam em risco suas indústrias, o desenvolvimento econômico, a manutenção da mão de obra e a formação de seus exércitos (ALVES, 2014).

Nesse contexto, o elevado índice de mortalidade infantil passou a ser visto como um déficit econômico que deveria ser controlado através de ações urgentes, especialmente dentro dos núcleos familiares, pois este passou a ser considerado um ambiente de reprodução da vida que deveria ser normatizado para cumprir seu papel social de acordo com os interesses do Estado. Juntamente com a mudança na perspectiva sobre a criança, a maternidade passou a ser reconhecida, também, como instrumento de desenvolvimento econômico, pois a mãe e o filho se tornaram um bem a ser protegido através de políticas sociais. Ou seja, a



maternidade representava a principal contribuição da mulher para o Estado, que por sua vez não deveria se omitir de responsabilidades para com as mães.

A partir de então, a medicina passa a apropriar-se da infância e da maternidade, ocupando a posição de apoio governamental e atuando na educação sanitária e regulando o comportamento da vida social. A atuação médica sobre a infância se deu a partir de dois motivos: a elevada taxa de mortalidade e o problema do menor abandonado. Diante disso, os médicos sanitaristas acabaram sendo inseridos dentro da célula da família com a função de higienizar, educar e normatizar as condutas dentro do lar, com o objetivo de disciplinar a classe operária defendendo os interesses da burguesia e do Estado. Atuando na educação de um corpo voltado para o trabalho, desde o início da vida, o saber médico agiu no intuito de formar “cidadãos” adaptados à puritana ética do trabalho, comportando-se de forma a garantir a ordem social. Sendo assim, os higienistas encaravam a pobreza, as epidemias e a criminalidade como doenças da mesma ordem, assumindo a tarefa de regenerar e civilizar a sociedade (RAGO, 2014).

Todos estes males causadores da degeneração dos pobres, segundo o discurso médico, deveriam ser sanados pela atuação imprescindível dos médicos, higienistas e sanitaristas, que se apresentam desde meados do século XIX como as autoridades responsáveis pela saúde e pela higiene da cidade, pelo crescimento econômico do país e pela formação de uma ‘raça de trabalhadores’ saudáveis física e moralmente. [...] O novo médico não deveria, assim, preocupar-se tão-somente com a cura da doença individual, mas deveria realizar uma obra de caráter social, prevenindo o mal onde quer que ele se manifestasse. (RAGO, 2014, p. 133).

A medicina passou a exercer seu poder sobre os espaços físicos, humanos e sociais, desenvolvendo táticas específicas de domínio e transformação em cada um deles. Dentre essas ações, a família se tornou um alvo dos higienistas, pois a normatização das cidades esbarrava constantemente com os hábitos e costumes da tradição familiar, um ciclo difícil de ser rompido e que impedia a tentativa de completa subordinação da família aos interesses do Governo. A medicina não podia tratar a família como um inimigo político-militar, como acontecia no período colonial, então, acabou criando o agente chamado “higiene familiar”, o qual passa a observar a família como uma rede complexa formada por pais, mães, filhos, recém-nascidos, adolescentes, etc. Ao invés de ameaças, propagou-se a promessa de transformação e progresso, no qual o Estado deixava de utilizar forças jurídicas e policiais, e passava a ressaltar os possíveis ganhos através da

subordinação dos indivíduos as ordens médicas, alimentando o gosto pela vida, o prolongamento da saúde e a felicidade do corpo (COSTA, 1989).

Ao analisarmos as práticas médicas em prol da higiene, percebe-se que seus benefícios para a população foram inegavelmente positivos e não se quer desvalorizar a atuação da medicina, porém, o que desencadeia a reflexão são os interesses que estavam por trás do avanço científico, instaurando o medo do descrédito público para aqueles que se desligassem de sua estrutura familiar, condenando os sem fé, sem eira nem beira, mendigos e vagabundos (DONZELOT, 1980; COSTA, 1989). Obrigando as pessoas a permanecerem ligadas ao aparelho social e aos seus sistemas de proteção, o Estado permitiu que a atividade médica se tornasse um elemento de autoridade diante da sociedade. Como aponta Jurandir Freire Costa:

No entanto, é preciso sublinhar que a força foi impulsionada pelo interesse político do Estado na saúde da população. No caso brasileiro esta evidência é incontestável. O Estado brasileiro que nasce com a abdicação é o motopropulsor do súbito prestígio da higiene. A atividade médica coincidia e reforçava a solidez de seu poder, por isso recebeu seu apoio. [...] O dispositivo médico foi uma das peças fundamentais desse equipamento. A tarefa higienista era a de converter os sujeitos à nova ordem urbana. Ordem estranha ao antigo modo de viver colonial que, a todo momento, a repelia e procurava deter seu progresso. Esta ordem, contudo, precisava ser aceita, pois dela dependia a prosperidade das elites e o progresso do Estado. (COSTA, 1989, p. 32-36).

Segundo Foucault (1984), a primeira tarefa do médico é política, pois desempenha sua função ligada ao Estado, o que resultou na construção de uma ideologia positiva em torno da medicina social, que instaurou na vida dos homens o ideal de “homem saudável” ou “homem modelo”, através de condutas normativas que foram responsáveis por controlar as ações físicas e morais tanto do indivíduo quanto da sociedade, desenvolvendo uma política social que tem a saúde como objetivo geral, tornando-a uma responsabilidade de todos. Assim, a associação entre o poder médico e o estatal começou a se articular para organizar as questões relativas à saúde da população e à compreensão das doenças como problema político e econômico, o que foi denominado pelo autor como nosopolítica. Esse termo trata das ligações entre as questões de saúde e doença, à qual fez com que a medicalização da sociedade passasse a ser um alvo do Estado, através de políticas de administração da vida e dos corpos. Essas atuações põem a família e a infância in loco constante da medicalização, no qual o objetivo da medicina era manter viva

as crianças até a idade adulta, permitindo a estabilidade econômica e condições físicas necessárias para garantir o seu pleno desenvolvimento em favor do capitalismo e das atividades industriais. Já dentro da célula familiar, houve a distribuição de funções específicas para cada membro (obrigações de cuidado, higiene, amamentação dos bebês pelas mães, etc.), tornando o lar um ambiente responsável por garantir saúde aos seus.

Aristóteles (2000), em sua obra *Política* nos faz refletir sobre a estrutura familiar como um instrumento de reprodução da vida, que serve para suprir as necessidades básicas do ser humano (alimentação, cuidado e atenção com as crianças), o qual era organizado por um “governo doméstico” que respeita uma ordem hierárquica, na qual o homem é o chefe e provedor, a mulher posiciona-se abaixo do homem, ocupando a função de reprodução e cuidado, logo a criança não possui direito algum, e sua conduta deve ser de submissão ao chefe. A estrutura familiar está inserida no Estado e este deseja que seus integrantes sejam virtuosos e cumpram suas funções. Sendo assim, na discussão sobre as formas como os sistemas assistencialistas foram sendo construídos, deve-se levar em consideração o lugar da mulher como mãe, pois a maneira como a família foi estruturada relegou a mulher a atuação dentro do lar e como prestadora de assistência a sua família, e fez com que ela passasse a ser reconhecida socialmente pelos seus “dons” de cuidar, socorrer, proteger, etc. (MARTINS, 2011).

Nesse sentido, o lugar da mulher passa a ser bem definido socialmente, ficando restritas ao lar, como esposas dedicadas, mães exemplares e senhoras benevolentes. Tais restrições fizeram com que as mulheres fossem impedidas de adquirir conhecimentos característicos do mundo público, afastando-as de participarem da vida política. O discurso religioso, outro elemento importante no contexto familiar, reforçou de sobremaneira a função das mulheres ligadas ao cuidado, estimulando sua participação nas ações de cuidados:

[...] o importante era caricaturizar as práticas transgressivas e comuns das mulheres de classes subalternas, até transforma-las num excesso – daí o estigma de puta para mulheres não enquadradas. O importante era combater os excessos femininos, pintados caricaturalmente nos sermões e nas pastorais. [...] Importante, finalmente, era fazer da mãe um exemplo, e da maternidade uma tarefa, um projeto árduo que, como que prolongando as dores do parto por uma vida inteira, elevasse e notabilizasse a mulher numa espécie de via-crúcis doméstica. (DEL PRIORI, 1990, p. 143-144).

As ações normalizadoras sobre o corpo e a vida das mulheres foram resultado de um intenso sincretismo religioso, social e sexual que iam se fortalecendo juntamente com os discursos médicos. Como consequência, o papel da mulher se destacou na prestação de assistência aos problemas que surgiam tanto dentro da família como na comunidade. Ser mãe passou a se tornar uma meta dentro da família, o ato de produção e reprodução da vida foi positivado tanto pela Igreja quanto pelos mecanismos do Estado. A mulher recatada e cuidadora deu origem a imagem de “santa Mãe”, e toda ação que não estivesse enquadrada nesse sistema era interpretado como desordem e contravenção (DEL PRIORI, 1990). Segundo Federici (2018), o desenvolvimento do sistema capitalista teve reflexos no corpo e na vida das mulheres, pois houve uma nova divisão sexual do trabalho, na qual a mulher foi posta em funções ligadas ao cuidado, surgindo uma ordem patriarcal que acabou excluindo o sexo feminino dos trabalhos assalariados, obrigando-as a se subordinarem aos homens e transformando o corpo das mulheres em uma máquina produtora de novos trabalhadores.

Não diferente desse contexto mais amplo, com a Proclamação da República e a promulgação da Constituição de 1891, o Brasil procurou ordenar seu modelo da administração pública, que deveria adequar-se ao sistema federalista, o qual garantiu a autonomia de seus estados e a diminuição de poder do governo central. No entanto, os altos índices de mortalidade na cidade do Rio de Janeiro, até então capital do Brasil, deram o pontapé inicial para as ações ligadas à saúde e bem-estar da população, criando a Diretoria Geral de Saúde Pública, que ficou responsável pela higiene domiciliar, atuando sobre as vilas operárias e comunidades rurais, designando visitas médicas a todos os lares da cidade. Já as escolas e hospitais assumiam uma posição pedagógica, moral e civilizatória, no sentido de educar e padronizar normas e comportamentos da população (SANGLARD, 2008). Tais ações foram impostas por meio do Decreto nº 1.151, de 5 de janeiro de 1904, do Governo Federal, firmando no art. 1º:

É reorganizada a Diretoria Geral de Saúde Pública, ficando sob sua competência, além das atribuições atuais, tudo que no Distrito Federal diz respeito á higiene domiciliaria, polícia sanitária dos domicílios, lugares e logradouros públicos, tudo quanto se relaciona á profilaxia geral e específica das moléstias infectuosas, podendo o Governo fazer as instalações que julgar necessárias e pôr em prática as atuais posturas municipais que se relacione com a higiene. (BRASIL, 1904, p. 159).

Porém, pouco se falava em ações de saúde específicas para mulheres e crianças. Tais questões foram levantadas pelo Governo Federal entre o final do século XIX e início do século XX. A primeira ação em defesa da infância na República foi quando o General Manoel Deodoro da Fonseca promulga o Decreto nº 1.313, de 1891, regularizando o trabalho e as condições dos menores empregados nas fábricas, a fim de evitar danos às vidas dos jovens, impedindo o trabalho para menores de 12 anos, regularizando o número de horas trabalhadas e proibindo o exercício de suas atividades em locais onde teriam contato com carvão e manipulações diretas sobre fumo, petróleo, benzina, ácidos corrosivos e explosivos.

No campo da saúde, as Santas Casas de Misericórdia eram os únicos hospitais destinados ao atendimento dos desvalidos, inclusive de mulheres e crianças. As questões de assistência ficaram a cargo das Misericórdias, pois assim, o Estado atuaria apenas em casos de calamidade pública, quando a ordem social estivesse em perigo, herdando a forma de assistência à saúde do período colonial. Com o passar do tempo a preocupação com a saúde da mulher e da criança passou a ser discutida pela classe médica que buscava a implantação de ações com o auxílio do Estado, pois observaram que os elevados números de mortes tanto de crianças como de mulheres no período pueril era algo grave, e acreditavam que não bastava apenas regulamentar as questões do trabalho infantil e feminino, mas era necessária a construção de uma rede de assistência médica e social para esse grupo da população (MARTINS, 2004). Diante disso, no início do século XX ocorreram diversos congressos dedicados ao tema da assistência pública e privada, no qual os médicos e filantropos debatiam sobre os problemas sociais e de saúde que impediam o processo de desenvolvimento brasileiro, exigindo como resultado dessas reuniões a presença do Estado nas questões sociais.

Mesmo com todo o discurso intelectual dos médicos e da sociedade sobre a necessidade de intervenção do Estado na assistência materno-infantil, pouco se fez até a década de 1920, momento em que o Presidente Arthur da Silva Bernardes promulgou o Decreto nº 16.300, de 31 de dezembro de 1923, aprovando a regulamentação do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), que regularizou as ações do Governo Federal junto aos Estados, em prol do desenvolvimento de um sistema de saúde nacional. Assim, no processo de instituição do DNSP, por meio do artigo 317 se criou um órgão responsável pelas questões materno-infantis chamado de "*Inspectoria de Hygiene Infantil*", que tinha

como função fiscalizar as condições de higiene nas creches, hospitais, maternidades, etc. Sendo extinto em 1934 pelo Decreto nº 24.278, dando lugar à Diretoria de Proteção à Maternidade e à Infância, apresentada anteriormente:

Art. 1º A Inspetoria de Higiene Infantil, a que se refere o art. 317 do decreto n. 16.300, de 23 de dezembro de 1923, passa a constituir a Diretoria de Proteção à Maternidade e à Infância, destinada a promover em todo o País o bem da criança, preservar-lhe a vida e a saúde, assegurar-lhe o desenvolvimento normal e prestar-lhe assistência e proteção. (BRASIL, 1934, p. 9987).

Segundo Alves (2014), foi a partir da década de 30, no governo de Getúlio Vargas, que as políticas públicas de assistência deram um salto evolutivo, fazendo com que houvesse uma mudança nas estruturas organizacionais, rompendo com os antigos sistemas da Primeira República, criticando o federalismo e promovendo a articulação entre diversos poderes para construir um governo interventor e centralizador. Os assuntos referentes à saúde pública e às questões trabalhistas eram alvo de ações no seu governo, pois a noção de proteção social construída no período estava vinculada ao trabalho, ou seja, de cunho corporativista, no qual se buscava a união entre o Estado e a população pobre trabalhadora. Por meio dessa ação, Vargas estabeleceu uma série de concessões políticas, sociais e econômicas, e projetava sua própria figura como benevolente e unificadora da nação. Observa-se a importância das questões sociais em seu discurso:

Não se pode negar a existência da questão social no Brasil como um dos problemas que terão de ser encarados com seriedade pelos poderes públicos. O pouco que possuímos em matéria de legislação social não é aplicado ou só o é em parte mínima, esporadicamente, apesar dos compromissos que assumimos a respeito, [...]. Se o nosso protecionismo favorece os industriais, em proveito da fortuna privada, corre-nos, também, o dever de acudir ao proletário com medidas que lhe assegurem relativo conforto e estabilidade e o amparem nas doenças como na velhice. A atividade das mulheres e dos menores nas fábricas e estabelecimentos comerciais está, em todas as nações cultas, subordinada a condições especiais que, entre nós, até agora, infelizmente, se desconhecem. Urge uma coordenação de esforços entre o governo central e os dos estados para o estudo e adoção de providências de conjunto [...]. (VARGAS, 1930, p. 6).

Esse discurso demonstra os caminhos a favor da implementação das políticas sociais que começaram a se estruturar no Estado varguista, onde a União passou a ser o principal agente das políticas assistenciais. É nesse contexto que a Constituição de 1934 impõe, através do artigo 138, que a União, os Estados e Municípios eram obrigados a assistir a maternidade, a infância e as famílias,

destinando um por cento de sua arrecadação às obras assistenciais e políticas públicas que tinham como objetivo o cuidado com as mães e as crianças.

A atenção em torno da maternidade e da infância foi se tornando cada vez mais forte, o que levou à criação do DNCr instituído pelo Decreto-Lei nº 2.024, de 17 de fevereiro de 1940, que estabeleceu as diretrizes políticas e institucionais materno- infantis do governo Vargas. De modo geral, o DNCr delineou o caminho das políticas materno-infantis direcionadas às camadas populares urbanas brasileiras.

Buscar-se-á, de modo sistemático e permanente, criar para as mães e para as crianças favoráveis condições que, na medida necessária, permitam àquelas uma sadia e segura maternidade, desde a concepção até a criação do filho, e a estas garantam a satisfação de seus direitos essenciais no que respeita ao desenvolvimento físico, à conservação da saúde, do bem estar e da alegria, à preservação moral e à preparação para a vida. (BRASIL, 1940).

Apesar da importância político e social dos médicos e do DNCr, estes não foram os únicos que se destacaram nos serviços assistenciais para a maternidade e a infância; as associações femininas tiveram um papel importante na luta por políticas públicas que de fato fossem aplicadas em todo o país. A de maior destaque foi a LBA, a qual teve uma ampla atuação nacional, até mesmo nas regiões do interior brasileiro. E eram subsidiadas basicamente por contribuições e doações voluntárias, completadas com 0,5% dos impostos arrecadados anualmente pelo governo. A LBA era liderada por mulheres que ocupavam uma posição de destaque social ou pelas esposas dos governadores e prefeitos. Entre seus objetivos estavam, principalmente, atender os mais necessitados, fazendo encaminhamento ao atendimento médico, odontológico e o ensino da puericultura (ALVES, 2014).

Segundo Alves (2014), por mais que o Governo de Vargas viesse com um projeto centralizador, ele não foi capaz de assistir todas as camadas da população. Boa parte dos sistemas de assistência social, principalmente para as classes populares, se deu através da aproximação da União, das associações de mulheres e das instituições filantrópicas, que se dedicaram para reduzir os impactos negativos ocasionados pelo sistema econômico que se instalava por todo o país.

Dessa forma, pode-se concluir que foi disseminada culturalmente a ideia de que as mães eram as primeiras responsáveis pelo bem-estar da criança e que, dentre seus instintos naturais, o ato de cuidar prevalecia, e que o Estado não tinha

responsabilidades sobre a manutenção e proteção dessas vidas. No Brasil, nas primeiras décadas do século XX, pouco se fazia em prol das políticas públicas assistencialistas materno-infantis, apesar de todo o debate intelectual de médicos e filantropos em torno do assunto. Essa falta de atuação efetiva do Estado abriu espaço para a atuação de órgãos benevolentes e filantrópicos, que tornaram a assistência de mulheres e crianças seu principal lócus de atuação. E foi no período do Estado Novo, o qual trazia uma atuação paternalista de Estado, que foram construídas políticas públicas de proteção às mães e às crianças, tornando-as peças fundamentais da construção de um novo país baseado na ordem e na moral.



