

**USP - UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE FILOSOFIA, LETRAS E CIÊNCIAS HUMANAS**

**ASSISTÊNCIA MÉDICA, SAÚDE PÚBLICA E O
PROCESSO MODERNIZADOR DA REGIÃO CARBONÍFERA
DE SANTA CATARINA (1930-1964)**

Carlos Renato Carola

Tese de doutorado apresentada ao
Programa de Pós-Graduação em História
Econômica do Departamento de História
da Faculdade de Filosofia, Letras e
Ciências Humanas da Universidade de
São Paulo, para obtenção do título de
Doutor em História.

Orientadora: Profa. Dra. Vera Lucia Amaral Ferlini.

**São Paulo
Março de 2004**

T
614.093161
C. 232a
2004

Biblioteca Central Prof. Eurico Back-UNES

Reg.: 577075 Data: 31/07/06

Repos ☒ Doação ☐ Compra R\$ _____

Perm./Doador _____



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

Relatório de Defesa

Relatório de defesa pública de Tese do(a) Senhor(a) Carlos Renato Carola no Programa: História Econômica, do(a) Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo.

Aos 29 dias do mês de março de 2004, no(a) Salão Nobre realizou-se a Defesa da Tese do(a) Senhor(a) Carlos Renato Carola, apresentada para a obtenção do título de Doutor em Ciências - Área: História Econômica, intitulada:

"Assistência médica, saúde pública e o processo modernizador da região carbonífera de Santa Catarina (1930-1964)"

Após declarada aberta a sessão, o(a) Sr(a) Presidente passa a palavra aos examinadores para as devidas arguições que se desenvolvem nos termos regimentais. Em seguida, a Comissão Julgadora proclama o resultado:

Nome dos Participantes da Banca	Vínculo do Docente	Sigla da Unidade	Resultado
Vera Lucia Amaral Ferlini	Presidente	FFLCH	Aprovado
Raquel Glezer	Titular	FFLCH	Aprovado
Joana Maria Pedro	Titular	Docente Externo	Aprovado
Ana Lucia Lana Nemi Martins	Titular	Docente Externo	Aprovado
Marcia Rocha Monteiro	Titular	Docente Externo	Aprovado

Resultado Final: Aprovado

Parecer da Comissão Julgadora

A banca ressalta a qualidade e extensão da pesquisa, a capacidade de análise das fontes, a abertura de novas propostas de abordagem, atribui a menção de distinção e recomenda a publicação da tese.

Eu, Regina Celi Sant Ana _____, Chefe Administrativa, lavrei a presente ata, que assino juntamente com os(as) Senhores(as). São Paulo, aos 29 dias do mês de março de 2004.

Raquel Glezer

Joana Maria Pedro

Ana Lucia Lana Nemi Martins

Marcia Rocha Monteiro

Vera Lucia Amaral Ferlini

Orientador(a)

Título Homologado pela CPG

29/03/2004

Presidente da C.P.G.

Obs: Se o candidato for reprovado por algum dos membros, o preenchimento do parecer é obrigatório.

Nos termos do artigo 110, do RG-USP, encaminhe-se o presente relatório à CPG, para homologação.

AGRADECIMENTOS

O espaço familiar é o lugar onde vivenciamos momentos de alegria, tristeza e conflitos. Quando estava escrevendo minha dissertação de mestrado, recebi a grata notícia de que Lucas, o meu primeiro filho, estava a caminho. Agora, durante o doutorado, chegou Bruno. Assim, meus agradecimentos iniciais são para eles. À Janine, minha mulher, devo um agradecimento especial porque foi ela quem teve de suportar o meu mau humor durante os momentos de estresse e cansaço.

Em relação ao trabalho, sou grato à Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC) por ter me assegurado a licença para desenvolver a pesquisa. Ao amigo e coordenador geral do Curso de História, João Zanelatto, externo os meus mais sinceros agradecimentos, principalmente por ter assumindo boa parte das atividades de trabalho que era de responsabilidade do coordenador adjunto, função que exerço na instituição. Aos professores do curso com quem mantive um contanto mais regular nos últimos quatro anos (Paulinho, Dorval, Miranda, Lili, Lucy, Nivaldo e João Bitencourt) também agradeço o apoio recebido na coordenação do departamento. Ao amigo Alcides sou grato por ter contribuído para melhorar a minha perspectiva sobre a economia nacional e, sobretudo, por ter me instigado a conhecer o meu principal referencial teórico.

Na USP, destaco o trabalho de orientação de Vera Ferlini, que orientou esta pesquisa e que, com sua experiência e sólida formação teórica, contribuiu para sanar algumas (ou várias) de minhas deficiências. Não poderia deixar de agradecer também a Lea, pessoa a quem devo muita gratidão por ter encaminhado todas as questões de ordem administrativa (matrícula, atestado de frequência, etc.) sempre que solicitei. Foi muito importante também ter conhecido os demais orientandos da profa. Vera, pesquisadores de São Paulo e outros Estados, principalmente no caso de Evando, o qual estabeleci uma relação especial de amizade não somente porque me ajudou a conhecer melhor a USP e São Paulo, como também sempre se prontificou a me hospedar em sua casa, todas as vezes em que fui a São Paulo.

E, finalmente, ressalto a importância da CAPES, órgão governamental que possibilita tanto a pesquisa quanto a formação dos pesquisadores brasileiros, em nível internacional.

LISTA DE TABELAS

Tabela 01 – Dotações Orçamentárias – Setor de Saúde Pública (1937-1946).....	55
Tabela 02 – Serviços da Cozinha Dietética do Departamento de Saúde Pública de Santa Catarina, 1947.....	65
Tabela 03 – Doenças Contagiosas Notificadas pelo Serviço de Epidemiologia e Bioestatística do Departamento de Saúde Pública do Estado de Santa Catarina (1941-1964).....	75
Tabela 04 – Passageiros e Mercadorias Transportados na EFDTC (1910 -1960).....	122
Tabela 05 – Percentagem de Consumo do Carvão Nacional e do Estrangeiro na Economia Brasileira (1937-1948).....	151
Tabela 06 – Número de Empresas Carboníferas de Santa Catarina (1925-1968).....	152
Tabela 07 – Produção Catarinense de Carvão Bruto (1924-1968).....	153
Tabela 08 – Consumo de Carvão Nacional e Importado nas Ferrovias Brasileiras (1953-1956).....	161
Tabela 09 – Serviços de Saúde Desenvolvidos pelo Departamento Nacional de Produção Mineral em Criciúma (1944-1952).....	168
Tabela 10 – Serviço de Vacinação Realizado pelo Departamento Nacional de Produção Mineral, Seção de Criciúma (1944-1952).....	169
Tabela 11 – Número de Casos de Febre Tifóide Registrado em Criciúma (1944-1950).....	185
Tabela 12 – Vacinação Anti-Tífica Organizada pelo Departamento de Saúde Pública do Estado de Santa Catarina, em 1943.....	188
Tabela 13 – Dados Estatísticos do Seguro de Acidentes do Trabalho na Zona Carbonífera de Santa Catarina / Depto de Acidentes de Trabalho – IAPETC (1955-1957).....	211
Tabela 14 – Trabalhadores das Diversas Companhias Carboníferas de Santa Catarina Registrados no DNPM, em 31/12/1947.....	219
Tabela 15 – Número de Associados na CAP dos Ferroviários, por empresa – Região Carbonífera de Santa Catarina (1938-1952).....	235
Tabela 16 – Relação entre receita e Despesas da CAP dos Ferroviários da EFDTC (1946-1952).....	236
Tabela 17 – Serviços Médicos Assegurados pela Caixa de Aposentadoria e Pensões dos Ferroviários da Região Carbonífera de Santa Catarina: Tubarão, Criciúma, Orleães/Lauro Müller, Urussanga e Laguna (1938-1952).....	237
Tabela 18 – Número de Médicos da CAP dos Ferroviários da Região Carbonífera de Santa Catarina (1945-1952).....	238
Tabela 19 – Índice de Mortalidade Infantil em Criciúma (1946-1956).....	274
Tabela 20 – Índice de Mortalidade em Criciúma (1958-1963).....	283
Tabela 21 – Serviço de Higiene da Criança – Seção Escolar – Departamento de Saúde Pública de Santa Catarina (1938-1947).....	303
Tabela 22 – Principais Doenças Registradas pelo Serviço de Higiene Infantil – Seção Escolar – Departamento de Saúde Pública de Santa Catarina (1938-1947).....	305
Tabela 23 – Serviço de Visitadoras Atendentes – Serviço de Gestantes – Departamento de Saúde Pública (1941-1942).....	314
Tabela 24 – Número de Partos Realizados no Hospital São José de Criciúma (1953-1960).....	315