### **3 DA DESCOBERTA DO “OURO NEGRO” AOS REFLEXOS DO “PROGRESSO”**

Neste capítulo será analisado o início do processo de mineração no Sul de Santa Catarina, bem como as mazelas decorrentes de tal atividade econômica na Região Carbonífera, assim como no município Lauro Muller, pois a construção em torno da economia do carvão provocou uma ruptura nas formas tradicionais de vida agrícola, inserindo na população novos processos socioculturais ligados à atividade mineradora. Porém, todo o “progresso” local manteve-se às custas de muitas vidas, miséria, degradação ambiental, sofrimento dos mineiros e de suas famílias. Sendo assim, no primeiro item buscou-se elaborar o resgate histórico, para investigar quais foram as influências provocadas pela cultura e ideologia do carvão na construção do espaço conhecido como Região Carbonífera.

O segundo item carrega a memória e a história do município de Lauro Muller, sendo que este foi o primeiro município a se explorar o carvão, sendo, por esse motivo, conhecido como “O Berço do Carvão Nacional”. O fato de ser o pioneiro na mineração fez com que os mineiros e suas famílias sofressem demasiadamente por falta de estrutura. Segundo Ostetto et al. (2004), no início do processo de mineração havia o envolvimento do operário e toda sua família. Há relatos de que nas primeiras minas o trabalho era dividido, onde os homens eram responsáveis pela extração do carvão, e as mulheres e crianças pelo processo de seleção.

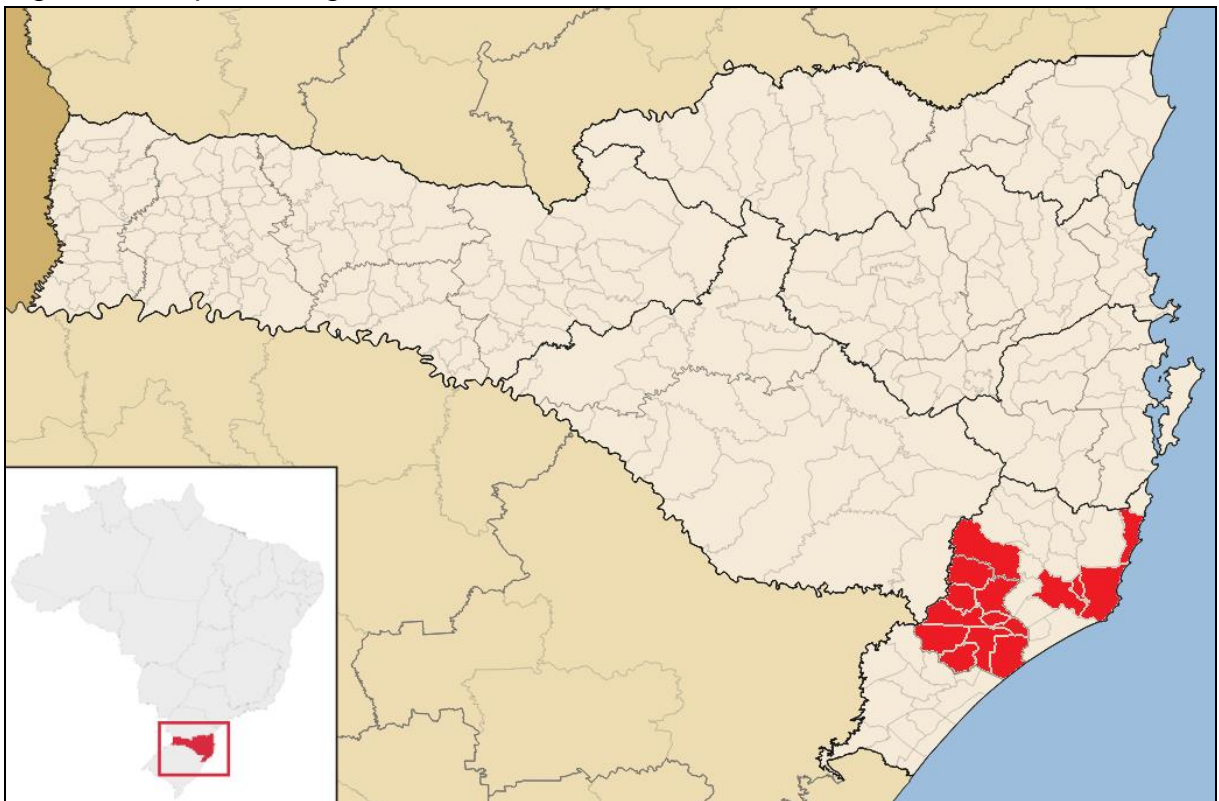
Sendo assim, este último fato fornece subsídio para a construção do terceiro item, onde serão apresentados os problemas médico-sanitários que acometiam o município de Lauro Muller, assim como toda a Região Carbonífera, além da forma como as famílias viviam nas vilas operárias, que eram ambientes insalubres, com más condições de moradia, alimentação e sem o fornecimento de condições básicas de higiene, motivos estes que impulsionavam a propagação de diversas enfermidades infectocontagiosas que fragilizavam a saúde da população.

#### **3.1 REGIÃO CARBONÍFERA: A CONSTRUÇÃO DO ESPAÇO EM TORNO DA CULTURA E IDEOLOGIA DO CARVÃO**

Quando nos referimos à Região Carbonífera de Santa Catarina, logo compreendemos este local como da Associação dos Municípios da Região Carbonífera (AMREC), formada por quatorze municípios, dentre eles Criciúma, Içara,

Lauro Muller, Siderópolis, Orleans e Urussanga. Porém, ao ampliar o olhar sobre o Sul do Estado, percebe-se que a presença da economia do carvão foi estendida até outros locais, como Tubarão, Capivari de Baixo e Imbituba, onde não houve o processo de extração do minério, mas sua ligação com a indústria carbonífera se constitui a partir dos processos auxiliares de beneficiamento, consumo e escoamento do carvão (NASCIMENTO, 2004). Portanto, nesta pesquisa utilizou-se uma visão ampla de Região Carbonífera, não sob olhar administrativo, mas pelas marcas deixadas na paisagem, na cultura e na história dessas localidades. Abaixo, é apresentado um mapa com destaque para o que chamamos de Região Carbonífera.

Figura 1 - Mapa da Região Carbonífera



Fonte: elaborado pela autora.

A descoberta do carvão no sul de Santa Catarina ocorreu no início do século XIX, por tropeiros que se deslocavam entre Lages e Laguna. Posteriormente, o Governo Imperial realizou uma série de expedições com a finalidade de desenvolver estudos acerca da viabilidade e sua utilidade para a indústria brasileira. Após ficarem cientes do teor calorífero, se iniciou a extração do carvão de forma artesanal na região de Minas, onde atualmente está localizada a cidade de Lauro Muller. Porém, foi com a construção da Estrada de Ferro Tereza Cristina que a

exploração do carvão no Sul do Estado passou a se tornar algo mais viável, pois, anteriormente, não havia possibilidade de fazer o escoamento do minério, visto que a estrada de ferro fazia ligação entre Lauro Muller e Imbituba, cidade portuária. Este período histórico também foi marcado pela chegada de imigrantes europeus no Sul do Estado catarinense, os quais foram responsáveis por colonizar a região (GOULARTI *et al.*, 2004).

Segundo Carola (2002), há cinco momentos que proporcionaram a impulsão do crescimento da economia do carvão no sul de Santa Catarina. O primeiro momento se compreende entre os anos de 1880 e 1930, no qual a maior parte do carvão nacional era importada. No entanto, o início da Primeira Guerra Mundial fez com que se tornasse impossível a importação, pois o carvão servia de base para a indústria bélica, e tal fato fez com que o governo desenvolvesse políticas de substituição de importações do carvão vindo da Europa e dos Estados Unidos pelo nacional. O segundo momento ocorreu entre os anos de 1931 e 1953 e estava relacionado às políticas do Governo Vargas, que desenvolveu leis protecionistas, pois considerava o carvão uma importante fonte de energia para a indústria brasileira. Foi neste período que ocorreu o maior desenvolvimento da Região Carbonífera através da construção da Companhia Siderúrgica Nacional (CSN) e a instalação de uma subsidiária na cidade de Criciúma, dando início a uma forte intervenção estatal no setor industrial local. O terceiro momento foi entre 1953 e 1973, no qual houve a criação do Plano do Carvão Nacional, ainda no governo de Getúlio Vargas, que compreendia em uma série de medidas políticas e econômicas que tinham por objetivo a ampliação do setor carbonífero nacional. Os dois últimos momentos ocorreram em 1973 e 1985, período em que o cenário econômico nacional ficou abalado pela crise do petróleo e, neste momento, houve o processo de mecanização das minas, o que possibilitou o aumento da produção do carvão.

Portanto, não se pode deixar de destacar a relevância da cultura política do Governo de Getúlio Vargas, o qual teve grande influência no processo de desenvolvimento da indústria carbonífera, pois sua administração elevou o espírito nacionalista e buscava tornar a indústria brasileira mais competitiva e independente de importações. Paralelo a ideia de desenvolvimento econômico nacional, Vargas colocou o operário como centro de suas políticas, criando a imagem do corpo, individual e coletivo, como instrumento para alavancar o desenvolvimento da nação, gerando um ideal corporativista, onde cada trabalhador deveria cumprir suas

funções com empenho e entusiasmo para a prosperidade do país (PARANHOS, 1999).

Estes ideais acabaram por ser inseridos também no processo de desenvolvimento da Região Carbonífera, pois esta se constituiu como um relevante elemento econômico, além de ser peça-chave nos planos de autossuficiência da indústria nacional. A Região abarcava uma extensa cadeia produtiva que ia do processo de manufatura do carvão mineral, englobando também a extração, beneficiamento, transporte, produção de insumos fertilizantes, aço e geração de eletricidade, que alimentava outras indústrias (GOULARTI *et al.*, 2004).

Pode-se observar como foi longo o período em que a Região Carbonífera recebeu destaque nacional, porém foi entre os anos de 1930 e 1960 o momento em que houve as maiores e mais consideráveis modificações na paisagem, sociais e culturais, acarretando na transformação e reorganização deste espaço. Tal fato ocorreu devido à atividade econômica que se instalou e provocou uma ruptura nas formas tradicionais de vida agrícola, inserindo a população na cultura do capitalismo industrial. O desenvolvimento das cidades, proporcionado pelas atividades mineradoras, fez com que houvesse a migração do campo e do litoral para novos centros urbanos que surgiam em torno das indústrias carboníferas (DALL'ALBA, 1886).

Ao analisar o processo de construção espacial da Região Sul de Santa Catarina, frente ao padrão de organização industrial europeu, percebe-se similaridades como, por exemplo, a necessidade de construir casas para abrigar os mineiros e suas famílias, formando vilas operárias, sendo que todo o espaço era gerido pela indústria local. Entre as vilas construídas na região pode-se destacar a Vila Metropól, pertencente à Carbonífera Metropolitana; uma vila onde atualmente se encontra o bairro Próspera, e pertencia a Carbonífera Próspera S.A.; uma vila construída pela Carbonífera Araranguá, chamada na época de Vila Operária; e em Lauro Muller, a vila operária do Guatá, construída pela Cia. Barro Branco (BERNARDO, 2004).

Segundo Margareth Rago (2014), os espaços habitacionais destinados aos trabalhadores da indústria se tornaram algo padronizado durante a ascensão do capitalismo brasileiro na primeira metade do século XX e sua organização tinha a finalidade de afastar o operário do círculo de atividades burguesas, construir um

espaço higiênico e adequado ao mundo do trabalho, com o intuito de disciplinar uma massa amorfa de sujeitos, tornando-os trabalhadores ordeiros e disciplinados.

Conforme Roseli Bernardo (2004), no espaço das vilas operárias, além de casas, foram instalados também açougues, armazéns e farmácias para suprir as necessidades básicas da população. Nestes locais também foram construídas estruturas voltadas para o entretenimento dos trabalhadores e suas famílias. A criação desses espaços se fez indispensável devido à necessidade da empresa de controlar e observar o funcionário fora do período de trabalho, pois de acordo com a lógica disciplinar capitalista de controle dos corpos, deixar os trabalhadores ociosos após as jornadas laborais poderia fomentar um tempo para a reflexão sobre a realidade ao seu redor, e inflamar o espírito de luta da classe operária por melhores condições de vidas e trabalho. Sendo assim, espaços de lazer foram desenvolvidos e estruturados de forma sutil, para o controle social, baseado nos moldes capitalistas.

[...] todas as formas de lazer promovidas pelas classes dominantes, do baile ao futebol, são censuradas como práticas imorais que visam enfraquecer e entorpecer a classe operária, desviando-a do cumprimento de sua função histórica revolucionária. [...] o operário que, ao invés de lutar pelos interesses de sua classe, aliena-se nos “antros do vício”, bebendo, jogando, fumando, desperdiçando tanto seu dinheiro quanto suas energias, fazendo exatamente o jogo do inimigo. (RAGO, 2014, p. 111-112).

O autor Henri Lefebvre (2000) destaca a complexidade e as potencialidades do espaço, pois, na sua concepção, o espaço está diretamente relacionado aos campos da dominação e da apropriação por parte do Estado e das classes dominantes. Essas, por sua vez, dispõem do poder através da propriedade privada do solo e da ação do Estado, como representante dos seus interesses. Esse pensamento leva à problematização dos significados das construções que formaram parte da Região Carbonífera pelos empresários do carvão no sul catarinense, pois estes aplicaram seu poder e controle de forma sutil no interior da sociedade, moldando o operário à ordem burguesa. De acordo com Margareth Rago (2014, p. 165):

O burguês desodorizado vê nestes lugares de amontoamento de pobres o perigo das emanações pútridas, da massa dos “vapores, acumulados pela reunião de massas confusas e misturadas. Essa política sanitária de descongestionamento dos corpos define a produção do espaço urbano e, ao mesmo tempo, determina a invasão da casa do pobre, impondo-lhes novos regimes sensitivos e uma outra disciplina corporal.

Segundo Bernardo (2014), as imagens dos personagens envolvidos no processo de mineração se incorporam nas estruturas urbanas da Região Carbonífera, formando uma identidade única ligada à cultura do carvão, como por exemplo a figura do empresário Henrique Lage, que veio do Rio de Janeiro para montar uma mineradora na Região, sendo um dos responsáveis pelo início do processo de mineração no sul de Santa Catarina, e tem sua imagem exposta na praça, que leva também o seu nome, no município de Lauro Muller. Este é apenas um exemplo, dentre os diversos monumentos, nomes de ruas, escolas e hospitais que estão em pleno funcionamento até os dias atuais. Tais símbolos carregam o ideal de “prosperidade” que estas personalidades trouxeram à região, gerando a construção de uma identidade única à população que aqui vive, e reduzindo a possibilidade de ascensão de qualquer outra cultura, instalando na vida e na mente da população uma espécie de homenagem eterna, aos políticos e empresários, pelo “progresso” que o “ouro negro” proporcionou à Região.

A obra "*O mito do progresso ou o progresso como ideologia*", de Gilberto Dupas, nos permite refletir sobre o tão proclamado "progresso", que acabou se tornando o discurso predominante da elite e que junto com a ideologia burguesa imputou consequências negativas, como o subdesenvolvimento, a concentração de renda, os problemas ambientais e a exclusão dos direitos humanos básicos. O carvão, que era o motor propulsor da busca por desenvolvimento na região, gerou uma condição de vida miserável para a classe operária.

Neste sentido, Foucault (2012) nos leva a refletir sobre a força contida no discurso, neste caso o discurso do progresso, possibilitando que as ideologias se materializem, podendo ser perigoso na medida em que serve para defender os interesses e a dominação de uns sobre outros, ou seja, o discurso é uma ferramenta de poder que visa criar hegemonias e apagar heterogeneidades.

Suponho que em toda sociedade a produção do discurso é ao mesmo tempo controlada, selecionada, organizada e redistribuída por certo número de procedimentos que tem por função conjurar seus poderes e perigos, dominar seu acontecimento aleatório, esquivar sua pesada e temível materialidade. (FOUCAULT, 2012, p. 8-9).

Sendo assim, é possível observar a força que o discurso do “progresso” em torno da indústria carbonífera teve forte impacto na constituição de um imaginário local, pois ele foi capaz de reconfigurar o espaço e a cultura da região

em torno de uma identidade comum: o carvão. Assim, uma vez entendidas as questões ideológicas que estão por trás do discurso, percebe-se a força que o mesmo possui de construir e destruir as características de uma sociedade.

### 3.2 GESTÃO DOS CORPOS NO ESPAÇO: AS VILAS OPERÁRIAS DE LAURO MULLER

O município de Lauro Muller está localizado no sul do Estado de Santa Catarina, em uma área de 270.508 km<sup>2</sup>, e integra a região carbonífera. Limita-se com os seguintes municípios: Bom Jardim da Serra (norte e oeste), Treviso (sul) e Orleans (leste). As marcas do processo de mineração estão por todo lado, desde a degradação ambiental, que se apresenta incrustada no solo piritoso e nas águas poluídas dos rios, até nas construções realizadas pela Carbonífera Barro Branco (CNMCBB), no centro da cidade, e nas vilas operárias. Estão presentes também nas ruas, monumentos, clubes, campos de futebol e escolas o nome dos personagens que tiveram ligação com o processo de exploração do carvão na localidade.

Diante disso, é possível constatar que a mineração foi a responsável pelo processo de construção econômica, cultural e social da cidade. Portanto, neste item, procurou-se compilar informações através de fotos e documentos para descortinar o passado e apresentar parte dos processos históricos do município de Lauro Muller. Buscamos, também, compreender o processo de formação local a partir do momento em que se iniciou o desenvolvimento socioeconômico em torno da indústria carbonífera.

O carvão, descoberto no século XIX pelos tropeiros que desciam a serra com mercadorias para negociar no porto de Laguna, passa chamar a atenção de capitalistas, negociantes nacionais e estrangeiros interessados na exploração do minério. Sendo assim, foram enviadas pelo Governo Imperial algumas expedições para a região, com o objetivo de estudar a qualidade do mineral (GULARTI FILHO et al., 2004). Após identificar a qualidade do minério, em 1860, Felisberto Caldeiras Brant, o Visconde de Barbacena, solicitou ao Conselho de Estado a aquisição de duas léguas quadradas de terra para construção de uma estrada de ferro e a formação de uma companhia para exploração do carvão, que lhe foi concedido em 1861. O Governo Imperial permitiu a construção da Estrada de Ferro Tereza Cristina, com suas obras concluídas no dia 1 de setembro de 1884, o que impulsionou fortemente a exploração da primeira mina de carvão da região

(NASCIMENTO, 2000). Nesse sentido, foi a construção da estrada de ferro que possibilitou a exploração do carvão no município, pois sem a ferrovia não haveria meios de escoar o minério até outras localidades e fazer sua distribuição.

O local onde hoje se encontra o município de Lauro Muller recebeu vários nomes: Bom Retiro, Arraial da Mina, Mina dos Ingleses e Minas. Porém, foi em 1905 que passou a ser chamado de Lauro Muller, em homenagem ao catarinense Dr. Lauro Severiano Muller, que foi quatro vezes governador do Estado de Santa Catarina, senador, deputado federal, embaixador, ministro da Indústria, Viação, Obras Públicas e das Relações Exteriores, estando intimamente ligado ao processo de exploração e, de certa forma, à ideologia do progresso citada anteriormente.

Lauro Muller foi por muito tempo distrito do município de Orleans, até que atingiu autonomia e obteve seus próprios limites territoriais, conquistando sua emancipação em 20 de janeiro de 1957, sob a administração do prefeito Isaac Bertoncini (DALL'ALBA, 1986). Segundo Dall'Alba (1986), as pessoas que migraram para a região em busca de trabalho nas minas de carvão não tinham onde morar, e há relatos que as primeiras residências eram de barro e cobertas com palha, após algum tempo foram erguidas casas de madeira. Em 1917, Lauro Muller já possuía uma vila operária, que pertencia à Companhia Barro Branco, e que seguia o modelo de organização urbana capitalista vivenciada na Europa, onde a vida dos moradores dependia única e exclusivamente da indústria que ali estava instalada. A mudança ocorrida no distrito de Lauro Muller é citada no Jornal *O Direito*, de Orleans, de 21 de outubro de 1926, em uma demonstração de admiração pela empresa Lage & Irmãos<sup>5</sup>:

[...] Lauro Müller, aonde a operosa firma Lage & Irmãos transformou aquele distrito outrora despovoado numa magnífica vila operária. Oficinas bem notáveis lá se encontram, como sejam: serraria, ferraria, uma grande e xarqueada, estabelecimentos munidos dos mais aperfeiçoados aparelhos para lavagem do carvão, uma ideal fábrica de telhas e tijolos refratários, sendo tudo isso movido por uma colossal usina elétrica. O seu território, numa externa parte, é todo cortado pela Estrada de Ferro Dona Tereza Cristina.

Em 1928, o geólogo José Fiusa da Rocha produziu o Boletim nº 35, denominado “Carvão de Pedra no Sul do Estado de Santa Catarina”, no qual descrevia as características da região. Este documento foi enviado ao Ministério da

---

<sup>5</sup> Empresa Lage e irmãos foi fundada em 1882 por Martins Lage Filho e seus dois irmãos, Roberto e Américo, e era a empresa responsável por extrair carvão em Lauro Muller.



Agricultura, Indústria e Comércio para repassar informações sobre o desenvolvimento do local. Neste boletim foram identificadas três vilas operárias situadas no Distrito de Lauro Muller, formadas por centenas de casas geminadas, algumas mal construídas, de caráter provisório, para operários que ainda não possuíam trabalho fixo.

A instalação da CNMCBB, em Lauro Muller, exigiu uma alta demanda de mão de obra, e isso fez com que algumas pessoas migrassem para região. Essas pessoas anteriormente sobreviviam da pesca e da agricultura, e acabavam procurando nas minas a possibilidade de garantir estabilidade financeira para sustentar suas famílias. Segundo Goularti Filho (2002, p. 112), a formação da mão de obra na Região Carbonífera, entre as décadas de 30 e 50, originou-se da vinda de pessoas do litoral, das cidades de Laguna, Imbituba, Jaguaruna e Imaruí, correspondendo a 23% do número total da população. Também houve a migração das zonas agrícolas de Orleans, Urussanga, Criciúma, Tubarão e Araranguá.

Tabela 1 - Municípios de origem dos mineiros das carboníferas do sul-catarinense

Município de origem	Década de 1930	Década de 1940	Década de 1950	Total em %
Tubarão	251	76	26	25,71
Orleans	143	41	12	14,28
Urussanga	115	24	10	10,85
Laguna	93	40	8	10,27
Criciúma	65	54	16	9,83
Jaguaruna	68	32	2	7,43
Araranguá	26	39	10	5,46
Imaruí	41	15	3	4,30
São Joaquim	14	2	2	1,31
Imbituba	16			1,17
Outros	77	35	17	9,40
Total	909	358	106	100

Fonte: Goularti Filho (2002, p. 112).

Em 1948 a CNMCBB tinha cerca de 2.500 funcionários, operando em oito frentes de trabalho e extraindo uma média de duzentas mil toneladas de carvão por ano (DALL'ALBA, 1986). A CNMCBB, como forma de dar continuidade ao seu trabalho extrativo, passou a construir casas de madeiras, as quais eram alugadas aos funcionários a um preço muito baixo, com o intuito de controlar e fixar a mão de obra necessária para a indústria local. De acordo com a historiadora Maria Auxiliadora Guzzo de Decca (1990, p. 26), a lógica capitalista sobre os corpos operários ocorria quase da mesma forma em todo o país, uma vez que “as indústrias

usavam as moradias oferecidas aos operários como forma de pressão ou instrumento de força para conter greves ou rebeldias”.

As casas se diferenciavam no tamanho e qualidade de acordo com o cargo ocupado pelo trabalhador na empresa, construindo um cenário onde se tornava visível as questões hierárquicas e disparidades sociais, implicada a lógica do capitalismo industrial que estava em desenvolvimento. Essa ação também tinha por finalidade instituir uma clara diferença entre os trabalhadores, dificultando a criação do sentimento de pertença a uma única classe social, o operariado.

As casas, de madeira, tinham o mesmo modelo arquitetônico (chalé), diferindo apenas na quantidade de área construída. As casas dos empregados-mineiros mediam 35 m<sup>2</sup> (7m x 5m), distribuídos em cozinha, dois quartos e sala, que não eram forrados e nem pintados. Nessas moradias não existiam banheiro; as necessidades biológicas pessoais eram feitas numa pequena casa de madeira denominada pelos moradores de “patente”, construída nos fundos do terreno, ocupando uma área construída de aproximadamente um metro quadrado. Por sua vez, as casas dos funcionários do escritório e chefe de setores das minas mediam 63 m<sup>2</sup> (9m x 7 m), com cozinha, três quartos e sala, além de uma área de serviço e banheiro anexo à casa. Diferiam deste padrão apenas quatro casas comerciais e uma residencial situada na rua principal e o cinema, todas de alvenaria. [...] As casas, com raras exceções, pertenciam a Empresa Mineradora que sedia para seus empregados enquanto tivesse vínculos de trabalho com ela. Nas primeiras décadas, era cobrada uma taxa simbólica de aluguel, descontada dos salários de cada morador. (DAMAZIO, 2000, p. 35).

Segundo Margareth Rago (2014), a burguesia industrial e os poderes públicos buscavam construir as vilas operárias de acordo com o discurso higienista, que era fortemente difundido no Brasil no século XIX e início do XX. Tal discurso, tinha como principal estratégia a remodelação do espaço para que os corpos dos trabalhadores fossem separados, designando a cada um seu lugar específico na rede do capital. Desta forma, as habitações populares foram desenvolvidas através de uma lógica que possibilitava a gestão minuciosa da vida do trabalhador pobre, esquadrihando sua vida dentro e fora da intimidade do lar, controlando seus atos, instaurando novos costumes e reorganizando suas relações cotidianas.

Figura 2 - Foto da Vila Operária localizada do Guatá/Lauro Muller (1947)



Fonte: Damazio (2000, p. 44).

Em 1940, o geólogo José Fiusa Rocha juntamente com Evaristo Pena Scorza, publicam o Boletim nº 104, intitulado “Estratigrafia do Carvão em Santa Catarina”, onde descrevem que a vila no centro de Lauro Muller é um aglomerado organizado de casas, porém tecem a seguinte crítica:

Esta vila não é iluminada a luz elétrica, o que contrasta com o resto da localidade, onde residências particulares, bar, cinema, hotel, estação da estrada de ferro, etc. apresentam este imprescindível melhoramento. (ROCHA; SCORZA, 1940, p. 128).

Esse modelo de organização anteriormente descrito está inserido nos moldes industriais que foram se formando em todo território nacional, a partir da expansão do capitalismo, em meados do século XIX. Neste contexto, as empresas orquestravam a construção de comunidades, que eram habitadas unicamente por operários pertencentes à mesma companhia, que detinha também o controle de equipamentos e serviços coletivos. No Brasil, estas aglomerações industriais foram nomeadas de diferentes formas: vila operária, bairro proletário, núcleo urbano, núcleo fabril, cidade operária, cidade-companhia, dentre outros. No entanto, na região Sul de Santa Catarina estes locais foram caracterizados como “Vila Operária”, devido ao tipo de atividade econômica, tamanho, forma, localização, condição político-administrativa e, principalmente, do momento histórico em que surgiu (CORREIA, 2001, p. 83-84).

A CNMCBB, além de moradias, detinha também o controle sobre os equipamentos e serviços coletivos, como açougues, armazéns e os espaços de entretenimento. A criação de espaços de lazer se fez de forma necessária para a empresa controlar o funcionário fora do período de trabalho. Os locais onde os mineiros se encontravam após as jornadas laborais era visto como um possível foco

de agitação e revolta social. Sendo assim, as formas de controle sobre a vida do operário foram sendo desenvolvidas sutilmente nas vilas operárias, de forma a garantir a gestão dos funcionários dentro e fora da empresa (BERNARDO, 2004).

Através de documentos coletados no arquivo da prefeitura de Lauro Muller pode-se perceber que os espaços de entretenimento foram criados entre 1924 e 1950. Sendo apresentado aqui de forma cronológica: Henrique Lage Futebol Clube (1924), Clube União Mineira (1936), Clube Recreativo Primeiro de Maio (1938), Clube Ouro Preto (1938), Sociedade Musical Santa Bárbara, formado por um grupo de músicos operários (1942), Esporte Clube Guatá (1945), Clube Recreativo Cruz de Malta (1947), e Cinema (1949). Em contrapartida, a fundação de estruturas ligadas ao cuidado e proteção da saúde da população aconteceu de forma tardia comparada à criação dos espaços de entretenimento.

Segundo Rago (2014), as formas de lazer produzidas pelas classes dominantes, desde os bailes até o futebol, são práticas que têm como objetivo enfraquecer a classe operária, desviando seu foco reivindicativo, alienando o operário que, ao invés de lutar pelos seus interesses de classe, desperdiça seu dinheiro e suas energias em atividades recreativas, comportando-se exatamente como a burguesia havia planejado. De acordo com Rago (2014, p. 274):

A vila deve instaurar um espaço de conforto satisfação e moralidade, de onde o trabalhador não precisa sair nem mesmo para divertir-se. Vinculado ao aparato da produção através deste mecanismo sutil de dominação que é a própria habitação, espaço de intimidade e diálogo interior, o discurso do poder promete ainda ao operário abrigá-lo da contaminação moral das ruas agitadas e dos bares viciados. A vila cidadela projetada pela arquitetura da vigilância oferece aos seus moradores a proteção e o conforto de toda uma rede de equipamentos coletivos e comerciais, capazes de atender às suas simples necessidades: escola, armazém, bar e restaurante, teatro e quadra de esportes entre outras coisas, nesse sentido, o poder disciplinar cria dispositivos estratégicos de estreitamento dos vínculos que unem os membros da família, mas também entre esta e o patrão, numa mescla de sentimentos que incluem gratidão e cumplicidade.

A partir deste pensamento de Margareth Rago, pode-se refletir sobre o seguinte aspecto: em 1917, Lauro Muller já possuía um modelo de vila operária, em 1924 iniciou o processo de criação dos espaços de entretenimento, e foi somente em 1951 que efetivamente foi fundado o sindicato dos mineiros no município. Observa-se, então, como foi longo o período de desmobilização dos operários da localidade na luta sindical por condições dignas de trabalho, moradia e saúde. Destacamos, ainda, que esta inatividade, para além das estratégias burguesas de

controle sobre os corpos operários, também foi ocasionada pela falta de regulação do trabalho no país, que teve seu primeiro conjunto de legislação sobre o labor em 1943, com a Consolidação das Leis Trabalhistas.

A CNMCBB se manteve apoiada no nacionalismo econômico característico de nosso país na primeira metade do século XX, principalmente entre os anos 1937-1945, durante a política do Estado Novo, que teve como um de seus pilares o discurso do progresso nacional, que por sua vez alimentou consideravelmente a esperança do desenvolvimento socioeconômico da região, mantendo os operários e suas famílias empenhados no trabalho das minas, em prol do crescimento positivo da indústria carbonífera.

Diante disso, a vida do operário se tornou foco de atenção de proprietários e diretores das empresas do complexo carbonífero, pois se tratava de uma operação eficaz para disciplinar e controlar os corpos dos operários para o alcance de maior produtividade e lucratividade (RABELO, 2013). Segundo Michelle Perrot (1988), o desenvolvimento das habitações atua dentro de uma nova racionalidade, visando a redução do custo da reprodução da força de trabalho. A concessão das casas aos operários pode ser entendida como a tentativa dos donos das empresas em estender seu controle além da esfera da produção, adentrando também na esfera da reprodução operária.

As grandes empresas não limitam seu controle ao perímetro da fábrica. Elas tentam estendê-lo à vida cotidiana dos trabalhadores, através de todo um conjunto de instituições e uma política de ordenamento do espaço, chegando até a constituição de verdadeiras cidades industriais. O objetivo dessas cidades-fábricas não é apenas, nem mesmo principalmente, a ordem do trabalho, mas a fixação de uma mão de obra, sua manutenção ao melhor custo, sua alocação no trabalho e sua reprodução: pôde-se falar de uma eugénica das populações industriais. (PERROT, 1988, p. 43).

Na cidade de Lauro Muller, assim como em toda Região Carbonífera, os graves problemas sociais gerados pela inexistência de condições dignas de trabalho e moradia, colocavam em risco o nível de produtividade e crescimento do setor carbonífero, sendo assim, iniciou-se a proliferação de ações de regulamentação das habitações com intuito de amenizá-los. Esse tipo de controle implicou na propagação de um discurso que foi responsável pela organização de um conjunto de regras de comportamento imposto aos moradores das vilas operárias.

A habitação do pobre não escapará ao desejo de disciplinarização do proletariado manifestado pelos dominantes. Na moradia operária, a

burguesia industrial, os higienistas e os poderes públicos visualizam a possibilidade de instaurar uma nova gestão da vida do trabalhador pobre e controlar a totalidade de seus atos, ao reorganizar a fina rede das relações cotidianas que se estabelecem no bairro, na vila, na casa e, dentro destas, em cada compartimento. (RAGO, 2014, p. 17).

Sendo assim, o espaço que se construiu não se restringiu apenas a um território formado por bens e pessoas, mas a um lugar de complexas relações entre os corpos e o poder, um meio ao qual deveria ser gerido com a finalidade de assegurar a vida, saúde e prosperidade dos seus integrantes. Na cidade de Lauro Muller o poder sobre a organização da vida foi ganhando forças diante do propósito político da época, que era a gerência da população, instituído com a finalidade de garantir a ordem em nome dos interesses privados e governamentais. Segundo Foucault (2008), a obediência e a docilidade serão os objetivos desta sociedade que busca instaurar a produtividade com conformismo e afastar dos círculos sociais possíveis perigos que colocam em risco a manutenção da ordem pública.

Foucault (2008) nos leva a reconhecer os mecanismos de poder (soberano, disciplinar e biopolítico) que atuaram neste cenário descrito até o momento. O primeiro está presente na gestão do território, submetido ao soberano, ou seja, as empresas carboníferas; o segundo pode ser identificado no controle cotidiano dos corpos e na sua distribuição no espaço das vilas operárias; já o terceiro se manifesta através da gestão da população em garantia da vida com objetivo de desenvolvimento econômico.

Parece-me que, no final do século XVIII, a arquitetura começa a se especializar, ao se articular com os problemas da população, da saúde, do urbanismo. Outrora, a arte de construir respondia, sobretudo, à necessidade de manifestar o poder, a divindade, a força. O palácio e a igreja constituíam as grandes formas, às quais é preciso acrescentar as fortalezas; manifestava-se a força, manifestava-se o soberano, manifestava-se Deus. A arquitetura durante muito tempo se desenvolveu em torno destas exigências. Ora, no final do século XVIII, novos problemas aparecem: trata-se de utilizar a organização do espaço para alcançar objetivos econômicos e políticos. (FOUCAULT, 1979, p. 211).

Diante dessas análises pode-se inferir que a construção de Lauro Muller se deu por um aglomerado de vilas operárias, e estas, por sua vez, operam dentro de uma lógica de governo dos corpos no espaço. O local onde se encontra o município organizou sua extensão territorial e privatizou o corpo de sua população, agindo de acordo com as necessidades da indústria carbonífera.

### 3.3 AS CONDIÇÕES MÉDICO-SANITÁRIAS DAS FAMÍLIAS MINEIRAS

Na primeira metade do século XX uma nova paisagem se desenvolveu onde atualmente está localizada a cidade de Lauro Muller. A presença de uma ferrovia, as minas de carvão e estruturação das vilas operárias fortaleciam a ideologia do progresso e da modernidade no local. A cidade foi caracterizada a partir da arquitetura da mineração, do processo migratório, da formação de uma classe operária, dos sindicatos, dos estádios, dos clubes, dos cinemas, da poluição do solo, da água e do ar provocados pelos rejeitos do carvão. Todo esse conjunto acabou estigmatizando a cidade até a atualidade.

Ao mesmo tempo em que Lauro Muller vivenciava a modificação das suas estruturas econômicas, sociais e culturais, embalada por toda euforia gerada pela chegada do “progresso” na região, também percebia o surgimento de problemas sociais antes inexistentes. Mesmo que de pequeno porte, no município já era possível identificar problemas característicos de uma cidade grande, que durante seu processo de urbanização foram se acumulando. Segundo Alves (2009), o crescimento das habitações ocorreu de forma desordenada, pois a população não tinha acesso à água tratada e rede coletora de esgoto, e além disso, os operários eram expostos a longas jornadas de trabalho, possuíam baixos salários, carência de alimentos básicos e deficiência na assistência médica. Estes fatores formaram um ambiente favorável para a proliferação de enfermidades nas vilas operárias, afetando também a saúde das mulheres e crianças que faziam parte desse cenário.

Sendo assim, o progresso em torno da mineração trouxe algumas vantagens, mas não se podem ocultar as mazelas provenientes desse processo que impactou profundamente a vida dos operários e suas famílias, as quais eram expostas a um ambiente altamente hostil, morando nas vilas operárias apinhadas, com o ar, a água e o solo contaminados com detritos provenientes da mineração. As vilas normalmente eram construídas sobre rejeitos de pirita e próximas às bocas de minas (CAROLA, 2017). Se por um lado a possibilidade de um trabalho fixo com salário garantido representava um avanço na vida do operário, por outro, o trabalho degradante e perigoso apresentava um forte contraponto. O higienista Manoel Moreira assim relatava as condições de trabalho nas minas de carvão de Santa Catarina:

[sic passim] As vagonetas são carregadas nas frentes de trabalho e empurradas a braço, por dois homens, até a boca da mina; se a declividade for favorável até o depósito de carvão; caso contrário, são tracionadas por guinchos ou animais, da boca ao depósito. [...] O anemômetro marcou sempre zero em todas as medidas por nós tomadas. Devemos salientar que as medidas praticamente foram feitas em pleno inverno, época em que a diferença de temperatura é maior. A nosso ver estas minas ainda podem ser trabalhadas, porque as galerias são ainda pouco extensas. Mesmo assim, a ventilação não satisfaz. Em algumas frentes de trabalho, a percentagem de oxigênio é tão pequena que as chamas do gasômetro diminuem sensivelmente. [...] (MOREIRA, 1952, p. 17-18).