LISTA DE QUADROS

Quadro 01 – Reforma Administrativa no Setor de Controle de Saúde Pública do Estado de Santa Catarina, 1938.....	50
Quadro 02 – Proposta de Reforma Administrativa no Departamento de Saúde Pública de Santa Catarina, 1945.....	52
Quadro 03 – Divisão Distrital Sanitária do Estado de Santa Catarina, 1945.....	53
Quadro 04 – Empresas de Mineração de Criciúma em 1938.....	150
Quadro 05 – Empresas Carboníferas Adquiridas pela CCU (1948-1967).....	163
Quadro 06 – Obras Financiadas pela CEPCAN na Região Carbonífera de Santa Catarina, 1968.....	178
Quadro 07 – Leis sobre Higiene e Segurança no Trabalho no Brasil (1919-1967).....	202
Quadro 08 – Greve de Mineiros Realizadas nas Décadas de 1950 e 1960.....	224
Quadro 09 – Número de Associados na Caixa de Aposentadoria e Pensões dos Trabalhadores dos Serviços de Mineração, por Empresa Carbonífera, 1938.....	238
Quadro 10 – Esquema Explicativo do Ciclo da Ignorância Segundo o Médico Pediatra David Boianovsky, 1965.....	284
Quadro 11 – Serviço de Puericultura da SATC, 1965.....	285
Quadro 12 – Deveres dos Pequenos Soldados da Saúde, 1920.....	307
Quadro 13 – Serviço de Visitadoras Sanitárias – Departamento de Saúde Pública de Santa Catarina (1947-1957).....	320

LISTA DE ANEXOS

Anexo 1 – Mapa da região carbonífera de Santa Catarina.....	337
Anexo 2 - Evolução do quadro demográfico da população carbonífera de Santa Catarina (1940-2000).....	338
Anexo 3 – Número de trabalhadores, por empresa, do setor carbonífero de Criciúma, em 1940.....	339
Anexo 4 – Empresas carboníferas de Santa Catarina em 1942.....	340
Anexo 5 – Classificação geral das doenças registradas no hospital São Marcos de Nova Veneza (1934-1944).....	343
Anexo 6 – Classificação geral das doenças registradas e diagnosticadas no Hospital São José de Criciúma (1957-1959).....	344

RESUMO

CAROLA, Carlos Renato. Assistência médica, saúde pública e o processo modernizador da região carbonífera de Santa Catarina (1930-1964). São Paulo: USP, 2004. Tese (Doutorado em História). Programa de Pós-graduação em História Econômica da Universidade de São Paulo.

Orientadora: Profa. Dra. Vera Lucia Amaral Ferlini

Esta tese tem o propósito de demonstrar que, de um modo geral, as políticas de controle da saúde pública exerceram um papel civilizador durante o século XX. Neste caso, focaliza-se um *processo civilizador* na região carbonífera de Santa Catarina, difundido por meio da estrutura e dos serviços de controle da saúde pública e assistência médica. O estudo delimita-se a um período em que se constituiu um intenso processo de modernização, higienização e medicalização no espaço sócio-econômico regional (1930-1964). Em geral, procura-se descrever e analisar as doenças, os diagnósticos e a estrutura de controle de saúde pública difundida a partir do Estado nacional. A fim de visualizar melhor a região carbonífera, evidencia-se a historiografia e a memória construída em torno da indústria e da cultura do carvão. Em seguida, destacam-se os problemas médico-sociais diagnosticados na região e as políticas de saúde implementadas para controlar o estado de morbidade e mortalidade. No último capítulo, focalizam-se as políticas de proteção e cuidados da criança, instituídas em função dos altos índices de mortalidade infantil e do ideal de nação que se vislumbrava, então, para o futuro.

Palavras-chave: Estado; saúde pública; indústria carbonífera; modernização; higienização; processo civilizador.

ABSTRACT

CAROLA, Carlos Renato. Assistência médica, saúde pública e o processo modernizador da região carbonífera de Santa Catarina (1930-1964). São Paulo: USP, 2004. Tese (Doutorado em História). Programa de Pós-graduação em História Econômica da Universidade de São Paulo.

Orientadora: Profa. Dra. Vera Lucia Amaral Ferlini

The main objective of this thesis is to show that public health control policy usually had a civilizing role during the 20th century. In this case I focus on the *civilizing process* in the coal mining region in Santa Catarina, which occurred through the medical assistance and public health monitoring services and structure. The study is delimited to a period in which an intense modernization, hygienization, and medicalization process takes place in the regional socioeconomic space (1930-1964). Generally speaking, I describe and analyze diseases, diagnoses and the public health control structure offered by the government. In order to get a better view of coal mining region, I evince the historiography and the memory built up around the coal mining industry and culture. Next, I stress the social, medical problems diagnosed in the region and the health politics implemented to control morbidity and mortality. In the last chapter I focus on child care and protection politics, which were created because of the high infant-mortality rates and of the ideal of nation projected for the future.

Keywords: state, public health, coal mining industry, modernization, hygienization, civilizing process.

SUMÁRIO

Lista de Tabelas.....	04
Lista de Quadros.....	05
Lista de Anexos.....	05
Resumo.....	06
Abstract.....	07
INTRODUÇÃO.....	09
Capítulo I - AS DOENÇAS, O DIAGNÓSTICO E A ESTRUTURA DE CONTROLE DA SAÚDE PÚBLICA.....	18
Saúde pública, medicina social e civilização.....	18
Estado, nação e higiene pública: discursos e práticas governamentais.....	27
A estrutura de controle de saúde pública do Estado de Santa Catarina.....	43
À sombra do anjo exterminador: moléstias, vacinas e medicalização.....	66
Malária, verminoses e profilaxia no espaço domiciliar.....	77
Médicos, curandeiros e charlatões.....	88
Capítulo II - HISTÓRIA, MEMÓRIA E INDÚSTRIA DO CARVÃO.....	98
Doenças, médicos e práticas de cura: memórias e representações de um passado pré- moderno	98
Os marcos iniciais da modernização industrial na região carbonífera.....	116
Geografia, cultura e ideologia do carvão.....	124
A estrutura de mineração da indústria do carvão.....	140
A batalha do carvão e o projeto de modernização da indústria carbonífera nacional...	156
O papel modernizador e higienizador do DNPM.....	165
A CEPCAN e o Plano do Carvão Nacional.....	171

Capítulo III – TRABALHO, MORADIA E POLÍTICAS DE SAÚDE.....	180
As moléstias e os problemas médicos-sociais na região carbonífera.....	180
As vilas operárias e o ideal de moradia higiênica.....	191
Medicina do trabalho, insalubridade e doenças dos mineiros.....	197
A força de trabalho e as reivindicações do movimento sindical.....	217
Os serviços médicos-sociais das Caixas de aposentadoria e pensões.....	233
O padrão civilizador da Companhia Siderúrgica Nacional.....	243
Serviço Social da Indústria e a utopia da sociedade industrial civilizada.....	250
 Capítulo IV – O FUTURO DA NAÇÃO E AS POLÍTICAS DE PROTEÇÃO E CUIDADOS DA CRIANÇA.....	 261
Mortalidade infantil: o magno problema da nação brasileira.....	261
A mortalidade infantil e o “ciclo da ignorância” na região carbonífera.....	272
A medicina higienista e os manuais de higiene.....	291
A escola e o serviço de higiene escolar.....	300
A normatização das “curiosas” e a hospitalização dos partos.....	310
Educação sanitária e caridade civilizatória.....	316
 CONCLUSÃO.....	 332
 ANEXOS.....	 337
 FONTES E BIBLIOGRAFIAS.....	 346

INTRODUÇÃO

Esta tese tem o propósito de analisar como as políticas de controle da saúde pública exerceram um papel civilizador durante século XX. Observando-se analiticamente o discurso médico, a noção de higiene pública e as ações sanitárias implementadas ao longo de décadas, constata-se que ao mesmo tempo em que se diagnosticou a “ignorância” como um problema de ordem pública, prescreveu-se a necessidade de normatizar hábitos e costumes da população. No caso brasileiro, o pensamento sanitarista cristalizado nas primeiras décadas do século passado preconizava enfaticamente a necessidade de se ensinar à população as normas de conduta do cidadão moderno e higienizado. O preceito sanitarista que destacava as medidas preventivas, salientando as vantagens de ordem econômica, política e social forneceu a legitimidade para expandir a estrutura de controle da saúde pública em todo o território nacional, inclusive no espaço da vida privada. Assim, difundiram-se os postos de saúde e serviços de higiene com o propósito tanto de medicalizar a população enferma quanto ensinar normas de higiene como forma de prevenir e controlar as moléstias, principalmente as de caráter contagioso, salvaguardando o futuro da nação.

Considerando que as políticas de controle de saúde pública mantêm uma preocupação permanente com a educação sanitária, cujo modelo de referência provém do modo de vida das camadas “superiores” da sociedade, observa-se que todos os serviços de higiene – desde a higiene pré-natal até a medicina do trabalho – exercem um papel pedagógico-civilizador. Desta forma, visualizam-se os serviços de saúde pública fazendo parte das *estruturas civilizadoras* da sociedade, segundo a perspectiva de Norbert Elias, que afirma: “a civilização que estamos acostumados a considerar como uma posse que aparentemente nos chega pronta e acabada, sem que perguntemos como viemos a possuí-la, é um processo ou parte de um

processo em que nós mesmos estamos envolvidos”.¹ Mesmo em uma sociedade “civilizada”, diz Elias, “nenhum ser humano chega civilizado ao mundo e o processo civilizador individual que ele obrigatoriamente sofre é uma função do processo civilizador social”.²

No curso da civilização ocidental, à medida que o tecido social se tornou maior e mais complexo, também a teia das ações de controle social e individual tornaram-se cada vez mais complexas e extensas. Em termos comparativos, Elias exemplifica essa mudança fazendo uma analogia entre um conjunto de estradas interioranas de uma “sociedade simples” composta por guerreiros medievais, e um sistema rodoviário de uma grande cidade da “sociedade complexa” do século XX. Na sociedade complexa, o controle externo seria insuficiente para manter o equilíbrio e uma certa estabilidade social diante de uma complicada e extensa rede interdependente de seres humanos dotados de diferentes sentimentos, paixões, desejos, ambições, etc. Por isso, o mundo ocidental aciona um *movimento civilizador* que perpassa por todos os espaços da vida humana. A marcha civilizatória encontra obstáculos e resistências, mas também é potencializada pela dinâmica competitiva da vida moderna e do sistema capitalista, originando a necessidade de se difundir uma rede de dispositivos de pressão para a previdência e o autocontrole.

No Brasil, assim como em Santa Catarina e, mais especificamente, na região carbonífera, pode-se vislumbrar um *processo modernizado* de caráter civilizatório, difundido por meio da estrutura e dos serviços de controle da saúde pública e assistência médica. No contexto do processo de formação da região carbonífera, cuja institucionalização dos serviços de saúde expandiu-se a partir da década de 1930, houve uma mudança significativa no padrão de conduta da população em geral, particularmente no caso das famílias operárias mineiras e dos proprietários das empresas mineradoras. À medida que se desencadeou uma corrente migratória para a região das minas de carvão, impulsionando um crescimento urbano e ampliando o número de vilas operárias, edificou-se gradativamente uma estrutura de assistência médica e de serviços de higiene voltada prioritariamente à classe operária mineira.

Da mesma forma que em outras regiões do país, a região carbonífera passou por um processo de modernização coordenado e impulsionado pelo Estado. Nesse caso, no entanto, tal processo desenvolveu-se em torno da indústria do carvão, ou seja, houve um projeto específico de modernização da indústria mineira destinado a modernizar a mentalidade dos “homens do carvão” e, conseqüentemente, o sistema de produção, o comércio e o transporte.

¹ Norbert Elias. O processo civilizador. Tradução de Ruy Jungmann. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, v. 1, 1993. p. 73

² Ibid., p. 15.

No âmbito desse projeto implementou-se um conjunto de políticas de assistência médico-social, visando melhorar as condições de moradia e trabalho da família mineira. Este empreendimento contou com a participação direta de órgãos federais, entre os quais o Departamento Nacional de Produção Mineral (DNPM), a Companhia Siderúrgica Nacional (CSN) e a Comissão Executiva do Plano do Carvão Nacional (CEPCAN). Além de órgãos governamentais, também tiveram atuação marcante as antigas Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAP), o Serviço Social da Indústria (SESI) e a Legião Brasileira de Assistência (LBA). Em nível regional e assumindo funções complementares, atuaram as companhias carboníferas privadas, congregações religiosas, a Sociedade de Assistência aos Trabalhadores do Carvão (SATC), entidades filantrópicas locais e os poderes públicos municipal e estadual.

Por meio dessa constelação de instituições governamentais, privadas e filantrópicas construiu-se uma estrutura de assistência médica e serviços de saúde. Com a ampliação da rede hospitalar, dos postos de saúde e, conseqüentemente, dos serviços de assistência domiciliar, de higiene pré-natal, higiene infantil, higiene escolar, educação sanitária e vacinação, solidificou-se uma consciência sanitária na população, que ao longo dos anos assimilou novos hábitos de higiene corporal, alimentar e do vestuário. De um modo geral, as famílias mineiras aprenderam novas maneiras de sanear, limpar e organizar o espaço doméstico, habituaram-se a procurar os serviços médicos, usar medicamentos farmacêuticos, vacinar os filhos, tomar banho diariamente, lavar as mãos antes das refeições e depois de usar o banheiro, utilizar a água de modo adequado e preparar alimentos segundo as normas de higiene, etc.

A partir da década de 1930, a ideologia do progresso proliferou, seduziu e assumiu a hegemonia no âmago da economia, da política e da cultura na região Sul de Santa Catarina. O carvão, ou melhor, o “ouro negro”, passou a ser qualificado como a “pedra fundamental do progresso” e Criciúma recebeu o título de Capital Brasileira do Carvão, sendo enaltecida como a Metrópole do Carvão desde a década de 1940. Ao mesmo tempo em que se formou uma classe operária mineira, também surgiu uma nova classe de proprietários que passou a disputar o poder local. Em geral, os donos das companhias mineradoras identificavam-se como “coronéis do carvão”, pois além das minas apropriaram-se do solo por meio de concessões de terras para fins de mineração; construíram casas operárias, clubes recreativos, times de futebol; disponibilizaram verbas para construir igrejas, escolas e hospitais; financiaram campanhas eleitorais, etc. Ao longo de aproximadamente cinquenta anos, desenvolveram uma política paternalista com os trabalhadores e seus familiares por meio de oferta de emprego, moradia e assistência médica.

O carvão foi a matéria-prima do progresso industrial, mas esse progresso cobrou um pesado tributo em vida e morte. Os médicos que se fixaram na região a partir da década de 1930, provenientes principalmente do Rio de Janeiro, São Paulo e Porto Alegre, problematizaram o agravamento das condições de saúde da população operária. Dentre os diversos problemas apontados, destacavam a mortalidade infantil, as moléstias contagiosas, as doenças provenientes do trabalho nas minas de carvão, queixando-se também da inexistência ou deficiência dos serviços de saúde pública e assistência hospitalar. Ao mesmo tempo em que denunciavam as precárias condições de vida e trabalho das famílias operárias mineiras, também intensificavam o combate ao trabalho das “curiosas”, curandeiros e benzedeiros, assim como contra as “superstições”, “crendices” e “ignorância” da população. Atualizados com as discussões nacionais sobre os preceitos modernos da ciência médica e da medicina sanitária, reivindicavam a ação do poder público mediante a implementação de serviços de saúde pública para a população, exigindo-se também providências legais e policiais contra os supostos “charlatões”. Em geral, problematizavam os hábitos e costumes da população, destacando a “ignorância” e a falta de conhecimentos básicos de higiene como fatores de morbidade e mortalidade.

Nesse processo modernizador que transformou a geografia e a cultura da região carbonífera, o governo catarinense também fez a sua parte. No decorrer do século XX, todos os governadores, inclusive o interventor Nereu Ramos (1937-1945), implementaram obras de saneamento e serviços de saúde. Mesmo sob a tônica do discurso da escassez de recursos orçamentários, houve um crescimento da estrutura de controle da saúde pública com a criação de hospitais e as tradicionais políticas de subvenções, além da difusão de postos de saúde em todas as regiões e na maioria dos municípios. Na região Sul, Tubarão e Criciúma constituíram-se em sedes de distritos sanitários.

Enfim, a região carbonífera também foi alvo de um intenso processo de modernização e higienização. É disso que trata esse trabalho, organizado em quatro capítulos. De um modo geral, procura-se descrever e analisar as doenças, os diagnósticos e a estrutura de controle de saúde pública irradiadas a partir do Estado nacional. A fim de visualizar melhor a região carbonífera, evidencia-se a historiografia e a memória construída em torno da indústria e cultura do carvão. Em seguida, destacam-se os problemas médico-sociais diagnosticados na região e as políticas de saúde implementadas para controlar o estado de morbidade e mortalidade. O último capítulo aborda as políticas de proteção e cuidados da criança, instituídas em função dos altos índices de mortalidade infantil e do ideal de nação que se vislumbrava, então, para o futuro.

Em termos mais específicos, mostra-se o processo histórico de constituição da rede institucional de controle da saúde pública na região carbonífera, no período de 1930 a 1964. Em geral, procura-se explicar o processo de formação da indústria do carvão, da classe operária mineira e as políticas de saúde pública e assistência médica; evidenciam-se os discursos oficiais sobre a problemática da saúde da população em níveis nacional, estadual e municipal; destaca-se o processo de formação de uma consciência sanitária desenvolvida por meio dos serviços de saúde e os programas de educação sanitária; identificam-se as doenças predominantes da população, as ações médico-sanitárias para combatê-las e as mudanças de hábitos ocorridas devido à assistência médica implantada; mostra-se a relação estabelecida entre os “médicos civilizados” e os praticantes da medicina popular; e se destaca a função civilizadora dos postos de saúde e serviços de higiene para uma boa saúde.