O trabalho exigia demasiada força física, pois o método de mineração era rudimentar, o ambiente era insalubre, muitos operários morriam devido à falta de segurança nas minas, e ocorriam vários acidentes que incapacitavam o corpo para o trabalho, além de provocar enfermidades. De acordo com Joaquim Miguel Arrojado Lisbôa (1940, p. 17), as condições de trabalho nas minas de carvão de Santa Catarina eram as seguintes:

Praticamente podemos dizer que quanto ao ataque as frentes de trabalho não há mecanização [...] O desmonte de carvão em Santa Catarina é, por assim dizer, todo feito a mão, com o uso de cunhas, picaretas e alavancas e com o auxílio de explosivos nos casos em que a camada barro branco é muito compacta.

Neste sentido, a população operária arcou com uma parte do custo social que as empresas mineradoras provocavam na localidade, pagando com vidas, enfermidades e acidentes de trabalho, muitas vezes fatais.

[...] em média, verificam-se anualmente 4 ou 5 acidentes fatais em todas [sic] as minas, sendo quase todos os acidentes isolados, muitos devido à imprevidência mesmo dos próprios operários vitimados, como já referimos, e alguns também decorrentes de explosões de dinamite, os chamados “fogos falhados”. (BOA NOVA JUNIOR, 1953, p. 74).

Juntamente com os acidentes de trabalho, as doenças também provocavam sérios problemas entre a população trabalhadora. O Jornal O Correio, de Orleans, publicou em 6 de setembro de 1931 sobre uma epidemia de paratifo que havia sido detectada no distrito de Lauro Muller e na comunidade do Rio Palmeiras e que estava sendo ignorada pelo Estado. Um jornalista da capital replica a notícia, na tentativa de chamar a atenção das autoridades e ajudar a região que estava sofrendo com a falta de estrutura para controlar a epidemia.



Temos, números a fio, clamando contra o condenável desmazelo do departamento de saúde pública do Estado que nenhuma, absolutamente nenhuma providência tomou até o momento presente para debelar o terrível mal que está grassando assustadoramente o município [...] o governo tem deixado esta zona não adoptando as medidas que se fazem urgentemente necessárias. (O CORREIO, 6 de setembro de 1931, p.1).

Frente a essas notícias publicadas nos jornais da época, percebe-se como a população, tanto a que vivia nas vilas operárias quanto nas zonas rurais, eram invisíveis ao Estado. Foi somente a partir da mudança do olhar, gerada pelo Governo Vargas e que identificava a população como a riqueza do país, que a passos muito lentos os problemas começaram a ser levantados e solucionados.

As mazelas provenientes do processo de exploração do carvão não se limitavam apenas ao município de Lauro Muller, mas a toda a região carbonífera. Diante disto, os estudos sobre as questões sanitárias da população que vivia nestes locais ficou sob responsabilidade do médico sanitário Dr. Francisco de Paula Boa Nova Junior, incumbido de realizar visitas as vilas operárias da região em 1944, e em 1953 entregou ao Ministério da Agricultura um relatório dos problemas médico-sociais encontrados na Indústria Carbonífera Sul Catarinense. No seu relato há descrições de morte causadas por epidemias como varíola, varicela, disenterias amebianas e bacilares, tuberculose, verminose e tifo, a que teve maior destaque, pois foi a enfermidade com maior letalidade.

Concomitantemente, ocorreu, ameaçadoramente, novo surto de tifo, causando grandes apreensões a toda população de Criciúma e determinando adoção de urgentes energéticas medidas profiláticas e sanitárias, a fim de que o surto desta doença infectocontagiosa, epidêmica a região, tão temida por sua fácil contagiosidade e por seu elevado índice de mortalidade, não viesse transformar uma pandemia de consequências catastróficas. (BOA NOVA JUNIOR, 1953, p. 10).

Segundo Rabelo (2007), a imagem que se tem das vilas operárias pertencentes ao complexo carbonífero se constituem pela composição de casas de madeira individuais ou geminadas, escuras, com poucos comodidades (dois quartos, sala e cozinha), sem luz elétrica, sem água encanada, sem rede de esgoto, com janelas de madeira e sem vidraça, sem forro, cobertas por telhas de barro, portas fechadas com “tramelas”, com chaminés para conduzir a fumaça dos fogões a lenha e, por fim, construídas sobre rejeitos de carvão. A vila operária delinea-se em traços lineares, com as casas posicionadas lado a lado, formando ruelas, e nesse espaço,

além das casas, outros aparelhos coletivos se mantinham presentes, como armazéns, açougues, campo de futebol e igreja.

Figura 3 - Foto da Vila Operária do Guatá, crianças e adultos nas ruas - aparentemente descalças



Fonte: Arquivo pessoal (Daniel Schu).

Em 1930, outro tipo de vila operária foi construída na cidade de Lauro Muller, localizada à margem da Serra do Rio do Rastro, que abrigava os trabalhadores mineiros vindos de diferentes cidades, as casas possuíam estruturas feitas com ripa de palmito entrelaçadas e revestidas com barro, extraído do próprio local pelos moradores, e cobertas com palha. Tinham poucos cômodos: sala, cozinha, dois quartos e assoalho de chão batido. Essas moradias foram construídas sem nenhum custo para os funcionários da Companhia Nacional Barro Branco (MIRANDA; ANTUNES, 2000).

O médico sanitaria Boa Nova Junior aponta, também, as condições das moradias em que a família operária estava instalada, pois as casas eram insalubres, velhas e foram construídas em um solo contaminado; o esgoto corria por valas a céu aberto, a água era fornecida através de poços artesianos. Formando, assim, um conjunto de fatores que desfavoreciam a tomada de medidas higiênicas pela população.

Casas (ou melhor dizendo “ranchos”) velhíssimas, tôscas, de madeira empenada e podre, com cobertura de cacos de telhas, cheias de buracos

enormes por onde a chuva se escôa aos borbotões, com assoalhos e paredes repletos de largas frestas, por onde o vento sul, no inverno rigoroso, penetra impiedosamente, fustigando não só o próprio mineiro, mal agasalhado, como também sua mulher e seus infelizes filhos, cobertos por farrapos, constituem as habitações dos mineiros. (BOA NOVA JUNIOR, 1953, p. 67).

Segundo Costa (1996), a alimentação nas vilas era demasiadamente precária, o consumo de carne era escasso, e as frutas e verduras eram raras, pois os quintais das casas eram totalmente contaminados por detritos de carvão, impossibilitando o plantio. Os armazéns que ficavam dentro das vilas pertenciam à companhia, e neles eram vendidos alimentos básicos, como arroz, feijão, açúcar, trigo, café, etc. De acordo com Margareth Rago (2014), desde o século XIX os empresários brasileiros desenvolveram medidas protetoras paternalistas, prestando serviços de assistência à população com o objetivo de adequar seus trabalhadores às normas do mundo industrial, construindo uma imagem de benfeitores. Essa ação lhes conferia crédito perante seus empregados, passando despercebida a exploração de seus corpos.

Para comprar no armazém era necessário buscar uma “ordem”, em determinado dia do mês no escritório da empresa. “Ordem” era uma espécie de vale para as compras, que no final de cada mês era descontado do salário dos mineiros. Com a tal “ordem” nas mãos, as mulheres se dirigiram ao local das compras, por ordem de chegada recebiam uma ficha, esta era colocada uma sobre a outra e o funcionário do armazém, então, chamava pelo nome quem tinha chegado primeiro. Toda essa espera proporcionava tempo de voltarem para casa, e fazer em suas atividades domésticas e olharem os filhos. (COSTA, 1996).

As vilas operárias se estruturaram a partir de uma lógica de pequenas cidades, onde as companhias disponibilizavam diversos equipamentos sociais que buscavam garantir a subsistência da família operária. Através de concessões como instalação de armazéns, farmácias, restaurantes e açougues, estas ditas “concessões” se encaixam no que Michelle Perrot (1992, p. 83) evidencia como “paternalismo”, processo no qual há a idealização do pai/patrão, que garante o emprego aos seus “filhos” e a sobrevivência de seus familiares, gerando uma reação de dependência. No intuito de seduzir e fixar a mão de obra, o empregador não poderia apenas reprimir ou punir o operário, pois precisava garantir sua coerção dentro e fora dos locais de trabalho para que os mesmos desenvolvessem admiração pela atividade econômica desenvolvida no local.

Segundo Cristina Ennes da Silva (2007) o processo de desenvolvimento das vilas ligadas ao setor carbonífero do Rio Grande do Sul possuíam similaridades as da região carbonífera de Santa Catarina, onde as empresas de mineração sediam moradias aos seus funcionários através de um pagamento simbólico de aluguel, pois sabiam que dessa forma atrairia maior quantidade de mão de obra a estes locais, e demonstravam inúmeras vantagens de trabalharem com a mineração, entre elas, a possibilidade de ter moradia.

Segundo Rago (2014, p. 55), algumas indústrias construía sua autoimagem paternalista, reforçando sua autoridade, simbolizada na figura do pai, assegurando, assim, a integração do trabalhado ao aparato produtivo. Ao difundir o ideal de benfeitor, transmitia-se a ideia de que o trabalhador e o patrão pertenciam a mesma “comunidade”, lutando por um bem comum; essa imagem de “pai/patrão” cumpre a função de negar a existência do conflito capital/trabalho, produzindo a ideia de uma harmoniosa cooperação entre semelhantes.

Diante deste cenário, Lauro Muller recebe a visita do Deputado Jorge Lacerda, que foi o responsável por fiscalizar a região do ponto de vista industrial e humano. A partir de sua estadia na cidade o deputado redigiu um relatório que foi enviado para o Congresso Nacional e utilizado na Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) sobre as minas de carvão de Santa Catarina, em 1959. A referida CPI foi aberta com o intuito de averiguar as irregularidades do processo extrativo, bem como as condições de trabalho, habitação, alimentação e assistência médico-sanitária dos trabalhadores nas vilas operárias.

Estive em Guatá, e Rio Bonito, localidades do distrito de Lauro Müller, [...] testemunhei naquelas localidades, com viva emoção, o espetáculo constrangedor, das casas dos mineiros, pequenas habitações de madeira enfileiradas, totalmente pretas, pois eram pintadas com piche. Na paisagem nenhum jardim, nenhuma flor. Carvão por tôda parte: no chão, nos rostos, nas ruas, nas paredes, nos pulmões a tuberculose vai ceifando inúmera vidas. E naquele ambiente soturno, a lembrar sombrias necrópoles, crescem e multiplicam-se as famílias dos trabalhadores, sem que nenhuma providência, sequer, venha minorar as aflições dêsse estado de verdadeira penúria. (LACERDA In: Diários do Congresso Nacional, 1959, p. 946).

Em seu relatório, o Deputado Jorge Lacerda, descreve o momento de sua chegada em Lauro Muller, e relata as péssimas condições sanitárias com as quais se deparou: o esgoto corria a céu aberto ao lado das residências onde as crianças, filhas e filhos dos mineiros, brincavam desnudas, expostas a todo tipo de

contaminação. A vila do não possuía água tratada; eram cavados poços na vizinhança e dali retirava-se a água para o consumo. A alimentação também era precária, e as refeições eram compostas por pequenas porções, inexistindo a carne, sendo uma dieta pobre para um trabalhador que exerce demasiada força física.

[...] é seguinte o aspecto das habitações: construída de madeira, sujas, mal conservadas e cheias de frinchas por onde os ventos reinantes rodopiam e pelas quais podemos divisar o interior [...] se no verão tais casas têm condições de habitabilidade, como suportá-las assim esburacadas no rigoroso inverno de Santa Catarina quando muitas vezes é mister aquecimento artificial? Não possuem serviços sanitários, água encanada e esgoto. [...] Só o fato de as casas não possuírem água e esgoto, marca o grau de pauperismo desses operários sujeitos eles e suas famílias, em falta de água potável e esgoto, a desenterias, tifo e verminoses. (DIÁRIOS DO CONGRESSO NACIONAL, 1959, p. 946).

As minas não possuíam refeitório, os operários comiam sentados no chão sem lavar as mãos. Não existia nenhuma equipe de socorro próxima às minas e os funcionários não eram submetidos a exames periódicos de saúde, sendo a mina de Lauro Muller era apelidada de "mina dos cadáveres", pois os trabalhadores já haviam passado da idade limite para o trabalho e todos eram inválidos. Os homens trabalhavam sem qualquer proteção e não possuíam nenhum banheiro ou vestiário nas dependências da carbonífera, ou seja, todo trabalho sanitário estava por fazer (DIÁRIOS DO CONGRESSO NACIONAL, 1959, p. 946).

Diante deste e de outros relatos, o Estado ficou ciente das condições trabalhistas em que os operários das minas de carvão estavam sendo submetidos e instaura uma Comissão de Inquérito Parlamentar, que ficou conhecida como CPI do Carvão. Após apurar todos os fatos o Estado desenvolveu o Plano de Recuperação do Trabalho nas Minas e as metas traçadas foram executadas pela Comissão Executiva do Plano do Carvão Nacional (CEPCAN).

Na década de 60, a CEPCAN encaminha ofícios para o prefeito de Lauro Muller, Sr. Beijamim Bitencourt Barreto (1963-1969), os quais foram encontrados nos arquivos da prefeitura municipal. O conteúdo dos documentos mostrava que a CEPCAN buscava resolver as irregularidades encontradas no município. A partir de tal ato as estruturas de atendimento à população foram sendo implantadas, bem como as obras de saneamento básico na localidade de Guatá (1967) e abastecimento de água potável na vila de Guatá (1971). As principais fundações de assistência à saúde foram implantadas com o auxílio da CNMBB. Antes mesmo da

CPI do carvão já existia o Hospital Henrique Lage (1949) e o Posto de Saúde na localidade de Guatá (1954), mas na década de 60 a CEPCAN encaminhou verbas voltadas para melhorias no atendimento de saúde, onde as estruturas já existentes foram melhoradas e houve a instalação um posto da SAMDU (Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência).

Ao mesmo tempo em que o Estado era pressionado a desenvolver políticas para controlar a saúde pública, a indústria carbonífera também foi obrigada a realizar ações assistenciais. As companhias instalaram nas vilas operárias as farmácias populares com medicação a preço de custo, direcionaram verbas para a construção dos postos de saúde, e contrataram médicos e enfermeiros para trabalhar em postos de emergência. Além disso, fundaram escolas técnicas, como o Serviço Social da Indústria (SESI) e a Sociedade de Assistência aos Trabalhadores (SATC) (BARCHINSKI, 2004).

Sendo assim, as políticas desenvolvidas não foram apenas de responsabilidade do setor público, visto que o setor privado atuou no processo de controle da saúde e da vida da população, conscientes de que se o problema persistisse afetaria gravemente a relação capital/trabalho, pois futuramente não haveria mão de obra para operar nas minas. Corroborando com o pensamento de Foucault (1990), o corpo acaba sendo docilizado e controlado pelos mecanismos de poder que exercem o controle sobre a vida, para se utilizar dela da melhor forma possível, direcionando para os seus interesses. Enfim, as políticas públicas de saúde e as fundações assistencialistas tiveram como objetivo controlar os hábitos e costumes da família mineira, impor a disciplina do trabalho industrial e proporcionar o movimento civilizatório na região.

## **4 O SISTEMA MATERNO-INFANTIL DE SAÚDE EM LAURO MULLER**

Ao estudarmos o sistema de assistência e saúde da mulher e da criança em Lauro Muller, traçamos como objetivo identificar a maneira como as políticas materno-infantis elaboradas pelo governo federal foram implantadas no município, e se tais políticas ocorreram em sintonia com as ações propostas pelas autoridades públicas locais. Sendo que as ações profiláticas apresentadas ao longo deste capítulo seguiram as condutas nacionais paternalistas, a qual valorizava o homem trabalhador e provedor do sustento de sua família, colocando a mulher e a criança em uma posição de instrumento dentro da lógica capitalista que estava se desenvolvendo em todo o país. As políticas desenvolvidas contribuíram para a construção de um sistema de assistência que tinha como característica a distinção dos gêneros, pois o homem era quem recebia benefícios assistenciais como mérito pelo seu trabalho em prol do desenvolvimento da atividade mineradora, enquanto as mulheres eram suas dependentes, e desfrutavam dos benefícios concedidos ao seu marido.

Portanto, este capítulo foi dividido em três partes: na primeira, serão apresentados os problemas sanitários que afetavam as mulheres e as crianças que viviam nas vilas operárias, analisando as formas de vida e as crenças em torno da infância e da maternidade; a segunda parte abará o tema da mortalidade infantil e seu contraste frente ao discurso do progresso que era reafirmado constantemente nesse período, apontando a forma como as mães foram culpabilizadas por tal situação. Ainda, será analisado como os médicos que atuaram na localidade disseminaram um discurso que contribuiu para a construção da cultura assistencial na qual as mães passaram a serem vistas como as únicas responsáveis pela saúde e desenvolvimento das crianças; e no último item, serão relatadas as políticas que tiveram maior relevância para a maternidade e infância desenvolvidas pelos órgãos estatais, e as ações arquitetadas pelas instituições filantrópicas juntamente com os empresários do setor mineral.

### **4.1 MATERNIDADE E INFÂNCIA EM RISCO: UM ESTUDO SOBRE OS PROBLEMAS SANITÁRIOS**

Como visto no capítulo anterior, a forma como as vilas operárias foram construídas, alojando pessoas de diferentes locais, além das condições financeiras

adversas, contribuíram para a formação de um ambiente permeado por problemas de diferentes categorias, os quais iam aumentando à medida que o espaço urbano crescia para acomodar novos trabalhadores.

Frente a isto, sanitaristas e puericultores foram mobilizados para desempenhar um importante papel na Região Carbonífera, realizando estudos sobre a assistência à saúde da população, na qual a questão da infância e da maternidade ocupavam importante espaço. Estes profissionais da saúde receberam autorização do Estado para atuar nestas localidades e passaram a fazer parte deste espaço social, onde analisavam o cotidiano das populações operárias, em especial das crianças e mulheres, suas condições de saúde, vida e habitação, e seus hábitos e costumes, com o objetivo de desenvolver ações normativas para conter os problemas médico-sanitários que acometiam essa parcela da população (ALVES, 2011).

Para Foucault (2008), na virada do século XVII para o XIX houve uma evolução no controle estatal sobre a população, especialmente no quesito saúde e bem-estar, pois o Estado passou a ter como objetivo o prolongamento do tempo de vida dos indivíduos, buscando eliminar qualquer impacto negativo que afetasse o desenvolvimento saudável do ser humano, pois através dessas condições de melhorias na vida da população era possível aumentar a utilidade dos corpos e, conseqüentemente, sua força de trabalho, a qual garantia a manutenção de um Estado rico e poderoso. Porém, tudo isso só foi possível através do avanço da medicina moderna, que ampliou seu conhecimento sobre o corpo biológico e passou a entender a doença como um problema político que implica sobre a organização do Estado. Portanto, estes argumentos apresentados por Foucault levam os autores a analisarem os objetivos do Estado ao encaminharem médicos para a Região Carbonífera, pois este era um local economicamente importante para o desenvolvimento do Brasil, uma vez que era dela que saía grande parte do carvão que alimentava a indústria nacional, ou seja, os objetivos do estado estavam articulados ao capitalismo industrial que estava emergindo no país. “Foi no biológico, no somático, no corporal que, antes de tudo, investiu a sociedade capitalista” (FOUCAULT, 2010, p. 80).

Neste sentido, começam a surgir na Região os especialistas no controle dos corpos, como o médico sanitarista Francisco de Paula Boa Nova Junior, o pioneiro na Região Carbonífera a desenvolver um relatório, descrevendo as



principais enfermidades que afetavam a população infantil, com a finalidade de encaminhar os resultados de sua pesquisa aos órgãos estatais responsáveis, mostrando a dimensão do problema e propondo medidas que poderiam ajudar a reverter esta situação. Em seu relatório, o sanitarista descrevia quais eram as principais moléstias que afetavam as crianças da região:

[sic passim] [...] na maior parte as crianças de 0 a 1 ano de idade, nas doenças gastrointestinais (salmonelose e disenterias amebiana e bacilar, entre as mais freqüentes), doenças do aparelho respiratório (pneumonia e broncopneumonia, bronquite capilar, crupe, coqueluche e gripe), doenças infecto-contagiosas em geral, e, principalmente, subnutrição. (BOA NOVA JUNIOR, 1953, p. 22).

Em vista disso, a maioria das enfermidades que afetavam a saúde das crianças estavam relacionadas às más condições de vida que, atreladas a um ambiente altamente hostil e insalubre, dificultava a adoção de hábitos higiênicos. Boa Nova apontava a “ignorância” entre as principais causas do elevado nível de mortalidade infantil na região, pois as crianças morriam precocemente devido à “ignorância” da mãe. Por viverem em situação de vulnerabilidade, dividindo seus poucos salários para adquirir mantimentos, a subnutrição se tornou algo latente. Portanto, a fome era um dos fatores responsáveis pelo alto índice da mortalidade. Na visão de Boa Nova Junior (1953, p. 22):

[...] em virtude, do descaso de seus próprios pais, da ignorância de suas mães, que sob a infundada alegação de que ‘seu leite era fraco’ desmamavam-nas logo às primeiras semanas de vida, substituindo o preciosíssimo leite materno pelo pirão de farinha de mandioca, feito simplesmente com água.

Segundo Alves (2014, p. 198), conseguir água potável era uma tarefa difícil, pois as vilas estavam cercadas de rejeito de carvão e servidas por pequenos lagos e açudes que estavam contaminados por enxofre. Nas vilas localizadas em Lauro Muller, os rios, uma vez potáveis, ficavam longe das casas, e assim como no restante da região pouco a pouco eram consumidos pela contaminação do carvão. Conforme o autor, a única alternativa encontrada pelos moradores dos bairros operários era perfurar poços artesianos próximos às residências. A água retirada daquele local era utilizada por todos os moradores e, conseqüentemente, pelas próprias crianças. A água disponível por este meio de captação, em sua grande maioria, estava contaminada.

De acordo com Boa Nova Junior (1953, p. 22), a condição da água usada para fazer o pirão ou ingerida in natura era de péssima qualidade e contribuía para o surgimento de infecções gastrointestinais.

[...] esta água empregada na alimentação das criancinhas [...] provinha, quase sempre, de poços e cisternas enlameadas, cheios de sapos, a maioria deles situada nas vizinhanças de tóscas “patentes” de madeira, com fossas rudimentaríssimas, poluídos, portanto por uma abundante flora microbiana, altamente nociva ao delicado organismo das criancinhas sub-nutridas [sic].

As conhecidas “patentes” eram uma espécie de casinha de madeira com um buraco em seu interior, servia para as pessoas fazerem suas necessidades fisiológicas, e o material fecal se acumulava pelo chão abaixo do buraco ou caía em pequenos riachos, que normalmente ficavam localizados aos fundos das residências. Este hábito era muito comum entre a população operária e colocava em risco a captação de água potável, pois contaminava o lençol freático. Em Guatá, assim como em outras vilas da região a utilização de patentes também era comum, conforme podemos observar na imagem abaixo.

Figura 4 - Foto da Vila Operária do Guatá em que aparecem as patentes localizadas próximas às residências



Fonte: Arquivo pessoal de Dieter Dihlmann (apud Rabelo, 2007, p. 70).

Gothe (1989) apontou os problemas hídricos comuns nos locais onde há minas de carvão como causados pelo processo de exploração e beneficiamento deste mineral, o que, segundo o autor (1989, p. 65), são “detectados pela presença de grande quantidade de finos de carvão e minerais associados, aumento da acidez mineral e altos teores de ferro, metais pesados e íons dissolvidos nos cursos d’água adjacente”. Segundo Montibeller Filho (2011), esse tipo de poluição está presente na região há mais de 100 anos, ou seja, desde o início do processo de mineração, e afeta três bacias hidrográficas: a Bacia do Rio Araranguá, Tubarão e Urussanga, sendo uma delas responsável pelo abastecimento do município de Lauro Muller.

Além da água de péssima qualidade, outro fator que chamava a atenção dos médicos sobre os hábitos da população infantil operária era o convívio das crianças com animais de pequeno porte como galinhas, porcos, vacas e cabritas (RABELO, 2007, p. 96). Segundo Martine Segalen (1999), o hábito de criar animais para o consumo doméstico foi uma prática comum entre as famílias que se deslocavam do campo para viver em centros urbanos, pois estas não tinham conhecimento das regras do convívio urbano e levavam consigo elementos da vida do campo. Criando nesses locais uma forma híbrida de vida urbana/rural. No entanto, essa prática comum no campo, porém aplicada ao contexto urbano gerava vários riscos à saúde coletiva das pessoas que viviam nestes locais, pois a criação de animais domésticos requeria espaço e a falta dele provoca a proximidade exacerbada com o convívio humano. E a falta de estrutura para tratar as fezes dos animais gerava sérios riscos à saúde da população. Essa relação entre crianças e animais pode ser observada na foto abaixo selecionada, na qual pode-se observar duas crianças, possivelmente de pés descalços, caminhando e brincando no mesmo ambiente que um porco caminha livremente.

Figura 5 - Vila Operária do Guatá durante a instalação do sistema de abastecimento de água. No canto esquerdo é possível observar crianças circulando descalças junto aos porcos



Fonte: Acervo pessoal Daniel Schu.

As memórias de Teresinha Maria Gonçalves sobre sua infância na vila operária do Guatá mostram como era a vida naquele local miserável e insalubre, onde não só as crianças, mas todos os moradores estavam constantemente expostos a focos de contaminação:

O lixo se acumulava em volta das casas, as pessoas matavam os animais e os dissecavam nos pequenos córregos. Deixavam lá a carcaça e o resto das vísceras para os urubus. O cheiro de enxofre me deixava enjoada. Pés descalços pegando bicho-de-pé, piolho e sarna, lá estávamos nós, as crianças do Guatá, brincando nas lagoas de pirita. Brincávamos nas lagoas alaranjadas, nos montes de rejeitos carvão. (GONÇALVES, 2011, p. 141).

O médico Manif Zacharias, figura importante na região, também demonstrava preocupação frente às doenças que afetavam a saúde da população infantil. Sua atuação se deu em Criciúma, principal cidade da Região Carbonífera Catarinense, entre os anos de 1944 e 1966. No entanto, apesar de seus relatos estarem localizados apenas em um município, os problemas de ordem médico-sanitários apontados por ele, eram comuns a outras vilas operárias da região. Em uma reportagem publicada na Tribuna Criciumense (1957), o médico cita a convivência promíscua entre crianças e animais que, somadas aos fatores ambientais e à ignorância da população, formavam um conjunto que colocava em risco a vida das pobres criancinhas.

[...] A ignorância e a miséria de mãos dadas, gerando a promiscuidade entre crianças e adultos doentes ou animais, o uso cotidiano de água poluída e alimento de baixo valor nutritivo tanto pela qualidade, a falta de roupas e agasalhos adequados a cada época do ano e tantas coisas mais, hoje em dia em nossa terra, privilégio das famílias ricas e da classe remediada. (ZACHARIAS, 1957, p. 7).

Os discursos médicos do século XIX em todo o país relacionavam a degradação do ambiente e falta de preparo das mães em zelar pela saúde dos seus filhos como fatores que, unidos, criavam a atmosfera perfeita para a proliferação de moléstias que afetariam as crianças. Na Região Carbonífera não foi diferente, e impulsionado por esse discurso o médico Boa Nova traçou algumas iniciativas como forma de controlar as moléstias na infância. Uma das suas ações foi educar as mães, mostrando como alimentar seus filhos para que estes se desenvolvessem de forma saudável, conscientizando sobre os benefícios do leite materno, considerado por ele como o alimento mais higiênico, barato e com capacidade de fortalecer o sistema imunológico das crianças nos primeiros anos de vida. Contudo, o médico afirmou que para preservar a infância era necessária a organização assistencial ampla, articulada de forma direta e indireta. Segundo Boa Nova Junior (1953, p. 26), “a resolução desse problema exige ação decisiva, organização, recursos fartos com verbas permanentes sem o que tornar-se-á ficção, utópica”.

A partir da fala de Boa Nova, podemos identificar o seu pedido ao Estado para que intervisse e auxiliasse na implementação de ações, com o objetivo de disciplinar e normatizar os hábitos e costumes da população operária a fim de reduzir os altos índices de mortalidade e proporcionar as condições necessárias para a construção do homem modelo. A discussão da Biopolítica, apresentada por Foucault, nos fornece subsídios para a análise deste momento, quando o olhar do Estado se voltou para a Região Carbonífera. Segundo Foucault (2010), a partir do século XIX, a vida passou a fazer parte das estratégias do poder por parte do Estado, o qual avança sobre a individualidade e mantém os corpos constantemente vigiados, adestrados e eventualmente punidos, instaurando um poder disciplinador que visa acompanhar o corpo do indivíduo desde seu nascimento até sua morte. Para isso, desenvolve uma mecânica que ordena a vida, como por exemplo o desenvolvimento de ações materno-infantis, construções de maternidades, escolas, prisões, asilos, etc. O poder acaba se infiltrando em todos os níveis da sociedade para vigiar os indivíduos em todos os momentos do seu cotidiano. Esta configuração de gestão dos corpos nos mínimos detalhes se dá pela dominação do biológico, denominada por Foucault como biopolítica.

Até 1930, no cenário nacional os serviços prestados à maternidade e infância, em todo o país, eram quase todos administrados e financiados por instituições filantrópicas, que surgiram inspiradas pela iniciativa de médicos como Moncorvo Filho, Fernandes Figueira, Olinto de Oliveira e Martagão Gesteira. Já nas décadas posteriores estes serviços passam a ser institucionalizados por órgãos públicos, onde o Estado sofre pressão por parte do discurso médico e filantrópico como sendo negligente, desinteressado e responsável pela situação de abandono das crianças e suas mães pobres. Diante disso, passou a ser exigido do Estado atenção a essa parcela da população que necessitava urgentemente de medidas assistenciais (ALVES, 2014).

Da mesma forma em que acontecia nos centros urbanos do país, na Região Carbonífera as mulheres foram alvo de um discurso médico que as apontavam como ignorantes, instaurando a ideia de educá-las e controlá-las através de normas higiênicas, com o objetivo de acabar com a mortalidade entre as crianças da região. Os médicos, de maneira mais geral, acreditavam que por meio da educação da puericultura oferecida às mães, atuando juntamente com os serviços assistência estatais, os problemas médico-sanitários seriam sanados em um curto

período de tempo. Nesse momento pode-se observar como o discurso médico passa a ter força e certo grau de poder, uma vez que a medicalização dos corpos vai sendo inserida no dispositivo do biopoder contemporâneo. Segundo Foucault (2006), nesse governo da vida, os médicos, em aliança com as autoridades políticas, articulam os meios de atuação para docilizar e disciplinar os corpos, buscando minimizar doenças e promover a saúde da população, construindo um discurso que coloca a saúde como um ideal de prosperidade na sociedade, em que até os mínimos riscos de adoecer deveriam ser eliminados por meio da prevenção de condutas e comportamentos de risco.

Segundo Rago (2014), o discurso médico do século XIX afirmava que todos os males causadores da degeneração dos pobres deveriam ser sanados pela atuação dos médicos, sanitaristas e higienistas, sendo eles as autoridades responsáveis pela saúde e pela higiene das cidades, assim como pelo crescimento econômico do país e pela formação de uma “raça de trabalhadores” sadios. Os médicos acabaram tendo o poder de gerir a vida nos mínimos detalhes e seus discursos tiveram impacto sobre a vida das mulheres, que acabaram carregando uma grande parcela da culpa sobre as moléstias que acometiam seus filhos.

Na Região Carbonífera percebe-se que o discurso médico ao mesmo tempo em que denunciava a omissão dos poderes públicos e questionava a ganância dos proprietários das minas de carvão, também culpabilizava as famílias operárias por sua “ignorância”, como um fator gerador de doença e morte. Porém, essa preocupação estava articulada na lógica de produção e reprodução do trabalho, pois as moléstias que acometiam as crianças, chegando a levar grande parte delas a óbito, representava a antítese da sociedade que estava sendo desenvolvida dentro de uma lógica capitalista (BARCHINSKI, 2004). Sendo assim, no próximo item serão discutidos os altos índices de mortalidade infantil vivenciados na cidade de Lauro Muller em contraste ao discurso do progresso que atuava como motopropulsor do processo de exploração local.

#### 4.2 A MORTALIDADE INFANTIL EM GUATÁ: CONTRASTE AO DISCURSO DO PROGRESSO

Na cidade de Lauro Muller, assim como na maioria das localidades que faziam parte da Região Carbonífera, até a década de 1960, a mortalidade infantil era um dos problemas sociais que afetava a população de baixa renda, causando certa

preocupação nas autoridades governamentais, empresários e médicos que entendiam esta situação como uma baliza para o desenvolvimento da região. Sendo que este debate já estava presente no restante do país, pois a preocupação com a infância e seus altos índices de mortalidade começou a surgir no ocidente a partir do século XVII, onde a criança passou a ser alvo do olhar disciplinador do governo, que compreendia a valorização da vida para o avanço da economia nacional (RAGO, 2014, p. 182).

Na Região Carbonífera, a mortalidade infantil contrastava com o discurso do progresso proporcionado pelo “ouro negro”. O médico Manif Zacharias foi um dos profissionais que demonstrou sua preocupação frente ao elevado número de óbitos de crianças menores de um ano. O médico culpava a ganância dos empresários e do poder público, que estavam focados em retirar riquezas do subsolo e ignoravam a condição miserável da população. Zacharias afirmava que o índice de mortalidade infantil era capaz de revelar o grau de desenvolvimento de uma nação, e diagnosticou as causas que alimentavam esse ciclo de mortes, como ignorância, péssimas condições de higiene, má alimentação, consumo de água poluída, baixos salários, etc. (ZACHARIAS, 1957).

Tabela 2 - Mortalidade Infantil em Criciúma e no Brasil (1946-1956)

Ano	Mortalidade Infantil em Criciúma (por 1.000 nasc. Vivos)	Mortalidade Infantil no Brasil (por 1.000 nasc. Vivos)
1946	106,7	162,71
1947	101,2	142,90
1948	101,8	145,42
1949	88,5	149,59
1950	65,7	139,64
1951	82,7	151,48
1952	77,7	137,19
1953	89,9	139,99
1954	80,9	124,88
1955	81,7	144,05
1956	88,8	142,59

Fonte: ZACHARIAS, Manif. (1956, 1957), YUNES; RONCHEZEL (1974), POSSAS (1989).

De acordo com o médico Manif Zacharias (1957), as classificações utilizadas na época para demonstrar o grau de intensidade da mortalidade infantil eram: baixa, quando o coeficiente fosse inferior a quarenta; média, entre quarenta e setenta; alta, entre setenta e cem; e muito alta, em níveis superiores a cem. Ou seja, na década de 1940, Criciúma e região vivenciaram o nível mais alto de mortalidade infantil, reduzindo nas décadas de 1950 e 1960, porém ainda se mantendo em um



nível considerado alto. Já na cidade de Lauro Muller não há registros com tamanho detalhamento, porém o relato do Deputado Jorge Lacerda, publicado no Diário do Congresso Nacional em janeiro de 1959 (p. 946), contempla um dado que nos permite ter uma dimensão dos números de mortes vivenciadas na Vila Operário do Guatá no ano de 1948:

É com profunda tristeza que trago ao conhecimento da Câmara dos Deputados uma revelação amarga. Em Guatá, grande produtor de carvão, nasceram, em 1948, exatamente duzentas crianças. E dessas 200 crianças, Srs. Deputados já morreram 170 crianças.

Este dado não permite elaborar um coeficiente de comparação à tabela acima por falta de informações mais precisas como datas e se todas as duzentas crianças se encaixavam na categoria de nascidos vivos, porém, permite observar como foi elevado o número de mortes da população infantil em Guatá. Segundo Dall'Alba (1986, p. 381), a Rádio Moscou noticiou em 1941 que a vila operária de Guatá havia batido o recorde de maior mortalidade infantil do mundo, e foi essa vila operária de Lauro Muller que recebeu maior destaque sobre o referido tema.

Figura 6 - Cemitério Santa Bárbara, Guatá (29/03/2003)



**Fonte:** Grupo de Pesquisa Memória e Cultura do Carvão (apud Rabelo, 2007).

De acordo com Giani Rabelo, por meio das datas apresentadas nos túmulos, houve uma predominância das mortes entre final de 1940 e meados de 1960. A pesquisadora descreveu que havia túmulos com cerca de sete crianças, de famílias diferentes, e que talvez tenham sido condições de extrema pobreza que levou os pais a sepultar seus filhos em um mesmo túmulo, ou tal procedimento tinha relação com o processo de naturalização da morte de crianças recém-nascidas, pois havia crianças sem qualquer identificação (RABELO, 2008, p. 181).

Em uma entrevista concedida pelo Sr. Manoel Neri Medeiros<sup>6</sup> a pesquisadora Giani Rabelo em maio de 2006, relatou que, por dia, morriam duas a três crianças, inclusive o mesmo perdeu vários irmãos recém-nascidos:

Perdi cinco ou seis. Todos pequenos, na base de um ano para baixo, morria tudo, era difícil, quantos morriam até ao nascer, ou duravam quinze dias, vinte dias não sei. Oh Era um absurdo o que eu via na minha época aqui, até antes de eu ter essa idade, mais gurizote aí dos meus dez, doze anos, o sino não dava conta de bater. Ah morreu mais uma criança. Ah! Já veio do hospital, já vinha na caixinha e já era enterrada. (MANOEL NERI MEDEIROS apud RABELO, 2008, p. 182).