A escolha e delimitação do período de 1930 a 1964 justifica-se em função de dois aspectos centrais. Primeiramente, porque o processo de construção e instalação do sistema institucional de controle coletivo e individual de saúde pública da região carbonífera efetivou-se nessa época. Como a atuação do Estado foi decisiva nesse processo, e em virtude de as políticas de saúde pública estarem embutidas na construção da idéia de uma “nação civilizada” e um Brasil industrializado, 1930 e 1964 representam dois momentos históricos de tomada do poder de Estado por forças político-econômicas comprometidas com o desenvolvimento industrial brasileiro. Do ponto de vista econômico, 1964 representa o fim do modelo de industrialização implantado pela era Vargas, e o início de um novo projeto de expansão e desenvolvimento da sociedade industrial.

Ao se delimitar a região carbonífera como espaço de pesquisa, considerou-se um conjunto de fatores de ordem econômica, social e cultural que a caracterizam. Em Santa Catarina, a região Sul está geograficamente dividida em três microrregiões: região de Laguna, região carbonífera e região do extremo Sul catarinense. A região carbonífera recebeu esta denominação devido ao predomínio da indústria do carvão e do “progresso” industrial que implicou a transformação do espaço geográfico e social. A partir da década de 1940, principalmente no contexto da Segunda Guerra Mundial, a indústria do carvão expandiu-se e se tornou um referencial econômico no Sul do Estado, consolidando a identidade histórico-social da região mineira, constituída atualmente por onze municípios (Anexo 1).³

³ Atualmente, a Associação dos Municípios da Região Carbonífera Catarinense (AMREC) é formada por: Criciúma, Urussanga, Morro da Fumaça, Içara, Siderópolis, Forquilha, Nova Veneza, Cocal do Sul, Treviso e Lauro Müller. Apesar de os municípios de Tubarão e Imbituba estarem fora do perímetro geográfico da região carbonífera, eles também faziam parte do complexo de mineração da

Em termos demográficos, houve um crescimento populacional geral, sendo que Criciúma, a Capital Brasileira do Carvão, manteve um ritmo crescente e se tornou a cidade mais populosa da região Sul de Santa Catarina, superando inclusive Laguna, Tubarão e Araranguá, municípios historicamente maiores em número de habitantes (Ver Anexo 2). De um modo geral, a região carbonífera ganhou expressão econômica e populacional como consequência do progresso industrial impulsionado pela exploração do carvão. Foi a atividade carbonífera que desencadeou um processo migratório e uma concentração urbana acelerada. Assim, ao mesmo tempo em que se gerou uma certa riqueza material em termos de capital, comércio e trabalho, também começaram a surgir problemas de saúde decorrentes do processo de industrialização e urbanização, resultando na necessidade de ampliar a estrutura e os serviços de saúde pública e assistência médica, pois os índices de morbidade e mortalidade agravaram-se ou, pelo menos, ficaram mais visíveis. E um dos principais problemas sociais que evidenciava a voracidade de um progresso industrial inconseqüente era a mortalidade infantil.

Em relação às fontes usadas para fundamentar este trabalho, cabe fazer alguns esclarecimentos. Como o objeto de estudo é a história das políticas de saúde pública e assistência médica, há uma predominância de documentos oficiais, fontes provenientes de governos e instituições de níveis municipal, estadual e federal, principalmente relatórios de governos, ministérios, secretarias, anais da Câmara dos Deputados, dados de censos demográficos do IBGE, boletins do Departamento Nacional de Produção Mineral, entre outras. No âmbito regional, foram pesquisados e analisados diversos jornais, registros hospitalares e a historiografia local, além de fotografias e entrevistas. Na área específica da medicina e saúde pública, utilizou-se também uma bibliografia médica de época.

É importante observar que desde o início do século XX, os médicos escrevem e publicam muitas obras sobre higiene pública, medicina social, puericultura e pediatria, educação sanitária, entre várias outras. Até a década de 1960, pelo menos, os médicos brasileiros preocupavam-se em explicar os problemas de saúde de forma dissociada dos aspectos sócio-econômicos. Em geral, muitos livros problematizavam a questão saúde-doença do povo como um grande obstáculo que precisava ser solucionado, visando um ideal de nação, raça, cultura e economia. Baseados no padrão de higiene de uma *sociedade civilizada*, os médicos diagnosticavam a “ignorância” da população como um dos principais responsáveis pelas doenças, apontando a necessidade de intervenção do Estado para difundir

indústria do carvão. Imbituba é a cidade portuária através da qual era embarcada toda a produção de carvão da região; em Tubarão funcionava o Lavador de Capivari e a usina termelétrica.

a educação sanitária e os serviços de saúde em todo o território nacional. Os manuais de higiene e as cartilhas de saúde dos órgãos públicos, fartamente publicados e divulgados em todos os Estados, expressavam o código de conduta do modo de vida da família civilizada.

Ainda sobre as fontes, é importante fazer outras observações. A imagem do Brasil como um gigantesco hospital, evocada em vários discursos proferidos nas primeiras décadas do século XX, aparece nas fontes oficiais até a década de 1960, embora sob formas diferentes. De um modo geral, percebe-se que a ênfase dos discursos nem sempre refletia com precisão a realidade do momento. No caso dos governadores de Santa Catarina, por exemplo, os relatórios oficiais destacam determinados problemas com a intenção de sensibilizar o governo federal, ou os deputados estaduais, a liberar mais recursos para seus programas de governo. Cada governador enaltece suas realizações, lamenta a falta de recursos e desqualifica as ações do seu antecessor, quando se trata de adversário político, e vice-versa. Os deputados da situação, por sua vez, defendiam as ações do governo, e os de oposição criticavam a sua inoperância.

Os relatórios feitos pela Inspetoria de Saúde, pela Diretoria de Higiene e mais tarde pelo Departamento de Saúde Pública também seguem a mesma lógica. Os diretores queixam-se da escassez dos recursos orçamentários, salientam os grandes problemas de saúde da população e enfatizam suas realizações, sem deixar de mencionar as limitações da estrutura sanitária disponível. Há, portanto, também, uma estratégia para sensibilizar o chefe do executivo ou os deputados com o objetivo de ampliar ou aprovar os recursos orçamentários destinados aos órgãos de controle da saúde pública. Desta forma, era comum descrever o estado sanitário da população de maneira dramática, destacando as desgraças provocadas por uma epidemia. As autoridades sanitárias enfatizavam as conseqüências de não se ter uma estrutura de controle da saúde pública, ou seja, consideravam o número de hospitais e postos de saúde insuficientes para atender a maioria da população. Era prática comum problematizar insistentemente algo que se considerava realmente um grande problema de saúde pública, seja para assegurar mais verbas dos cofres públicos, seja para convencer a sociedade como um todo de que era mais importante prevenir do que curar. Por outro lado, alguns discursos procuravam mostrar um relativo estado de bem-estar sanitário para demonstrar a competência e eficiência dos trabalhos realizados.⁴

⁴ Em geral, percebe-se uma prática discursiva para sensibilizar as hierarquias superiores com o propósito de conseguir ou ampliar recursos financeiros. Essa prática de se ressaltar as realizações e lamentar a falta de recursos não era uma simples forma de justificar o que havia e o que não havia sido feito. Visava também sensibilizar e pressionar os carcereiros do tesouro público a abrirem um

Não há dúvida de que havia escassez de recursos, mas não era só isso. As estratégias discursivas faziam parte de um processo de redefinição do papel do Estado e da construção da própria estrutura de poder estatal, contribuindo para definir as prioridades institucionais. No campo da saúde pública, enquanto os discursos salientavam os problemas oriundos dos “precários recursos financeiros”, observa-se uma ampliação constante da estrutura de controle desse setor. Os discursos oficiais fazem diagnósticos, enfatizam os problemas, destacam as ações e evidenciam estatísticas infundáveis. As unidades sanitárias e a rede hospitalar construída ao longo de várias décadas funcionavam também como centro de informações. Por meio dos postos de saúde e dos serviços de bio-estatística, o Departamento de Saúde Pública elaborava o mapa geográfico, mostrando a morbidade e mortalidade de todo o Estado. Este mapa permitia identificar as moléstias infecto-contagiosas de cada região e as condições sanitárias da população.

Dessa forma, os relatórios oficiais fornecem informações importantes sobre doenças, condição sanitária e ações desenvolvidas. Não se pode esquecer, no entanto, que a voz oficial evidencia exclusivamente a visão da medicina científica moderna, uma visão fortemente caracterizada por uma racionalidade que diagnostica, classifica e prescreve o que deve e o que não deve ser feito. A “visão científica” percebe dois mundos diferentes – o mundo do conhecimento e o mundo da ignorância – este último formado por todos aqueles que desconheciam os princípios essenciais da boa higiene. Assim, ignora-se a experiência dos praticantes da medicina popular e não se considera as queixas de pessoas que sofreram ou vivenciaram o drama de ter enfrentado uma moléstia que consumiu a vida em família, levando entes queridos; não se reconhece a importância da perspectiva da população, do doente, da família ou de qualquer pessoa que tenha experimentado a dor, o sofrimento e lutado contra enfermidades sem as tradicionais armas da medicina científica. O diagnóstico oficial, portanto, analisa o problema somente sob a ótica da medicina civilizada.

Mesmo assim, as fontes oficiais revelam vários aspectos sobre o estado sanitário da população e as ações implantadas para melhorar as condições de saúde e controlar as moléstias contagiosas, ao longo de várias décadas. Mesmo considerando a ideologia subjacente em cada discurso, uma perspectiva histórica, uma visão de conjunto e o

pouco mais as torneiras dos cofres orçamentários – esta prática era comum em qualquer esfera governamental. Por um lado, o governo estadual reclamava da falta de apoio da União e estimulava os governos municipais a também tomarem iniciativas próprias. Por outro lado, os prefeitos municipais reclamavam dos governos estadual e federal porque se achavam abandonados ou porque suas reivindicações não eram atendidas.

cruzamento de fontes possibilitam compreender permanências e mudanças, assim como os principais problemas e ações desenvolvidos para controlar a saúde pública. Mais do que isso, as fontes oficiais revelam o papel do Estado na condução de um *processo civilizador* que se difundiu por meio de políticas de saúde pública e assistência médica. E esse processo também atingiu a região carbonífera de Santa Catarina.

CAPÍTULO 1

AS DOENÇAS, O DIAGNÓSTICO E A ESTRUTURA DE CONTROLE DA SAÚDE

Saúde pública, medicina social e civilização

As bases do que hoje se conhece como Saúde Pública surgiram e se consolidaram entre os séculos XVIII e XIX, impulsionadas por duas grandes revoluções: a Industrial e a Francesa. De um modo geral, a preocupação com a saúde coletiva disseminou-se no “século do Iluminismo”, tendo se materializado em várias obras, entre elas as de André Tisot, *Aviso ao povo sobre a saúde*, e o *Tratado de medicina legal e higiene pública*, de Fodéré, publicadas em 1798. Foi nessa época que também apareceram apelos para se implantar novos códigos sanitários, políticas para regulamentar o controle e a fiscalização de estabelecimentos insalubres ou ambientes considerados perigosos, como laboratórios químicos, matadouros e cemitérios. Também passou-se a reivindicar a construção de esgotos nas zonas urbanas e cresceu a pressão sobre os poderes públicos, atribuindo-lhes a responsabilidade pela saúde da população.¹

No contexto da Revolução Industrial, cabe lembrar que os fundamentos básicos da Saúde Pública ocorrem num período em que o trabalho industrial e a vida urbana eram vistos como fontes de insalubridade e degeneração. Em inúmeras ilustrações, difunde-se a imagem da “fábrica satânica”. Para Paul Lafargue, por exemplo, a fábrica capitalista era o “minotauro

¹ Cf. Jean-Charles Sournia, *História da medicina*, 1992, p. 221.

moderno”, um tipo ideal de casa de correção, “onde são encarceradas as massas operárias, onde se condenam a trabalhar forçados de doze a catorze horas não apenas homens, mas também mulheres e crianças!”.² Marx dizia que o trabalho na fábrica exauria os “nervos ao extremo”, sugava a força muscular e confiscava “toda a atividade livre do trabalhador, física e espiritualmente”.³ Engels, por sua vez, denunciava a voracidade da burguesia, a insalubridade nas minas e fábricas, a extenuante jornada de trabalho e as consequências da introdução do maquinismo que desagregava a família devido à exploração diabólica do trabalho de mulheres e crianças. Sua crítica ostensiva voltava-se à burguesia porque ela condenava a classe operária a viver em estado de barbárie. Em contrapartida, o movimento operário, ao lutar e reivindicar melhores condições de vida e trabalho, era visto como um movimento da civilização.

Em relação ao ambiente de vida da classe trabalhadora, os bairros operários também eram encarados sob a ótica da insalubridade e da higiene. Na Inglaterra do século XIX, por exemplo, a vida urbana das grandes cidades chamava a atenção de intelectuais, preocupados com a ordem social em função do espetáculo paradoxal da miséria e riqueza, grandeza das edificações e habitações desumanizadas. Em Londres, cuja concentração urbana comportava, na época, um “amontoado de 3,5 milhões de seres humanos num único lugar” e que já ostentava o *status* de capital comercial do mundo, Engels compara a riqueza material com a face obscura da exploração e miséria imposta à classe trabalhadora. Depois de visitar alguns bairros operários, conclui que os trabalhadores “londrinos tiveram que sacrificar a melhor parte da sua condição de homens para realizar estes milagres da civilização de que a cidade é fecunda”.⁴

Este espetáculo contraditório entre pobreza e riqueza podia ser facilmente visualizado em todas as grandes cidades. De um modo geral, o ambiente onde vivia a classe operária inglesa formava uma paisagem urbana peculiar, caracterizada por habitações simples, desconfortáveis e anti-higiênicas, por ruas sem pavimentação, sujas, repletas de lixo espalhado em todos os cantos, esgoto escorrendo pela superfície, etc. Nos bairros operários de Manchester, relata Engels, as famílias moravam em casas em estado precário, sujas e úmidas, as ruas eram deploráveis. Nessas condições era difícil imaginar a existência de uma vida familiar regrada, pois “só uma raça desumanizada, degradada, rebaixada a um nível bestial,

² Paul Lafargue, O direito à preguiça, 1999, p. 71.

³ Karl Marx. O capital: crítica da economia política, 1988, p. 483.

⁴ Friedrich Engels, A situação da classe trabalhadora na Inglaterra, 1985.

tanto do ponto de vista intelectual como moral, fisicamente mórbida, poderia sentir-se à vontade e sentir em casa”.⁵

Esta paisagem urbana do século XIX não era exclusividade da Grã-Bretanha. Tal cenário era perceptível também na França, Bélgica, Prússia, nos Estados Unidos e em qualquer lugar onde o sistema industrial tivesse florescido. Não era a paisagem em si que preocupava as autoridades sanitárias e outros segmentos citadinos, mas a proliferação de doenças que esses ambientes propiciavam. A cólera, por exemplo, era quase endêmica nos distritos mais pobres, e como ela não atingia apenas as “classes mais baixas” e se expandia para outras áreas urbanas, o medo da moléstia também chegava às casas das camadas mais ricas da cidade. Por isso, pode-se dizer que o medo das epidemias também ajudou a criar uma consciência em defesa da saúde pública e em prol de uma reforma sanitária.⁶

De um modo geral, a economia industrial, constituída pelo mundo das fábricas e por um novo ambiente urbano, provocou desordenamentos sociais e exigiu a implementação de medidas de controle e prevenção da saúde pública. Com o crescimento das cidades industriais e os aglomerados de enormes concentrações humanas, a saúde coletiva tornou-se um problema social. Assim, foi necessário enfrentar esse problema e se constituiu, então, a moderna Saúde Pública, desenvolvida originalmente no país da Revolução Industrial.⁷

No rastro da Revolução Francesa, as políticas de saúde pública também progrediram. À medida que se propagavam os ideais de *liberdade, igualdade e fraternidade*, questionava-se a ordem política-econômica que excluía a população trabalhadora dos direitos elementares de cidadania. No século XIX, as péssimas condições de moradia e trabalho da população francesa – da mesma forma que na Inglaterra – receberam a atenção de médicos, escritores, economistas e funcionários públicos, motivando investigações, inquéritos sanitários e pesquisas de cunho sociológico. De um modo geral, o movimento revolucionário e as guerras napoleônicas propiciaram experiências e ensinamentos, despertando nos médicos franceses a preocupação com a saúde pública, que aos poucos foi tomando forma de lei.⁸

Na era das revoluções e, principalmente, durante a consolidação do capitalismo industrial, surgiu uma medicina social destinada a estabelecer um controle sobre a força de trabalho. Trata-se de uma medicina preocupada com o corpo como força de produção, a serviço do Estado ou da economia industrial. Segundo Michel Foucault, pode-se vislumbrar

⁵ Ibid., p. 77.

⁶ Cf. George Rosen, Uma história da saúde pública, 1994, p. 161.

⁷ Ibid., p. 152-157.