Dona Otília Citadin<sup>7</sup>, residente do bairro Guatá, relata que muitas mulheres perderam seus filhos precocemente, e lembra que várias amigas sofreram a mesma perda. Dona Julia Madeira Carola<sup>8</sup> relatou que dos 12 filhos nascidos no Guatá, sete morreram ainda criança. A Ir. Anna Loch<sup>9</sup>, uma freira missionária ligada ao Instituto Coração de Jesus que atuou na vila operária do Guatá, relata que ali estava concentrado o maior foco do problema, pois no Guatá 40% das crianças morriam antes de completar um ano de idade, diferenciando-se do Centro de Lauro Muller, onde a morte infantil não era algo tão frequente. Segundo a Ir. Anna, as mortes não ocorriam por descuido da mãe, mas sim pelo desconhecimento dos cuidados com a criança e por falta das condições básicas da família.

Sobre a mortalidade infantil, Teresinha Maria Gonçalves<sup>10</sup> descreve em seu texto *Memórias do Eldorado do Carvão* como foi sua infância em Guatá, e sua vivência diária com a morte naquela localidade:

---

<sup>6</sup> Mineiro aposentado e morador da Vila Operária de Guata até os dias atuais.

<sup>7</sup> Otília Citadin, entrevista realizada no dia 24/10/2000 por Carlos Roberto Carola e outros.

<sup>8</sup> Júlia Madeira Carola, entrevista realizada no ano de 1996 por Carlos Renato Carola.

<sup>9</sup> Ir. Anna Loch, entrevista concedida a Giani Rabelo, em 16/03/2005, em Braço do Norte/SC.

<sup>10</sup> Teresinha Maria Gonçalves, Professora Doutora da Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC).

[...] Escutava uma ou outra pessoa dizer que as crianças morriam por falta de água potável, de higiene e de comida. Há um comentário na minha cidade, Lauro Muller, mais especificamente Guatá, foi campeã brasileira de mortalidade infantil, em 1947. E quase todas as tardes, uma fileira de adultos e crianças se esgueirava pelos becos e ruelas do Guatá, a procissão conduzindo o anjinho, que Jesus chamou ao céu, seguia para igreja e, depois, para o cemitério. Os lamentos do sino, anunciando a morte e os gritos da jovem mãe desesperada ainda ecoam, de vezes em quando, em minha memória. [...] A vivência quase diária com a morte fez parte do cotidiano de minha infância. [...] E eu vivenciava tudo isto: pobreza, miséria, muita sujeira. (GONÇALVES, 2011, p. 141).

De acordo com Rabelo (2007), assim como acontecia em outras vilas operárias da região, as crianças eram encarregadas de fazer o enterro. Elas carregavam os caixõezinhos até o cemitério para o sepultamento (RABELO, 2007). Os excertos acima destacados mostram que os problemas relacionados à mortalidade infantil afetavam com maior intensidade as crianças que viviam nas vilas operárias, ou seja, a população que residia nestes locais, além de enfrentar a precariedade do modo de vida, tinha que aprender a conviver com a morte. Segundo Gonçalves (1989), como forma de enfrentar a dolorosa realidade, as famílias mineiras acabaram desenvolvendo formas de amenizar a dor causada pela perda de um filho, quando as mães buscavam consolo na possibilidade de engravidarem novamente e que uma nova criança iria devolver a alegria para aquela mãe. O poder da igreja Católica também estava muito presente nas vilas, e a autora afirma que “esta instituição explicava e justificava tudo; Deus leva as criancinhas porque gosta delas, [...] devemos sofrer com paciência porque desta vida não se leva nada a não ser o espírito” (GONÇALVES, 1989).

O sanitarista Boa Nova (1953) dedicou um capítulo de seu relatório para tratar dos altos índices de mortalidade infantil. Apesar de citar somente a cidade de Criciúma, este documento serviu para que as autoridades tivessem um panorama geral da região, pois os problemas de ordem médica e sanitária eram praticamente os mesmos nas cidades circunvizinhas. O médico relata que as crianças não sobreviviam aos primeiros anos de vida, “vitimando na maior parte as crianças de 0 a 1 ano de idade” (BOA NOVA, 1953, p. 22). Entende-se que historicamente as principais determinantes do óbito infantil, em menores de um ano, estão ligadas às condições socioeconômicas, pois a mortalidade infantil se concentra entre a população de baixa renda, a mesma que não tem acesso à assistência de saúde e ao saneamento básico, condições imprescindíveis para um desenvolvimento infantil saudável (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012, p. 9).

Nas análises dos resultados obtidos no estudo sobre as mortes, Dr. Manif Zacharias aponta que nas causas de ordem médica, aquelas de maior incidência estavam: distúrbios nutritivos agudos (dispepsias e intoxicações), constituindo cerca de 17% dos óbitos; as doenças broncopulmonares (pneumonias, broncopneumonias, bronquites capilares, etc.), que representavam 11%; os natimortos somavam 4%; e outras causas atingiam 9%. Outra causa apontada era a falta de assistência médica.

Boa Nova e Zacharias apontaram a ignorância como uma das principais causas do elevado nível de mortalidade infantil. Segundo eles, as crianças morriam precocemente devido à ignorância dos pais. A fome era um dos fatores responsáveis pelo alto índice da mortalidade infantil na região, entretanto, na visão de Boa Nova, a subnutrição das crianças era causada, principalmente, pelo “descaso de seus próprios pais” e pela “ignorância de suas mães, que sob a infundada alegação de que ‘seu leite era fraco’, desmamavam-nas logo nas primeiras semanas de vida, substituindo o leite materno pelo pirão de farinha de mandioca, feito com água contaminada, intoxicando, portanto, o delicado organismo das criancinhas subnutridas. Diante disso, Boa Nova relata:

[...] empreendemos uma árdua tarefa de educar as mães, de orientá-las, de aconselhá-las no sentido de mostrar-lhes o caminho certo que deveriam seguir para bem alimentar os seus filhinhos, para bem criá-los e para preservar-lhes a saúde, e portanto a vida, alimentando-os a horas certas, de seu próprio leite no primeiro ano de vida, alimentação mais higiênica, mais ‘barata’ e que tem a rara propriedade de imunizar a criança, pelo menos nos seis primeiros meses de vida, contra muitas das chamadas doenças comuns à primeira infância. (BOA NOVA, 1953, p. 23).

Esse discurso se tornou comum entre os médicos no século passado, apontando a ignorância das mães, aliada à falta de assistência pública, como elementos capazes de desenvolver um ambiente nocivo para a vida das crianças (RAGO, 2014, p. 195). Assim como no restante do país, na Região Carbonífera, e em Guatá, as mulheres também foram alvo de um discurso pediátrico que as apontavam como preguiçosas, apontando a necessidade de educá-las e controlá-las através de normas higiênicas.

Segundo Alves (2014, p. 204), este discurso de culpabilização das mães foi fruto de uma concepção paternalista, patriarcal e conservadora elaborada pela classe médica com a finalidade de encontrar um culpado para a mortalidade na infância. Mesmo entendendo que a falta de sistemas de proteção social colaborava

com as altas taxas de mortalidade infantil, foi sobre as mulheres que recaiu boa parte das responsabilidades sobre a criação de seus filhos, e passaram a criticar as tradicionais formas de cuidado com as crianças. Os médicos e os puericultores voltaram sua atenção às mães, alegando que estas possuíam o “dom” do cuidado por instinto e natureza, e que poderiam ultrapassar os obstáculos da pobreza e da miséria por amor aos seus filhos.

Alguns anos mais tarde, o médico pediatra David Boianovsky, funcionário da Sociedade de Assistência aos Trabalhadores do Carvão, que atendia Lauro Muller e a Vila de Guatá, preocupado com as condições de saúde das famílias mineiras, também formulou um plano de assistência médico-social para a Região Carbonífera de Santa Catarina. O médico ilustrou o “ciclo da ignorância”, o qual era apresentado em forma de um círculo, que explica a origem do problema por uma simples lógica matemática: Pai Ignorante → Recém-Nascido e Lactante Distrófico → Escolar Depauperado → Púbere Incapaz → Pai Ignorante. Para romper esse ciclo, Boianovsky propôs medidas ligadas à educação da família operária mineira, visto que considerando a educação dos pais, e principalmente a da mãe, era imprescindível. A preocupação central era com a criança, mas para proteger e preservar a sua saúde era necessário educar a mãe.

Nestas populações, quando não são tomadas medidas preventivas, o referido ciclo se faz presente com toda sua intensidade. A criança, nascida de gestante anêmica e contaminada, passa a receber o impacto desta força monumental que é o binômio ignorância-miséria, realizando os processos de crescimento e desenvolvimento em casebres sujos, confinados, promíscuos, com alimentação inadequada, contaminando-se, chegando ao óbito com relativa facilidade no primeiro ano de vida e, livrando-se deste, acaba por apresentar-se distrófica com baixo quociente intelectual e mínimas condições físicas, formando concepções negativas da sociedade e desenvolvendo recalques que, na idade adulta, a par da própria incapacidade intelecto-física para o trabalho, determinam a tomada de atitudes agressivas contra os bem afortunados a quem ela (consciente ou inconscientemente) julga culpados da própria descompensação. E, em parte, com enorme soma de razões. (BOIANOVSKY, 1965).

Nesse sentido, para interromper e reverter o Ciclo da Ignorância era preciso investir em medidas preventivas e corrigir os maus hábitos da família operária. Essa medida se aproxima das discussões elaboradas por Michel Foucault (2008), nas quais aponta que o controle estatal sobre a população, no quesito saúde e bem-estar, se deu através da medicina moderna, que passa a entender a doença como um problema político e médico que pode impactar sobre a organização do

estado. Esta aproximação do saber médico aos aparelhos do Estado passa a tratar o corpo como um objeto imprescindível para o desenvolvimento do capitalismo industrial, pois o corpo é compreendido enquanto força de trabalho. Neste sentido, a atuação da medicina não se restringe mais ao corpo individual, mas ao coletivo, com um aspecto fortemente social motivado pela centralização do poder estatal e pelo desenvolvimento do capitalismo.

Enfim, a mortalidade infantil foi um grande problema na cidade de Lauro Muller, e se contrastava com o ideal de progresso que alimentava a esperança dos mineiros e suas famílias, como uma forma de mudança positiva de vida. Por muito tempo o discurso médico e moral culpabilizava as famílias, e principalmente as mulheres pobres pelo elevado número de mortes entre a população infantil, colocando o dever do Estado na prestação de assistência a população em segundo plano, apontando a pobreza e a ignorância como os principais fatores para justificar os elevados índices. Devido a um discurso patriarcal e conservador, que tinha como principal justificativa o desenvolvimento da nação e construção de um país formado por homens fortes e saudáveis, as mulheres mães tiveram suas vidas controladas pelo poder médico, que recriminou toda e qualquer prática de cuidados não autorizados pela medicina, sendo considerados ato de descaso com o futuro do país. As mulheres moradoras das vilas operárias de Lauro Muller estavam submersas em um ambiente de miséria, e acabaram sendo alvo do discurso moral que tinha como objetivo normatizar um modelo de maternidade, entendendo que qualquer transgressão seria a culpa do atraso, e da depauperação física e moral do país.

#### 4.3 FILANTROPIA E ASSISTÊNCIA: AS AÇÕES PROFILÁTICAS DE COMBATE À MORTALIDADE INFANTIL

A assistência social pública em Lauro Muller, assim como em outras cidades que faziam parte do Complexo Carbonífero Catarinense, ocorreu por iniciativas desenvolvidas por autarquias estatais, as quais possuíam pouca familiaridade com os sistemas assistenciais que atuavam no restante do país. Em Lauro Muller, os poderes públicos eram economicamente frágeis, ressaltando que até 1957 as tomadas de decisões administrativas estavam concentradas na cidade de Orleans, da qual Lauro Muller era distrito. Esta situação de dependência e pouca capacidade de financiamento dificultou o desenvolvimento de um sistema de

proteção materno-infantil eficaz. Diante desta particularidade, a localidade dependeu de ações federais realizadas por organismos ligados ao fomento, à fiscalização e à extração do carvão, que atuavam em toda a Região. Os que tiveram maior destaque no papel assistencial foram: do Departamento Nacional de Produção Mineral (DNPM), ligado ao Ministério da Agricultura, o qual executava as ações sociais e técnicas; e a Comissão Executiva do Plano do Carvão Nacional (CEPCAN), subordinada à Presidência da República, a qual fornecia suporte financeiro para as empresas do complexo carbonífero e financiava programas assistenciais para os trabalhadores e suas famílias.

Os empresários ligados ao setor carbonífero, imbuídos do sentimento de responsabilidade sobre os seus funcionários, e investidos de um sentimento de paternalismo político, que os colocava em posição de zelar pelo bem-estar dos trabalhadores, direcionaram parte das verbas recebidas para a construção de postos de saúde, escolas, hospitais e desenvolveram a Sociedade de Assistência aos Trabalhadores do Carvão (SATC), a qual tinha o objetivo de oferecer serviços como assistência médica e hospitalar, farmácias, dentre outros recursos (CAROLA, 2004).

O Instituto Coração de Jesus, uma congregação religiosa feminina, ficou incumbida de prestar assistência às famílias dos trabalhadores da CNMCCB, em Guatá (RABELO, 2007, p. 173). Assim como em outras partes do país as instituições de caridade e de filantropia se destacaram no auxílio aos necessitados, juntamente com o auxílio de grupos femininos. Neste momento, as mulheres deram seu primeiro passo para ocupar cargos próximos aos espaços políticos e sociais que anteriormente eram ocupados por homens, fornecendo seu trabalho em funções ligadas ao cuidado, como enfermeiras, visitadoras, assistentes sociais, professoras, dentre outras funções. Algumas dessas mulheres pertenciam às classes com maior poder aquisitivo da sociedade e atuavam em associações de caridade, outras eram funcionárias de instituições assistenciais; ou seja, as mulheres quase sempre estiveram presentes no atendimento a outras mulheres (ALVES, 2014, p. 247).

Lauro Muller dependia dos serviços hospitalares concedidos pelo Hospital Santa Otília, fundado em 1938 com o auxílio do empresário Henrique Lage, dono da mineradora CNMCCB. O hospital ficava localizado no centro da cidade de Orleans, a cerca de 25 quilômetros das vilas operárias, uma longa distância a ser percorrida em casos de emergência. Portanto, em 1949 foi fundado no distrito de Lauro Muller o

Hospital Henrique Lage, recebendo apoio, também, da CNMCBB, que cedeu a estrutura física para a instalação.

Porém, foi a chegada do Departamento Nacional de Produção Mineral (DNPM), em 1941, na cidade de Criciúma, que deu início a fiscalização das questões ligadas à saúde da população em toda a Região Carbonífera. O DNPM era um órgão federal com a função de fiscalizar a aplicação do Código de Minas (1934), prestando assessoria às companhias mineradoras nas pesquisas geológicas. No entanto, ao se depararem com a situação sanitária da região e a inexistência de serviço de atendimento à saúde, o DNPM, passou a oferecer serviço médico na cidade de Criciúma (1944) e, sendo comandado pelo Dr. Boa Nova, iniciou seus estudos sobre o quadro nosológico da Região. Na questão materno-infantil, o serviço médico do DNPM concentrou sua atuação na execução de campanhas de vacinação e educação sanitária das mulheres e a fiscalização do trabalho feminino e infantil nas minas de carvão. Seguindo as diretrizes nacionais, um dos primeiros trabalhos realizados pelo DNPM foi a vacinação em massa de toda a população operária e seus familiares contra o tifo, a varíola e o crupe. As campanhas de vacinação foram eficazes no controle de doenças, principalmente as que acometiam as crianças, por ser de fácil divulgação e não exigir uma grande mobilização de recursos financeiros e materiais, conseguindo sua atuação abranger também as cidades dos interiores.

Outro acontecimento relevante no processo das ações sanitárias em Lauro Muller foi a visita do Deputado Jorge Lacerda, em 1948, o qual passou por toda a região com o intuito de investigar as condições de trabalho e de vida dos mineiros e suas famílias. O resultado de suas visitas foi enviado em forma de relatório aos órgãos federais e assim, em 1959, acabou sendo instaurada uma Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI do Carvão), a fim de propor mudanças e maior fiscalização sobre as operações envolvendo a extração do minério.

[sic passim] Testemunhei naquelas localidades, com viva emoção, o espetáculo constrangedor, das casas dos mineiros, pequenas habitações de madeira enfileiradas, totalmente pretas, pois eram pintadas com piche. Na paisagem nenhum jardim, nenhuma flor. Carvão por toda parte: no chão, nos rostos, nas ruas, nas paredes, [...] E naquele ambiente soturno, a lembrar sombrias necrópoles, crescem e multiplicam-se as famílias dos trabalhadores, sem que nenhuma providência, sequer, venha minorar as aflições desse estado de verdadeira penúria. (Lacerda, In: Diários do Congresso Nacional, 1959, p. 946).



Por meio dessa e de outras atuações fiscalizatórias na região, ocorreu entre 1947 e 1949 uma série de conferências entre governo, estados, patrões e empregados, no Rio de Janeiro, intituladas de *A Batalha do Carvão*, que resultou no Decreto nº 1.886, de 11 de junho de 1953, sancionado pelo presidente Getúlio Vargas, que aprova o Plano do Carvão Nacional, investindo uma altíssima verba para desenvolvimento do Complexo Carbonífero Nacional, então formado pelos estados de Santa Catarina, Rio Grande do Sul e Paraná. Porém, o estado de Santa Catarina possuía o carvão de melhor qualidade, e isso fez com que recebesse os maiores investimentos. Para administrar este dinheiro, orientar e fiscalizar sua aplicação entre os estados mineradores, o mesmo decreto criou a Comissão Executiva do Plano do Carvão Nacional – CEPCAN, órgão diretamente subordinado à Presidência da República, com previsão inicial para atuar por quatro anos, porém não conseguiu alcançar seus objetivos, sendo prorrogada sua atuação durante a gestão do presidente Juscelino Kubitschek, em 1957.

Os planos da CEPCAN voltados para a assistência eram ambiciosos. A promulgação do Decreto nº 36.745, de janeiro de 1955, definia que no plano social as ações da CEPCAN se estenderiam por vários aspectos da vida do operariado, contemplando as necessidades básicas de saúde, habitação e educação, além do financiamento e ação conjunta com instituições privadas e filantrópicas. Desta forma, os atributos da CEPCAN deveriam dar conta destes cinco pontos:

Art. 25 Ao Serviço de Assistência Social compete:

I - realizar os serviços de assistência social que forem estabelecidos pela CEPCAN;

II - estudar a situação da assistência social dos trabalhadores da indústria carbonífera dos Estados de Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul;

III - propor medidas capazes de melhorar a assistência social, no que diz respeito aos problemas de moradia, abastecimento, instrução profissional, educação dos filhos, dos trabalhadores, curso de alfabetização para adultos, postos de puericultura, recreação, assistência médica, hospitalar, dentária e farmacêutica;

IV - estudar, nos pedidos de financiamento, os planos de assistência social aos trabalhadores da empresa;

V - entrar em entendimento com as instituições de previdência social e órgãos de assistência social, no sentido de conseguir melhores condições de vida para os trabalhadores da indústria do carvão;

VI - opinar nos projetos de construção de obras destinadas à assistência social, realizadas pela CEPCAN, visando proporcionar condições de vida condignas ao trabalhador da indústria do carvão;

VII - fiscalizar os serviços assistência social realizados mediante financiamento concedido pela CEPCAN. (BRASIL, 1955).