⁸ Ibid., p. 188.

três experiências distintas na formação e no desenvolvimento desta medicina: a medicina de Estado desenvolvida na Alemanha no começo do século XVIII, a medicina urbana desenvolvida na França em fins do século XVIII e a medicina social desenvolvida na Inglaterra na segunda metade do século XIX. Na Alemanha, a saúde foi pensada para formar uma força de trabalho destinada não somente (nem principalmente) à indústria, mas ao Estado. Na França, Foucault destaca aspectos econômicos (quando a cidade passou a ser também um lugar de produção) e os movimentos políticos que emergiram com o aparecimento da classe operária, quando a revolta urbana passou a ser o principal foco de resistência e repressão, e quando a concentração populacional favoreceu o surgimento do “medo urbano” e da medicina urbana.⁹

A medicina urbana tinha como objetivos principais investigar, no espaço urbano, os lugares que podiam propiciar doenças ou focos geradores de moléstias epidêmicas ou endêmicas; controlar a circulação de água e ar; e controlar as fontes e esgotos da cidade. Percebe-se, então, que foi a partir da medicina urbana que surgiu a noção de salubridade.¹⁰

Na Inglaterra, a medicina evocou a *Lei dos pobres* para traçar e impor uma política de assistência e controle da população operária. Mediante a assistência aos pobres, justificava-se uma intervenção médica no corpo do trabalhador. O serviço de saúde destinado às camadas mais baixas da população era, ao mesmo tempo, uma forma de preservar a saúde dos mais pobres e também dos mais ricos, uma vez que a saúde dos primeiros era uma garantia de que os membros mais abastados da sociedade não seriam vítimas de moléstias epidêmicas. Ou seja, as políticas de higiene pública e de assistência médica dirigidas prioritariamente às classes desafortunadas funcionavam como dispositivos de controle social, favorecendo as camadas ricas.¹¹

No Brasil, as primeiras políticas modernas de saúde pública surgiram durante a construção do Estado e da nação, primeiramente no período imperial e depois na Primeira República. Enquanto a Europa estabelecia um novo padrão civilizatório com base no formato da sociedade industrial, parte das elites brasileiras sonhava com o ideal de uma civilização moderna. A partir da independência, no período do Brasil Imperial (1822-1889) e depois da

⁹ Michel Foucault, *Microfísica do poder*, 1979, p. 84-95.

¹⁰ Segundo Foucault, “salubridade não é a mesma coisa que saúde, e sim estado das coisas, do meio e seus elementos constitutivos, que permitem a melhor saúde possível. Salubridade é a base material e social capaz de assegurar a melhor saúde possível dos indivíduos. E é correlativamente a ela que aparece a noção de higiene pública, técnica de controle e de modificação dos elementos materiais do meio que são suscetíveis de favorecer ou, ao contrário, prejudicar a saúde [grifo meu]. Salubridade e insalubridade são os estados das coisas e do meio enquanto afetam a saúde; higiene pública - no séc. XIX, a noção essencial da medicina social francesa - é o controle político-científico deste meio”. (Op. cit., p.93).

implantação do regime republicano de 1889, o imaginário da civilização juntou-se com o projeto de construção do Estado Nacional. Desde o Império idealizou-se a construção de uma nação civilizada, ideal propagado pelas elites intelectuais do século XIX e difundidos por instituições, como o Instituto Histórico e Geográfico Brasileiro (IHGB), a Academia Imperial de Medicina e a Academia Imperial de Belas Artes.

A partir da Primeira República, principalmente nas primeiras décadas do século XX, uma nova geração de intelectuais manifesta o desejo de romper definitivamente com as raízes coloniais, problematizando os modelos e os costumes importados da Europa. Intensifica-se um movimento cultural seduzido pelo ideal de um Brasil moderno de origem nacional, movimento cristalizado na Semana de Arte Moderna, em 1922. No mirante da utopia de uma nação que estava por ser construída, intelectuais e instituições foram seduzidos e atraídos para edificar uma moderna sociedade civilizada. Nesse cenário, a ciência médica e suas diversas especialidades receberam novas competências. Em 1899, por exemplo, o diretor da Gazeta Médica da Bahia, dr. Pacifico Pereira, explicita para os seus leitores o papel da medicina higiênica:

A hygiene é a primeira necessidade de um povo, e não há paiz civilizado em que não esteja radcada a comprehensão e a pratica dessa verdade. MENS SANA IN CORPORE SANO é o lemma da educação physica e mental do indivíduo, como é o saneamento physico e moral do povo que constitue o vigor, a felicidade e a principal riqueza da nação... **O saneamento é a exigencia da civilização** [grifo meu], que o patriotismo e a humanidade estão impondo como uma necessidade inadiável [sic!].¹²

No âmbito da medicina científica e da higiene pública, desenvolvida a partir do final do século XIX, os médicos propuseram-se a participar ativamente do grande empreendimento da nação, arvorando-se em agentes civilizadores. A medicina nativa pretendia contribuir não somente para controlar as epidemias, mas também para auxiliar na formação ética e moral do tipo ideal do homem brasileiro. No controle das moléstias, preconizava-se que o mais importante era a prevenção, na qual uma nação civilizada ou que visava alcançar o padrão civilizatório deveria investir. Fundamentado nesse princípio elementar da medicina higienista, defendia-se a intervenção no cotidiano dos lares, nos portos, escolas, estabelecimentos comerciais e industriais. Além de prescrever mudanças nos hábitos alimentares, indumentária

¹¹ Ibid., p.95.

¹² In: Lília Moritz Schwacz, O espetáculo das raças, 1993. p. 206.

e costumes em geral, era necessário sanear os lugares públicos e privados, bem como incutir hábitos de higiene nas crianças, desde a mais tenra idade.¹³

Na condição de agentes civilizadores, médicos e engenheiros de formação positivista tornaram-se missionários da ordem e do progresso. Juntas, medicina e engenharia eram vistas como instrumentos da ciência, cujo papel era promover a saúde coletiva da futura nação moderna que se almejava construir. Em 1936, por exemplo, José de Albuquerque afirmava que os processos médicos de saneamento deveriam estar sintonizados com o da engenharia. Quando o médico terminava a sua obra, o engenheiro estava pronto para começar a sua, e ambos tinham “um campo comum de trabalho no aperfeiçoamento das condições higiênicas, na manutenção dos recursos naturais, preservando a saúde e protegendo a vida da humanidade”. Para construir esta obra, no entanto, era preciso considerar que o construtor não poderia “erguer um arranha-céu de cimento armado munido de todos os requisitos modernos de conforto e higiene num terreno que esteja sendo ocupado por pardieiro velho, apodrecido e bichado sem previamente destruí-lo”; e o médico também não poderia “erigir o edifício da verdade num terreno ocupado por outro construído sob a égide do preconceito, se não se der ao trabalho preparatório de previamente demolir”. Havia, portanto, “a técnica para demolir e a técnica para construir”.¹⁴

Para edificar os pilares da futura nação moderna, recomendava-se um conjunto de medidas profiláticas com o objetivo de evitar a formação de ambientes insalubres e anti-higiênicos, assim como o desvio de condutas que pudessem afetar a saúde física e mental do indivíduo. Como base nesse diagnóstico, não era difícil enxergar o modo de vida e a cultura das camadas populares como algo que deveria ser demolido. Embora algumas autoridades menos preparadas tenham se utilizado da força física neste processo de demolição, os idealizadores dessa organização social higienizada, moderna e civilizada, acreditavam que a forma mais eficiente para se construir esse novo edifício social era por meio da educação. Assim, a escola e a família deveriam passar por uma reforma para se transformar em instrumentos eficientes da mudança.¹⁵

Na década de 1930, a utopia da identidade nacional ainda estava na ordem do dia. Os médicos, higienistas e sanitaristas formavam uma das forças ideológicas mais esclarecidas quanto ao projeto de desenvolver uma nação industrial moderna. Propunham uma medicalização social em prol de uma sociedade saudável, civilizada e produtiva. Imaginavam

¹³ Cf. Lília Moritz Schwacz, *op. cit.*, p. 207.

¹⁴ In: Micael M. Herschmann e Carlos Alberto Messeder Pereira, *A invenção do Brasil moderno*, 1994, p. 44-45.

¹⁵ Cf. Micael M. Herschmann e Carlos Alberto Messeder Pereira, *op.*, p. 56-57.

um tipo ideal de sociedade e de homem/mulher e, dessa forma, discriminavam os indivíduos inadequados aos modelos idealizados. Os “vícios”, a “ignorância” e todo o tipo de desvio que não se enquadrava no modelo planejado era apontado como uma doença social que deveria ser tratada pela medicina.

No campo institucional, várias instituições foram chamadas para participar da execução do projeto modernizador. Entre as instituições que partilhavam do ideal de um Brasil moderno, destaca-se as Faculdades de Medicina do Rio de Janeiro e da Bahia. Enquanto os médicos cariocas preocuparam-se com as doenças epidêmicas e os maus hábitos da população, os médicos baianos dirigiram suas atenções a moléstias transmitidas hereditariamente. Havia uma dose de rivalidade entre os grupos dirigentes das duas escolas de medicina, mas ambas prescreviam a necessidade de normatizar, secularizar e formatar hábitos e costumes, visando uma sociedade higienizada e civilizada.¹⁶

As divergências de concepção e os interesses individuais e de grupo delimitavam os conflitos internos, mas todos encaravam a ciência médica como neutra e superior a qualquer outra medicina considerada não-científica. No âmbito externo, o problema central estava na resistência das camadas populares, ainda impregnadas pelos códigos de valores do período colonial e imperial. Por isso, essa primeira geração de médicos-cientistas da Primeira República brasileira formulou um projeto nacional de saneamento e higienização, tendo como uma das estratégias principais a educação do povo. O Estado, sob o comando ou a orientação da classe médica, deveria intervir no social com o propósito de criar a estrutura e a ideologia de uma nova edificação voltada a esse objetivo, assim como assegurar os dispositivos necessários para modelar um novo indivíduo.