Em 1959 outras atribuições são designadas à CEPCAN, dentre elas: a) serviços de medicina preventiva, b) remodelação das vilas operárias, que deveriam oferecer aos seus moradores água, energia elétrica e redes de esgoto, c) fornecimento de alimentação adequada aos mineiros, d) organização de escolas profissionalizantes, e) adequação do trabalho para os funcionários fisicamente incapazes, fazendo-se encontrar outra função compatível com sua capacidade, f) elaboração de comissões de higiene e segurança industrial e g) autorização do poder executivo a construir fundações ou outras providências para prestação de serviços de assistência à maternidade, à infância e à velhice (BRASIL, 1959).

Segundo Alves (2014), as ações assistenciais propostas pela CEPCAN tinham uma tendência paternalista, pois buscavam desenvolver melhores condições de vida para o homem operário e sua família, colocando mulheres e crianças como beneficiadas indiretamente, pois só tinham acesso aos benefícios se estivessem atreladas a um homem empregado nos trabalhos da mineração. Sendo assim, pode-se afirmar que os benefícios e os planos de assistência delineados pela CEPCAN entendiam as mulheres como dependentes dos homens, ou seja, para obter acesso às políticas de bem-estar, as mulheres deveriam estar inseridas em um contexto familiar enquadrado dentro da normatização proposta pelos discursos da época.

Como resultado dessas ações, Lauro Muller recebeu diversos ofícios emitidos pela CEPCAN, os quais estão arquivados na prefeitura da cidade, estando tais documentos ligados a assistência social, os quais versavam sobre a solicitação de informações sobre o funcionamento do Hospital Henrique Lage (1965); sobre a visita do engenheiro Jadir Botelho (1965), responsável por estudar os problemas relacionados ao abastecimento de água e saneamento básico; sobre o levantamento de informações para a instalação de um posto de Assistência Médica de Urgência (SAMDU) (1965); e, além disso, a CEPCAN, de maneira mais efetiva, destinou cerca de 1 milhão de cruzeiros em verbas para a melhoria do Hospital Henrique Lage em 1965, e em 1967 formalizou um contrato para o início das obras de saneamento básico no Guatá. Estas últimas ações possuem uma ligação direta no combate à mortalidade infantil, pois como visto anteriormente, o elevado índice de óbito entre as crianças estava ligado à problemas de ordem sanitária.

Paralelamente a essas ações, os donos das minas de carvão da Região Carbonífera criaram em 1959 a Sociedade de Assistência aos Trabalhadores do Carvão (SATC), que tinha dois objetivos principais: criar uma escola técnica para a

formação profissional dos filhos das famílias mineiras e prestar assistência médico-social. Dentre os serviços sociais desenvolvidos até 1965, destaca-se o de puericultura, que orientava a família mineira sobre a prática da boa alimentação, a necessidade da vacinação infantil, a importância de uma boa educação, e o cuidado com crianças segundo as regras básicas de higiene. Em seus discursos era reforçada a ideia de que o filho que fosse cuidado dentro das normas pediátricas seria sadio e se tornaria um “adulto capaz”. Aqueles que transgredissem as indicações médicas seriam, futuramente, sujeitos “depauperados e ignorantes” (CAROLA, 2004).

A SATC também tinha a finalidade de oferecer serviços farmacêutico, dentário, educacional-técnico, habitacional, alimentar, recreativo, dentre outros, aos empregados da indústria extrativa do carvão, sempre priorizando o atendimento à infância e à gestante (SATC, 1959). De acordo com o ofício encontrado no arquivo da Prefeitura de Lauro Muller, em 1965 houve a instalação de uma escola industrial da SATC no município, e anexo a este documento está um comunicado da CNCMBB em que concede aos jovens, filhos de pais mineiros já falecidos, a matrícula gratuita no ensino técnico oferecido pela instituição.

Alves (2014) aponta que as medidas de proteção social postas em prática pela SATC desenvolveram um novo modelo assistencial na Região Carbonífera de Santa Catarina, pois anteriormente os mineiros e suas famílias dependiam exclusivamente dos serviços de saúde, educacionais e assistenciais prestados de forma ineficaz pelas iniciativas públicas, porém, com sua implantação, várias necessidades da população de Lauro Muller foram supridas. A SATC também desempenhou um papel na construção da reputação dos empresários do carvão, pois através dos benefícios concedidos eles construíam uma imagem paternalista comprometida com o bem-estar da população. Segundo Rago (2014), o empresariado brasileiro desenvolveu medidas protetoras paternalistas que visavam prestar serviços de assistência e inserir seus operários às normas do mundo industrial, construindo sua imagem de benfeitor para estabelecer um elo imaginário de ligação familiar entre funcionário e patrão.

A SATC teve um amplo espectro de atuação no que se referia à assistência social graças a um convênio feito com a Congregação das Pequenas Irmãs da Divina Providência, que já atuava na cidade de Criciúma, e a partir deste contrato passaram a articular ações juntamente a SATC. No entanto, Lauro Muller

contou, também, com a atuação do Instituto Coração de Jesus (1953), sob o pedido do Monsenhor Bernardo Peters, para atuar junto às famílias dos mineiros da CNCBB, onde permaneceram até o ano de 1973. O trabalho realizado por estas missionárias também estava vinculado a SATC e tinha como objetivo o ensino da puericultura (RABELO, 2007, p. 173–174).

Figura 7 - Irmã Zélia oferecendo o curso de corte e costura em uma residência das vilas operárias na cidade de Lauro Muller (década de 50)



Fonte: Álbum de fotografias do Instituto Sagrado Coração de Jesus (apud Rabelo, 2007, p. 173).

Segundo Rabelo (2007, p. 175), nos primeiros anos de trabalho as irmãs moravam no salão paroquial que ficava atrás da rádio Cruz de Malta, no centro de Lauro Muller. Anos depois conseguiram, por meio de uma doação da CEPCAN, um terreno afastado do centro, que mais tarde foi trocado por uma casa de dois pisos no centro da cidade, sendo o piso inferior uma garagem para o Jeep, que era o veículo utilizado para levar as irmãs até as vilas operárias, o qual também conseguiram por meio de doação. Na casa existiam três salas de aula, onde funcionavam os cursos

organizados pela congregação, em convênio com o SESI<sup>11</sup>. O trabalho da congregação em Lauro Muller contou com aproximadamente doze irmãs. Durante a semana as religiosas se deslocavam até as comunidades para ministrar aulas de bordado, artesanato e corte e costura, orientavam as famílias quanto à higiene e saúde e, além de coordenarem o coral misto de meninos e meninas, organizavam também atividades recreativas com as crianças. Dentre os cursos oferecidos estava o de culinária, direcionado principalmente para as mulheres casadas, onde as irmãs repassavam ensinamentos dos benefícios de uma boa nutrição.

Figura 8 - Religiosa orientando as esposas dos mineiros sobre nutrição (década de 1960)



Fonte: Álbum de fotografias do Instituto Sagrado Coração de Jesus (apud Rabelo, 2007, p. 175).

Quando as irmãs chegaram ao centro de Lauro Muller já existia um jardim de infância criado pela CNMCBB, a primeira professora foi Dona Maria de Lourdes Araújo Tancredo, que começou a trabalhar no estabelecimento em março de 1947, porém em 1953 o Jardim passou a ser responsabilidade do SESI, e junto a Dona Maria de Lourdes a Ir. Celina e a Ir. Ivone passaram a atuar como professoras. Com

<sup>11</sup> O Serviço Social da Indústria (SESI) foi criado pelo Decreto-Lei nº 9.043, de 25 de junho de 1946, com o objetivo de estudar, planejar e executar, direta ou indiretamente, medidas contributivas para o bem-estar social dos trabalhadores na indústria e atividades similares. Sendo uma rede de instituições paraestatais brasileiras e de atuação em âmbito nacional.

o passar do tempo outros jardins de infância foram sendo construídos nas vilas operárias do Itanema, Barro Branco e Guatá, este último construído em um terreno doado pela CEPCAN, o qual se encontra em pleno funcionamento até os dias atuais. Antes da construção desse prédio as crianças eram atendidas em uma casa de madeira dentro da vila (RABELO, 2007, p. 179-180).

Já em 22 de junho de 1968, ouve a fundação do estatuto do Jardim de Infância João XVIII<sup>12</sup>, elaborado pelas freiras do Sagrado Coração de Jesus. O estatuto em questão está arquivado na prefeitura de Lauro Muller, e descreve que o Jardim João XVII foi instalado em abril de 1965 com a associação de diversas pessoas físicas e jurídicas, e aponta as finalidades desta instituição:

Art. 2º O Jardim de Infância tem por finalidade inculcar nas crianças de idade entre três e sete (3 e 7) anos uma cultura geral, visando o seu completo desenvolvimento, ou seja, nos setores social, cultural, moral, cívico, religioso e recreativo, bem como preparar e educar, visando seu ingresso na escola primária. (ATA, 22 de junho de 1968).

Este trecho mostra alguns dos objetivos das congregações religiosas no desenvolvimento das suas bases de ensino, visto que seu trabalho teve uma característica marcante na cidade de Lauro Muller, seguindo os modelos existentes nas grandes zonas industriais do país, onde houve o envolvimento da Igreja Católica Apostólica Romana juntamente ao empresariado, em busca de um interesse em comum, que era a aproximação com a classe trabalhadora e a garantia de construção de homens saudáveis para alavancar economicamente a nação. Enquanto a Igreja buscava defender a fé católica, os patrões estavam interessados em adequar os trabalhadores urbanos por meio da assistência social e para isso utilizaram um tipo mão de obra barata, especializada e de fácil inserção no meio popular, as Congregações Religiosas Católicas. Dito de outra maneira, a Igreja possuía um corpo de profissionais especializados no atendimento às populações pobres, enquanto os empresários possuíam um grande número de trabalhadores para serem atendidos (ALVES, 2014, p. 248).

O trabalho da congregação religiosa Coração de Jesus em Lauro Muller pode ser analisado através das discussões propostas por Foucault (1979), naquilo que ele denominou como domínio pastoral e a arte de governar do Estado Moreno,

---

<sup>12</sup> Ata de fundação do Jardim de Infância João XVIII, encontrada no arquivo da Prefeitura de Lauro Muller.

onde exerceram seu poder sobre um rebanho, onde buscavam reunir, guiar e conduzir este rebanho (famílias), sempre vigiando, cuidando e dando atenção a cada um de seus membros, ou seja, operário, esposa e filhos.

Para Foucault (1979, p. 290), “gerir a população significa geri-la em profundidade, minuciosamente, no detalhe”, mas para que isso ocorra e seja aceitável para a população é preciso haver tecnologias institucionais e as tecnologias do eu, ou seja, o governo de si. Portanto, para se produzir operários ordeiros e esposas dedicadas ao lar, habitações higiênicas e crianças saudáveis, é necessária a articulação de estratégias que vão se aproximar, adentrar e gerir os espaços mais íntimos da vida do indivíduo, para romper com os hábitos e costumes que põem em risco a ordem social almejada pelo Estado.

Enfim, em Lauro Muller, e assim como em toda a região do complexo carbonífero, pode-se afirmar que o biopoder se instaurou através de uma ampla rede composta pelo Estado e várias instituições, dentre as quais o DNPN, CEPCAN, SESI, SATC, os políticos como Henrique Lage, que disponibilizava recursos para a implementação de estruturas assistenciais, e a Igreja Católica, através das Congregações Religiosas. Todos esses órgãos trabalham articulando suas ações, atuando como agentes do Estado no processo de controle sobre a vida e os corpos da população operária. Suas ações impactaram sobre a vida e, principalmente, sobre a saúde dos indivíduos, que a partir das medidas impostas passaram a ter acesso a subsídios que garantiram o controle das doenças, minimizando as mazelas provenientes da má organização urbana anteriormente provocada pela atividade mineradora que havia ali se instalado.

## 5 CONCLUSÃO

Ao longo desta pesquisa buscou-se identificar quais eram e como foram desenvolvidas as ações assistenciais de proteção a mulher e a criança no município de Lauro Muller (1930-1960). Ao reunirmos e analisarmos uma série de documentos pode-se perceber que um dos maiores problemas que afetava a cidade foram os altos índices de mortalidade infantil, tal fato fez com que empresários e administradores públicos delineassem uma estrutura capaz de fornecer o entendimento materno-infantil. Essa ação, sobre a vida da população mineira, permitiu compreender que os graves problemas sociais encontrados no município estavam relacionados a inexistência de condições dignas de trabalho e moradia. Pois, a construção de Lauro Muller se deu por um aglomerado de vilas operárias, as quais foram sendo construídas sem qualquer planejamento. No entanto, cabe destacar que, tais espaços de moradia foram articulados dentro da lógica de governo dos corpos, gerando a dependência dos operários as poucas estruturas fornecidas pela indústria que ali estava instalada, acarretando em uma espécie de privatização do corpo social, fazendo com que seus moradores operassem de acordo com as necessidades do setor carbonífero.

A ascensão do capitalismo industrial no Brasil, no século XX, fez com que houvesse a evolução do controle estatal principalmente nos quesitos de saúde e bem-estar, pois o prolongamento do tempo de vida e o desenvolvimento saudável do trabalhador passou a ser uma das metas almejadas pelo Estado. Portanto, se iniciou uma série de ações que buscavam eliminar qualquer impacto que afetasse negativamente a saúde da população, principalmente da infância, pois o aumento da melhoria de vida consequentemente aumentaria a utilidade dos seus corpos para servir ao setor industrial que estava se fortalecendo no país. Esta lógica de governo dos corpos esteve presente no processo de desenvolvimento das bases assistenciais de Lauro Muller, onde a vida da população operária, e novamente da população infantil, se tornou alvo de um discurso que impunha novas normas de comportamento buscando a reorganização do espaço, em detrimento do desenvolvimento das novas ordens econômicas.

Para que essa nova ordem de vida fosse efetivamente instaurada na localidade, o Estado contou com os avanços da medicina social e seu conhecimento sobre o corpo biológico, pois a doença passou a ser entendida como um problema



de ordem política que implicava a organização de uma nação forte. Neste sentido, o discurso médico foi ganhando espaço, e alinhando seus argumentos às normas e condutas nacionais paternalistas, a qual valorizava o homem trabalhador e provedor do sustento de sua família. Assim como em outros centros urbanos-industriais do país, as vilas operárias de Lauro Muller foram alvos dessa estratégia do poder por parte do Estado, o qual avançou sobre a individualidade dos trabalhadores, mantendo seus corpos vigiados, adestrados e eventualmente punidos, instalando um poder disciplinador, que tinha como objetivo acompanhar o indivíduo desde seu nascimento até sua morte, através dos mecanismos de assistência que foram desenvolvidos paulatinamente e se infiltrando em diversos níveis da sociedade como: escolas, polícia, assistência social e médica, etc.

Os discursos médicos analisados durante a pesquisa, sobre os problemas encontrados nas vilas operárias, ora denunciavam a omissão dos poderes públicos e dos empresários do carvão, ora culpabilizava as famílias por sua ignorância, apontado como um fator gerador de doença e morte sobre a população infantil. No entanto, foi sobre as famílias mineiras, principalmente sobre as mães, que recaiu grande parte da culpa sobre males que solaparam o município, tornando-as os principais alvos do discurso médico. Dentro do núcleo familiar as mulheres foram as mais atingidas pelo discurso moral, com o objetivo de normatizar um modelo de maternidade, e qualquer transgressão cometida seria entendida como um descaso ao desenvolvimento nacional. Neste sentido, diversas ações foram pensadas para regular os corpos materno e infantis, garantindo o pleno desenvolvimento de suas funções corpóreas em favor de da indústria carbonífera.

Portanto, o progresso da indústria carbonífera refletiu no corpo e na vida das mulheres e crianças, pois o discurso médico e moral provocou uma nova divisão sexual do trabalho, na qual as mulheres foram postas em funções de cuidado, transformando seus corpos em uma máquina produtora de novos trabalhadores e as excluindo dos direitos de remuneração salarial, fazendo com que se tornassem subordinadas ao marido. O homem era quem recebia a assistência por mérito do seu trabalho, enquanto as mulheres eram suas dependentes e desfrutavam dos serviços oferecidos ao seu parceiro.

Enfim, as ações públicas assistenciais foram desenvolvidas com o objetivo controlar os corpos e os hábitos da família mineira, impor a disciplina do trabalho industrial, eliminar os males que colocavam em risco o desenvolvimento

econômico da região e do país além de proporcionar o movimento civilizatório na localidade. Os agentes responsáveis pela aplicação das ações assistencialistas em Lauro Muller foram: os setores públicos, privados, os empresários do carvão e a Igreja Católica. As iniciativas tomadas tiveram um reflexo rápido e positivo, comparado ao restante do país, em relação a questões de saúde pública e o controle do índice de mortalidade infantil, porém sua atuação ocorreu dentro dos núcleos familiares e rompeu questões culturais e hábitos, esquadrihando o corpo e o espaço, podendo caracterizar tal ato como um processo de dominação cultural de classe.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Hermínia de Tavares. Prefácio. In: HOCHMAN, Gilberto; ARRETCHE, Marta; MARQUES, Eduardo. **Políticas públicas no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2007.

ALVES, Ismael Gonçalves. **Faces da assistência social do setor carbonífero catarinense: Criciúma (1930-1960)**. 161 p. Dissertação (Mestrado em História) – Centro de Ciências da Educação, Universidade do Estado de Santa Catarina. Santa Catarina, 2009. Disponível em: <[http://www.faed.udesc.br/arquivos/id\\_submenu/478/ismael\\_goncalves\\_alves.pdf](http://www.faed.udesc.br/arquivos/id_submenu/478/ismael_goncalves_alves.pdf)>. Acesso em: 04 abr. 2021.

\_\_\_\_\_. **(Re)construindo a maternidade: as políticas públicas materno-infantis brasileiras e suas implicações na Região Carbonífera Catarinense (1920-1960)**. 294 p. Tese (Doutorado em História) – Área de História, Cultura e Sociedade, Setor de Ciências Humanas, Letras e Artes, Universidade Federal do Paraná. Curitiba, 2014. Disponível em: <<https://acervodigital.ufpr.br/bitstream/handle/1884/35264/R%20-%20T%20-%20ISMAEL%20GONCALVES%20ALVES.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em: 04 abr. 2021.

\_\_\_\_\_. **Da caridade ao welfare state: um breve ensaio sobre os aspectos históricos dos sistemas de proteção social ocidentais**. *Ciência e Cultura*, v. 67, n. 1, p. 52-55, 2015. Disponível em: <<http://cienciaecultura.bvs.br/pdf/cic/v67n1/v67n1a17.pdf>>. Acesso em: 15 fev. 2021.

AZEVEDO, Carlos Moreira (Org.). **Dicionário de história religiosa de Portugal**. vol. 4. Lisboa: Círculo de Leitores, 2001.

BARCHINSKI, Bruna Spillere. A mortalidade infantil na capital nacional do carvão: memória, representações e ações profiláticas, 1940-1960. In: GOULART FILHO, Alcides (Org.). **Memória e cultura do carvão em Santa Catarina**. Florianópolis: Cidade Futura, 2004.

BEHRING, Elaine Rossetti; BOSCHETI, Ivanete. **Política social: fundamentos e história**. 6. ed. São Paulo: Cortez, 2009. 213 p.

BERNARDO, Roseli Terezinha. O tempo e os espaços de entretenimento das vilas operárias mineiras. In: GOULART FILHO, Alcides (Org.). **Memória e cultura do carvão em Santa Catarina**. Florianópolis: Cidade Futura, 2004.

BOA NOVA JUNIOR, Francisco de Paula. **Problemas médico-sanitários da indústria carvoeira**. Ministério da Agricultura: DNPM, 1953.

BOIANOVSKY, David. **A SATC e a Assistência Social na Zona Carbonífera de Santa Catarina**. II Simpósio Nacional do Carvão. Florianópolis: 1965.

BOIANOVSKY, David Luiz. **Serviço de Puericultura**. Criciúma: SATC, 1965.

**BRASIL. Decreto nº 598, de 14 de setembro de 1850.** Concede ao Ministerio do Imperio hum credito extraordinario de duzentos contos para se exclusivamente despendido no começo de trabalhos, que tendão a melhorar o estado sanitario da Capital e de outras Povoações do Império. Disponível em: <<https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1824-1899/decreto-598-14-setembro-1850-559839-publicacaooriginal-82251-pl.html#:~:text=Concede%20ao%20Ministerio%20do%20Imperio,de%20outras%20Povoa%C3%A7%C3%B5es%20do%20Imp%C3%A9rio.>>. Acesso em: 20 fev. 2020.

**BRASIL. Decreto nº 1.313, de 17 de janeiro de 1891.** Estabelece providencias para regularizar o trabalho dos menores empregados nas fabricas da Capital Federal. Disponível em: <<https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1824-1899/decreto-1313-17-janeiro-1891-498588-publicacaooriginal-1-pe.html>>. Acesso em: 20 fev. 2020.

**BRASIL. Decreto nº 16.300, de 31 de dezembro de 1923.** Aprova o regulamento do Departamento Nacional de Saúde Pública. Disponível em: <<https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1920-1929/decreto-16300-31-dezembro-1923-503177-publicacaooriginal-1-pe.html#:~:text=Approva%20o%20regulamento%20do%20Departamento%20Nacional%20de%20Saude%20Publica.&text=4.632%2C%20de%206%20de%20janeiro,da%20Justi%C3%A7a%20e%20Negocios%20Interiores.>>. Acesso em: 20 fev. 2020.

**BRASIL. Decreto nº 24.278, de 22 de maio de 1934.** Extingue a Inspetoria de Higiene Infantil da Saúde Pública; cria a Diretoria de Proteção à Maternidade e à Infância e dá outras providências. Disponível em: <<https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1930-1939/decreto-24278-22-maio-1934-507775-publicacaooriginal-1-pe.html#:~:text=Extingue%20a%20Inspetoria%20de%20Higiene,das%20atribui%C3%A7%C3%B5es%20contidas%20no%20art.>>. Acesso em: 15 mar. 2020.

**BRASIL. Decreto-Lei nº 2.024, de 17 de fevereiro de 1940.** Fixa as bases da organização da proteção à maternidade, à infância e à adolescência em todo o País. Disponível em: <<https://www2.camara.leg.br/legin/fed/declei/1940-1949/decreto-lei-2024-17-fevereiro-1940-411934-publicacaooriginal-1-pe.html>>. Acesso em: 20 fev. 2020.

**BRASIL. Decreto-Lei nº 2.667, de 3 de outubro de 1940.** Dispõe sobre o melhor aproveitamento do carvão nacional. Disponível em: <<https://www2.camara.leg.br/legin/fed/declei/1940-1949/decreto-lei-2667-3-outubro-1940-412620-publicacaooriginal-1-pe.html>>. Acesso em: 18 mar. 2021.

**BRASIL. Lei nº 1.886, de 11 de junho de 1953.** Aprova o Plano do Carvão Nacional e dispõe sobre sua execução. Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos, 1953. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/1950-1969/L1886.htm#:~:text=LEI%20No%201.886%2C%20DE%2011%20DE%20JUNHO%20DE%201953.&text=Aprova%20o%20Plano%20do%20Carv%C3%A3o,Art.](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/1950-1969/L1886.htm#:~:text=LEI%20No%201.886%2C%20DE%2011%20DE%20JUNHO%20DE%201953.&text=Aprova%20o%20Plano%20do%20Carv%C3%A3o,Art.)>. Acesso em: 18 mar. 2021.

BRASIL. **Decreto nº 36.745, de 03 de janeiro de 1955.** Aprova o Regimento da Comissão Executiva do Plano do Carvão Nacional. Disponível em: <<http://legis.senado.leg.br/norma/459328/publicacao/15802840>>. Acesso em: 18 mar. 2021.

BRASIL. **CPI do Carvão.** Diários do Congresso Nacional, 31 de janeiro de 1959. p. 946-954.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. **Saúde Brasil 2012: uma análise da situação de saúde e dos 40 anos do Programa Nacional de Imunizações.** Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude\\_brasil\\_2012\\_analise\\_situacao\\_saude.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2012_analise_situacao_saude.pdf)>. Acesso em: 25 mar. 2021.

CAROLA, Carlos Renato. **Dos Subterrâneos da História: as trabalhadoras das minas de carvão de Santa Catarina (1937-1964).** 231 p. Dissertação (Mestrado em História do Brasil) – Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 1997. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/77129>>. Acesso em: 26 fev. 2021.

\_\_\_\_\_. **Assistência médica, saúde pública e o processo modernizador da região carbonífera de Santa Catarina (1930-1964).** Tese (Doutorado em História Econômica) – Universidade de São Paulo, 2004.

\_\_\_\_\_. (Org.). Progresso, tecnologia e insensibilidade socioambiental: a extração do carvão na primeira metade de século XX (1880-1950). In: **Memória e cultura do carvão em Santa Catarina: impactos sociais e ambientais.** Santa Cruz do Sul: EDINISC, 2011.

CEPCAN. **Assistência Social na Indústria Carvoeira.** 1956.

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

CORREIA, Maria Valéria Costa. **Que Controle Social? Os conselhos de saúde como instrumento.** Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2000.

COSTA, Jurandir Freire. **Ordem médica e norma familiar.** Rio de Janeiro: Edições Graal, 1989.

COSTA, Renato da Gama-Rosa. Arquitetura e Saúde no Rio de Janeiro. In: PORTO, Â.; SANGIARD, G.; FONSECA, M.R.F.; COSTA, R.G.R. (Orgs.). **História da saúde no Rio de Janeiro: instituições e patrimônio arquitetônico (1808-1958).** Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008.

DALL'ALBA, Pe. João Leonir. **Colonos e mineiros no grande Orleans.** Florianópolis, 1986.

DAMAZIO, Ademir. **O Desenvolvimento de Conceitos Matemáticos no Processo**

**Extrativo do Carvão.** 197 p. Tese (Doutorado em Educação) – Centro de Ciências da Educação, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2000.  
Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/xmlui/handle/123456789/79038>>. Acesso em: 20 dez. 2020.

DECCA, Maria Auxiliadora Guzzo. **Cotidiano de Trabalhadores na República.** São Paulo: Brasiliense, 1990.

DEL PRIORE, Mary; MARCÍLIO, Maria Luiza. **Ao sul do corpo: condição feminina, maternidades e mentalidades no Brasil colônia.** Universidade de São Paulo, São Paulo, 1990.

DNCr. Ministério da Saúde. **Campanha Nacional da Criança 1953-1955.** Rio de Janeiro, 1953.

DONZELOT, Jacques. **A Polícia das famílias.** Rio de Janeiro: Graal, 1986.

DRAIBE, Sonia. Estado de bem-estar, desenvolvimento econômico e cidadania: algumas lições da literatura contemporânea. In: HOCHMAN, Gilberto (Org.). **Políticas públicas no Brasil.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

DUPAS, Gilberto. **O mito do progresso.** 2. ed. São Paulo: UNESP, 2014.

ENGELS, Friedrich. A formação do Estado entre os germanos. In: \_\_\_\_\_. **A origem da família, da propriedade privada e do estado.** Rio de Janeiro: Best Bolso, 2014.

FALEIROS, Vicente de Paula. **O que é política social.** 5. ed. São Paulo: Brasiliense, 1991.

FIORI, José Luís. **Estado de bem-estar social: padrões e crises.** In: Physis: Revista de Saúde Coletiva. v. 7, n. 2, p. 129-147. Rio de Janeiro: UERJ, 1997.

FONSECA, Maria Rachel Fróes. A saúde pública no Rio de Janeiro Imperial. In: PORTO, Â.; SANGLARD, G.; FONSECA, M.R.F.; COSTA, R.G.R. (Orgs.). **História da saúde no Rio de Janeiro: instituições e patrimônio arquitetônico (1808-1958).** Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008.

FOUCAULT, Michel; DELEUZE, Gilles. Os intelectuais e o poder. Conversa entre Michel Foucault e Gilles Deleuze. In: FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder,** Rio de Janeiro. Edições Graal, 1979.

FOUCAULT, Michel. **A ordem do discurso: aula inaugural no Collège de France, pronunciada em 2 de dezembro de 1970.** Campinas: Loyola, 1996.

\_\_\_\_\_. **O nascimento da clínica.** 6. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2008.

\_\_\_\_\_. **Microfísica do poder.** 15. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2010.

\_\_\_\_\_. **A arqueologia do saber.** Rio de Janeiro: Forense

Universitária, 2012.

\_\_\_\_\_. **Vigiar e Punir: nascimento da prisão**. 42. ed. Petrópolis: Vozes, 2014.

FEDERICI, Sílvia. **Calibã e a Bruxa**. São Paulo: Elefante, 2018.

FREYRE, Gilberto. **Casa grande & senzala**. Rio de Janeiro: José Olympio, 1978.

FURTADO, Celso. **Pequena introdução ao desenvolvimento: enfoque interdisciplinar**. São Paulo: Companhia Editora Nacional, 1980.

GASKELL, G.; BAUER, M. W. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som. Um manual prático**. 5. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2002.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. - São Paulo: Atlas, 2008.

GONÇALVES, Terezinha Maria. Memórias o eldorado do carvão. In: CAROLA, Carlos Renato (Org.). **Memória e cultura do carvão em Santa Catarina: impactos sociais e ambientais**. Santa Cruz do Sul: EDIUNISC, 2011.

GOTHE, Carlos Alberto. **Diagnóstico ambiental da região carbonífera catarinense**. Encontro Nacional de Estudos Sobre o Meio Ambiente. 2. ed. Florianópolis: UFSC, p. 62-96, 1989.

GOULARTI FILHO, Alcides. **Formação econômica em Santa Catarina**. Florianópolis: Edufsc, 2002.

GOULARTI, Alcides; LIVRAMENTO, Ângela Maria Antunes. Movimento operário mineiro em Santa Catarina nos anos 1950 e 1960. In: GOULARTI FILHO, Alcides (Org.). **Memória e cultura do carvão em Santa Catarina**. Florianópolis: Cidade Futura, 2004.

HOCHMAN, Maria ALMEIDA, Hermínia de Tavares. Prefácio. In: HOCHMAN, Gilberto; ARRETCHE, Marta; MARQUES, Eduardo. **Políticas públicas no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2007.

IANNI, Octavio. **Questão Social**. Revista USP, p. 145-154, 1989.

JORNAL. **O Direito**, de Orleans, de 21 de outubro de 1926.

JORNAL. **O Correio**, p. 1, de 6 de setembro de 1931.

KOLLONTAI, Alexandra. **Society and motherhood**. 1915. Disponível em: <<http://www.marxists.org/archive/kollonta/1915/mother.htm>>. Acesso em: 04 mar. 2020.

LEFEBVRE, Henri. **La production de l'espace**. 4. ed. Paris: Anthropos, 2000.

MANIF, Zacharias. Mortalidade infantil em Criciúma. In: **Tribuna Criciumense**. Criciúma, 1957.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Fundamentos de metodologia científica**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

MARTINS, Ana Paula Vosne. Gênero e assistência: considerações histórico-conceituais sobre práticas e políticas assistenciais. In: **Revista história, ciências, saúde – Manguinhos**. v. 18. Rio de Janeiro: Fio Cruz, 2011.

MIRANDA, Hildelena Vieira; ANTUNES, Regina da Silva. **História da comunidade de barreiros**. Lauro Muller: Mímeo, 2000.

MONCORVO FILHO, Arthur. Da assistência a infância no Brasil. In: **O Brasil Médico**. Rio de Janeiro, ano 18, n. 5, 1904.

MONCORVO FILHO, Arthur. O 1º CONGRESSO Americano da Crença: América do Sul ocupando-se da crença, dá um bello exemplo ao mundo. In: **Correio da Manhã**. Rio de Janeiro, 1916.

MONTIBELLER FILHO, Gilberto. Degradação ambiental em área de mineração: a região carbonífera de Santa Catarina em Perspectiva econômica-ecológica. In: CAROLA, Carlos Renato (Org.). **Memória e cultura do carvão em Santa Catarina: impactos sociais e ambientais**. Santa Cruz do Sul: EDIUNISC, 2011.

MOURO, Helena. **Sistemas e modelos de proteção social: da caridade à assistência**. Revista Interações, n. 5. Coimbra: ISMT, 2003.

NASCIMENTO, Dorval. **As Curvas do Trem: A Presença da Estrada de Ferro em Criciúma (1919-1975) - Cidade, Modernidade e Vida Urbana**. 178 p. Dissertação (Mestrado em Geografia) – Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2000. Disponível em: <<https://necat.paginas.ufsc.br/files/2011/10/Dorval-do-Nascimento.pdf>>. Acesso em: 10 jan. 2021.

\_\_\_\_\_. A produção histórica e cultural da região carbonífera de Santa Catarina, 1880-1930. In: GOULART FILHO, Alcides (Org.). **Memória e cultura do carvão em Santa Catarina**. Florianópolis: Cidade Futura, 2004.

NETTO, José Paulo. **Capitalismo monopolista e serviço social**. São Paulo: Cortez, 2017.

O'CONNOR, James. **EUA: A Crise Fiscal do Estado**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1977.

OLIVEIRA, Tatiana; ALVES, Ismael Goncalves. Corações solitários: os cuidados da legião brasileira de assistência aos combatentes da segunda guerra mundial. In: ZANELATTO, João Henrique; ALVES, Ismael Goncalves (Orgs.). **Histórias de Santa Catarina na segunda república (1930-1945)**. Criciúma: UNESCO, 2017.



OSTETTO, Lacy Cristina; COSTA, Marli de Oliveira; BERNARDO, Roseli. A casa e a vila: a família operária e a moradia na região carbonífera, 1913-1930. In: GOULART FILHO, Alcides (Org.). **Memória e cultura do carvão em Santa Catarina**. Florianópolis: Cidade Futura, 2004.

PARANHOS, Alberto. **O roubo da fala: origem da ideologia do trabalhismo no Brasil**. São Paulo: Bom Tempo, 1999.

PERROT, Micheli. **Os excluídos da história: Operários, mulheres e prisioneiros: Operários, mulheres e prisioneiros**. São Paulo: Paz & Terra, 1988.

POSSAS, Cristina de Albuquerque. **Saúde e trabalho**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1989.

RABELO, Giani. **Entre o hábito e o carvão: pedagogias missionárias no sul de Santa Catarina na segunda metade do século XX**. 415 p. Tese (Doutorado em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2007. Disponível em: <<https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/12864/000630915.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em: 5 jan. 2021.

RABELO, Giani. **Assistindo as famílias operárias mineiras do complexo carbonífero do sul de Santa Catarina: a igreja católica legitimando a desigualdade de gênero**. Seminário Internacional Fazendo Gênero 10 (Anais Eletrônicos), Florianópolis, 2013. Disponível em: <[http://www.fg2013.wwc2017.eventos.dype.com.br/resources/anais/20/1373137553\\_ARQUIVO\\_TEXTOCOMPLETO2.pdf](http://www.fg2013.wwc2017.eventos.dype.com.br/resources/anais/20/1373137553_ARQUIVO_TEXTOCOMPLETO2.pdf)>. Acesso em: 5 fev. 2021.

RABELO, Giani; VIRTUOSO, Tatiane dos Santos. A cartilha Getúlio Vargas para crianças: a infância forjada no Estado Novo no sul de Santa Catarina. In: ZANELATTO, João Henrique; ALVES, Ismael Goncalves. (Orgs.). **Histórias de Santa Catarina na segunda república (1930-1945)**. Criciúma: UNESC, 2017.

RAGO, Margareth. **Do cabaré ao lar: a utopia da cidade disciplinar, Brasil 1890-1930**. São Paulo: Paz e Terra, 2014.

ROCHA, José Fiusa. **Carvão de Pedra no Sul do Estado de Santa Catarina**. Boletim n. 35. Rio de Janeiro: Ministério da Agricultura, Indústria e Comércio/Serviço geológico e mineralógico do Brasil, 1928.

\_\_\_\_\_; SCORZA, Evaristo Pena. **Estratigrafia do carvão em Santa Catarina**. Boletim n. 104. Rio de Janeiro: DNPN, 1940.

RODRIGUES, José Carlos. **O corpo na história**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

RUSSO, Jane. **Assistência e proteção à infância no Brasil: a moralização do social**. Espaço: Cadernos de Cultura USU, v. 11, p. 53-83, 1985.

SANGLARD, Gisele. A Primeira República e a Constituição de uma Rede Hospitalar no Distrito Federal. In: PORTO, Â.; SANGLARD, G.; FONSECA, M.R.F.; COSTA,

R.G.R. (Orgs.). **História da saúde no Rio de Janeiro: instituições e patrimônio arquitetônico (1808-1958)**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

SATC. **Estatutos da Sociedade de Assistência aos Trabalhadores do Carvão**. Criciúma, 1959.

SEGALEN, Martine. **Sociologia da Família**. Lisboa: Terramar, 1999.

SEVCENKO, Nicolau. **A Revolta da Vacina: mentes insanas em corpos rebeldes**. São Paulo: Brasiliense, 1984.

VARGAS, Getúlio. **Discurso pronunciado na Esplanada do Castelo, expondo a plataforma da Aliança Liberal na campanha para as eleições presidenciais de 1º de março de 1930, em 02 de janeiro de 1930**. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1930.

YASBEK, Maria Carmelita. **Classes Subalternas e Assistência Social**. São Paulo: Cortez, 1993.

YUNES, J.; RONCHEZEL, V. S. C. **Evolução da mortalidade infantil proporcional no Brasil**. Revista de Saúde Pública, v. 8 (supl.), p. 3-48, 1974. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/rsp/v8s0/02.pdf>>. Acesso em: 5 mar. 2021.

**Dissertação apresentada ao Programa de  
Pós-Graduação em Desenvolvimento Socioeconômico  
da Universidade do Extremo Sul Catarinense - UNESC,  
para a obtenção do título de Mestre em  
Desenvolvimento Socioeconômico.**

**Orientador: Prof. Dr. Ismael Gonçalves Alves  
Coorientador: Prof. Dr. Alcides Goularti Filho**

**Criciúma, 2021.**