No contexto da Primeira República e sob a autoridade do Estado, educadores, médicos, higienistas e sanitaristas incumbiram-se de modelar o perfil ideal do tipo brasileiro, independentemente de sua condição social, que deveria perpassar todas as classes sociais e não apenas uma. A partir de 1930, os agentes civilizadores propõem-se a contribuir para a formação do trabalhador e do empresário moderno, tendo em vista a sociedade industrial.¹⁷

¹⁶ Ibid., p.51. Na percepção de Herchmann, esses intelectuais que ocuparam os meios de comunicação nas três primeiras décadas do século XX, juntamente com a vanguarda modernista da década de 1920, “formularam modelos, condutas, uma imagem do país”, ou seja, “inventaram um Brasil, o *Brasil moderno*”. Dentre esses atores sociais, o discurso médico constituiu-se em “um dos pilares do paradigma moderno”. Imaginaram um “corpo social sadio” que seria construído por meio de práticas normatizadoras e regenerativas. Os médicos foram os primeiros cientistas que se organizaram institucionalmente, afirma Herchmann.

¹⁷ Na visão de Iraci Galvão Salles, um dos projetos que surgiu no contexto da Primeira República foi a “transformação do *caboclo* em trabalhador nacional-civilizado. Salles diz que Monteiro Lobato “redimiou-se da construção do Jeca Tatu, esculpindo o CABLOCO através do receituário dos higienistas e do programa de saneamento para a população rural”. Os eugenistas, continua a autora, “deram contorno definitivo a sua figura

Foi nestes dois períodos que se desenvolveram as bases iniciais das políticas de saúde pública do Brasil. Seja em nome da nação, do aperfeiçoamento da raça, seja em prol do desenvolvimento econômico, para evitar a proliferação de doenças contagiosas e a disseminação de idéias subversivas no seio de populações famintas e doentias, a ideologia da saúde pública moderna desenvolveu-se de forma indissociável de um projeto educacional civilizatório. Mais do que educar a população, era necessário mudar seus hábitos, disciplinar suas condutas e elevar seu padrão de civilidade. Esses objetivos foram sendo alcançados na medida em que se construiu uma extensa rede de instituições formada por postos comunitários de saúde, hospitais, escolas e centenas de programas e serviços de profilaxia e combate às doenças; disseminaram-se os postos de vacinação e a prática da vacina; difundiu-se uma infinidade de programas de educação sanitária por meio de folhetins populares, cinema, rádio e televisão; foram criadas mais faculdades de medicina, cursos na área de enfermagem e na área da saúde.

Em nome da saúde pública e do bem-estar geral da população, instituiu-se um controle social sobre vilas e bairros operários e comunidades rurais, assim como sobre fábricas, indústrias e comércio; estabeleceu-se a prática da visita domiciliar feita por médicos, enfermeiras e assistentes sociais; e se investiu nas escolas, um espaço estratégico para atingir não somente a população infantil, mas também os pais e professores. Em toda essa vasta rede de instituições e serviços desenvolvidos no âmbito das políticas de saúde pública, sob direção e controle do Estado, não há uma ação sequer que não esteja impregnada de um propósito pedagógico, moralizador e civilizador.

Há pesquisadores que se preocupam em demonstrar o caráter de classe das políticas de saúde pública. Nesta perspectiva, destaca-se que os serviços de saúde estão subordinados aos interesses do capital, da burguesia ou das classes dominantes. Mesmo levando em conta os interesses políticos e econômicos, parece insuficiente a tese de que a saúde pública tenha sido moldada exclusiva ou prioritariamente, segundo os interesses e necessidades do capitalismo.¹⁸

por meio de um projeto bem elaborado de controle da população, visando a sua seleção e melhoria da raça. Estava projetada a imagem do trabalhador nacional civilizado: sob a autoridade do Estado, controlado por educadores, médicos eugênicos e higienistas, propunham os reformadores da República uma nacionalidade fundada no trabalhador nacional, submetida ao controle do Estado e a uma teia de macro e micro-poderes cuja estrutura foi gestada no final dos anos 10, desenvolvida nos anos 20 e imposta como vitoriosa sob o Estado Novo em 1937” In: Iraci Galvão Salles, *República: a civilização dos excluídos (representações do trabalhador nacional – 1870-1919)*. São Paulo: USP, 1995. p. 10-11 (Tese de Doutorado em História). p. 10-11.

¹⁸ Ao analisar os *cem anos de saúde pública* no Brasil, por exemplo, Massako Lyda preocupou-se em demonstrar o caráter de classe das políticas de saúde pública instituídas pelo Estado brasileiro. A autora salienta que é necessário superar a visão comum de uma “Saúde pública dos mosquitos, das vacinas, do leite; ou da consciência idealista da Saúde Pública como agente de transformação da indigência”. Sua pesquisa procura demonstrar “o que a Saúde Pública realmente é, mas não aparenta, e o que aparenta ser, mas não é.”¹⁸ Na ótica do capital, diz

Ao focalizar a atuação da medicina higienista sobre a classe trabalhadora ou as camadas populares, evidenciando o seu caráter moralizador e disciplinador, outros pesquisadores acentuam uma visão parcial do processo de higienização da sociedade.¹⁹ Não há dúvida de que, a partir da década de 1920, principalmente, as políticas de saúde pública, a medicina higienista e sanitarista desenvolveram-se sob a dinâmica do capitalismo industrial, tomando a forma de um controle social influenciado por interesses políticos-econômicos. Todavia, há outras funções e uma complexa constelação de interesses e forças que atuam com, contra e sobre o Estado. Na sociedade industrial, as questões de ordem econômica assumiram importância primordial, mas não há evidência sustentável que demonstre que as políticas de saúde pública estão ou foram meramente implementadas em função da manutenção e do desenvolvimento da ordem capitalista, ou devido apenas aos interesses predominantes da burguesia. No âmbito do Estado, delineia-se um intrincado processo permanente de disputas políticas, contradições de interesses no próprio campo da burguesia e, principalmente, um movimento de pressão que se difunde e irradia a partir das preocupações e medos – individuais e coletivos – que emergem na sociedade. A economia industrial está inserida no movimento da civilização ocidental. A medicina e as políticas de saúde pública funcionavam como instrumentos de um Estado que se prontifica a construir uma nação civilizada, moderna e industrial.

No período da primeira República, médicos, higienistas e sanitaristas preconizavam a necessidade de intervir no modo de vida da população urbana e rural porque idealizavam a edificação de uma sociedade civilizada. A partir de 1930 intensifica-se um movimento dirigido à sociedade industrial moderna, que também faz parte do movimento da civilização. Mesmo contabilizando o grau de controle da população para fins políticos ou econômicos, havia uma preocupação predominante em incutir hábitos de higiene e difundir políticas de saúde pública, visando a estabilidade, o equilíbrio e o progresso sociais. Os médicos, muito mais do que agentes do capitalismo, eram agentes da civilização.

ela, o que interessa é uma quantidade mínima de força de trabalho apta ao trabalho produtivo. Este não se interessa pela qualidade de vida da população. Não pode haver riscos, no entanto, de disseminação e transmissão de doenças que afetem essa quantidade mínima e, principalmente, a vida das “classes dominantes”. Por isso, o papel fundamental da Saúde Pública é esse, ou seja: “o controle de determinados tipos de doenças, passíveis de serem transmitidas às classes dominantes, e não todas ou quaisquer doenças que em nada afetam as outras classes e, se as afetam, não traduzem conseqüências tão graves como para a classe trabalhadora. Proteção às classes capitalistas e disponibilidade de classes trabalhadoras, as classes sociais, eis a área de atuação da Saúde Pública”. Massako Lyda. Cem anos de saúde pública: a cidadania negada. São Paulo: UNESP, 1994. p. 20.

¹⁹ Ver Margareth Rago. Do cabaré ao lar: a utopia da cidade disciplinar: Brasil 1890-1930. 3.^a ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1997.

Estado, nação e higiene pública: discursos e práticas governamentais

As condições sanitárias do Rio de Janeiro, actualmente, são as mais propícias e hoje nos podemos ufanar de haver transformado a nossa grande metropole, antes flagellada por mortíferas epidemias, numa das cidades mais salubres do mundo [sic!].²⁰

Na década de 1920, o Rio de Janeiro podia não ser uma das cidades mais salubres do mundo, como descreve o Presidente Arthur Bernardes, mas os dados oficiais revelam que nessa época a União ainda concentrava as políticas de saúde pública na capital da República. Para demonstrar a eficácia do método profilático e a competência de seu governo, Arthur Bernardes informa ao Congresso Nacional que, no período de 1922 a 1924, o coeficiente de letalidade havia diminuído de 20,17, por mil, para 16,04. O número de óbitos provocados por doenças contagiosas estava baixando de “modo sensível” e, na capital, o índice de nascimentos estava atingindo um “*superavit* animador”.²¹

Em 1926, a cidade do Rio de Janeiro, segundo versão oficial, já havia extinto as grandes epidemias porque estava aparelhada com uma “organização moderna e eficiente de medicina preventiva”. O governo federal não se preocupava apenas com o “futuro de nossa raça” e com o aumento da população, mas também com o intercâmbio com outras nações, assegurando condições de saúde para o estrangeiro que aportasse no Brasil.²²

Outro aspecto positivo destacado pelo governo de Arthur Bernardes era a expansão dos serviços sanitários para além da capital da República. Ao contrário do que existia antes de 1920, “devemos assinalar com ufania” a difusão das “idéias novas de progresso por toda parte”, distribuindo serviços de saúde por todos os Estados. Em diversas capitais estaduais havia “serviços perfeitos de higiene” e “muitas pequenas cidades do interior” estavam reconhecendo a importância dos serviços sanitários.

A União e os Estados estavam fazendo a parte que lhes cabia, mas faltava a participação efetiva dos municípios. Diante da insuficiência de recursos financeiros, era

²⁰ Brasil, Mensagem apresentado ao Congresso Nacional na Abertura da Segunda Sessão da Décima Segunda Legislatura pelo Presidente da República Arthur da Silva Bernardes, 1925. p. 33.

²¹ Ibid., p. 33.

²² Brasil, Mensagem apresentado ao Congresso Nacional na Abertura da Terceira Sessão da Décima Segunda Legislatura pelo Presidente da República Arthur da Silva Bernardes, 1926.

necessário contar com a participação dessas localidades, levando seus administradores a também se preocuparem com a saúde pública e organizar serviços de higiene na comunidade. Como tais governos não dispunham de condições técnicas para implementar modernos serviços de higiene pública, havia “a necessidade da intervenção dos governos centrais, a fim de promover, auxiliar e modelar as organizações municipais de higiene, que constituem os sólidos alicerces do saneamento definitivo do Brasil”.²³

Esse impulso inicial aos municípios já estava sendo feito por meio dos serviços de profilaxia rural, em que o governo difundia e educação sanitária para as populações do interior dos Estados. Havia certas deficiências e vícios que precisavam ser corrigidos. Mesmo assim, o governo de Arthur Bernardes contabilizava alguns resultados positivos, principalmente em determinadas zonas rurais onde a população sertaneja estava “adquirindo novo vigor para o trabalho” e recuperando a “robustez” e toda a saúde física que as doenças haviam lhes roubado.²⁴

Nessa época, o governo brasileiro começa a ressaltar a vitória sobre duas moléstias que havia muito tempo vinham ceifando inúmeras vidas: a varíola e a febre amarela. Em 1924, o governo informa ao Congresso Nacional que a varíola, considerada uma doença incompatível com a civilização, havia desaparecido totalmente da capital do país, “graças à prática sistemática e intensiva do método imunizante”.²⁵ A febre amarela, que outrora contribuía para aumentar o índice de mortalidade e ainda causava grandes prejuízos no intercâmbio com outras nações, também estava praticamente extinta no Rio de Janeiro, ocorrendo apenas “casos esporádicos” em um ou outro Estado.²⁶ Em 1929, tanto a febre amarela como a varíola já davam sinais de que estavam sob controle, aparecendo apenas sob a forma de pequenos surtos em algumas regiões. Nesse ano a febre amarela ressurgiu e contribuiu para elevar o coeficiente de mortalidade do Rio de Janeiro, mas o Departamento Nacional de Saúde Pública salientava que “dadas as proporções da cidade, suas condições topográficas e sua densa população, não foi assustador o número de casos”. Assim que eclodiu o ataque da moléstia, “a defesa e a agressão puderam dominar a situação, tanto mais de recear quando se tratava de uma manifestação epidêmica em doença de fácil disseminação,

²³ Ibid., p. 115.

²⁴ Ibid., p. 115.

²⁵ Brasil, Mensagem apresentada ao Congresso Nacional, op. cit., 1925, p.33.

²⁶ Ibid., p.37.

porque se serve de veículo alado, de assombrosa multiplicação, sobretudo durante os meses de verão, em que se reduz quase à metade o ciclo normal da evolução do inseto transmissor”.²⁷

Para combater a febre amarela, os serviços profiláticos foram intensificados na capital e estendidos para outras regiões do país. Segundo os dados oficiais, “pouco mais de dez mil homens foram utilizados no serviço do Distrito Federal e perto de mil no Estado do Rio”. Entre as ações de combate, “desde o início dos trabalhos todas as casas da cidade, subúrbios e zona rural, inclusive terrenos e logradouros públicos”, foram visitados, “pelo menos uma vez por semana, pelas turmas de profilaxia antilavrária”. Nas demais regiões, os serviços de profilaxia eram feitos com a colaboração da “benemérita” Fundação Rockefeller.

O governo brasileiro considerava a febre amarela um problema nacional e ressaltava que havia realizado a maior campanha sanitária do mundo. Em seu discurso oficial, dirigido aos deputados e senadores, o presidente Washington Luis lembra que todos os povos estavam “sujeitos ao assalto de doenças infecciosas, que cresceram com a civilização”, e que se disseminavam de forma mais rápida devido aos modernos meios de transportes. Por isso, era necessário equipar as repartições de Saúde Pública com os recursos necessários para combater eficientemente as moléstias epidêmicas. Neste sentido, o Laboratório Bacteriológico do Departamento nacional de Saúde Pública cumpria um importante papel, desenvolvendo “modernas técnicas” sanitárias de combate a determinadas doenças contagiosas.

No luta contra a tuberculose, a estratégia adotada era outra. Além de hospitais destinados ao tratamento de doenças infecciosas, os tuberculosos recebiam algum tipo de cuidado médico em centros de saúde e dispensários. A experiência e os resultados alcançados nos centros de saúde indicavam a necessidade de ampliar as unidades para além dos centros urbanos, pois já era evidente uma “incontestável vantagem” para as populações.

Em termos de políticas de saúde pública, havia muito que se fazer para recuperar a saúde das populações sertanejas nos idos dos anos 20. Todavia, cada vez mais se intensifica um movimento de pressão sobre o Estado, exigindo-se serviços permanentes de controle de doenças em todo o território nacional. O diagnóstico oficial indicava que as endemias ainda dominavam diversas regiões, enfraquecendo a população trabalhadora. As autoridades sanitárias prescreviam a necessidade de combater as endemias, argumentando que se tratava de medida imprescindível para tornar o trabalho humano produtivo e constituir uma economia nacional forte e saudável.

²⁷ Brasil, Mensagem apresentada ao Congresso Nacional pelo Presidente da República Washington Luis P. de Sousa, 1930. p.57.

Apesar dos poucos recursos orçamentários de que dispunha o Departamento de Saúde Pública, procurava-se enfatizar as ações realizadas durante as campanhas de guerra sanitária.²⁸ Em 1929, por exemplo, o governo brasileiro procurou repercutir os elogios de higienistas internacionais que estiveram no Brasil para participar dos congressos médicos em homenagem ao Centenário da Academia Nacional de Medicina. Segundo relatório oficial, a Conferência Sanitária, promovida pela União Sanitária Pan-americana, aprovou voto de “alta significação internacional”, outorgando “um voto de aplauso às autoridades sanitárias da República do Brasil pelos extraordinários esforços empregados e pelo vigor com que combateram a febre amarela”.²⁹

A partir de 1930, o papel do Estado brasileiro foi redirecionado devido a um novo projeto de desenvolvimento para o país. Getúlio Vargas achava que o Estado deveria ser o “coordenador e disciplinador dos interesses coletivos ou a sociedade organizada como poder, para dirigir e assegurar o seu progresso”.³⁰ Ele redefiniu a estrutura administrativa do Estado com o propósito de construir uma nova ordem econômica e social que colocaria o Brasil no nível das nações industriais civilizadas. Com base nesse grande empreendimento, reorganizou a estrutura do Estado para disciplinar as forças econômicas e a classe trabalhadora. Assim, as políticas econômicas, comerciais, sociais, educacionais e também as de saúde pública foram implementadas em função desse novo modelo de desenvolvimento.

Nos primeiros anos do governo Vargas, as autoridades sanitárias afirmaram que a peste, a varíola e a febre amarela já estavam controladas. A melhoria das condições de saúde da população, principalmente da capital da República, era atribuída ao poder público como resultado da expansão das unidades sanitárias, coordenadas pelo Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP). Era necessário, no entanto, estender a organização sanitária para todo o território brasileiro. O diretor do DNSP propunha criar novos centros de saúde e aparelhar melhor as inspetorias existentes, com o objetivo de “irradiar” para todos os Estados,

²⁸ Até 1930, a estrutura de controle da saúde pública do governo brasileiro era coordenada pelo Departamento Nacional de Saúde Pública. Nos primeiros quarenta anos da República, o Brasil ainda não dispunha de uma estrutura nacional de combate e controle das principais moléstias infecciosas que proliferavam no território brasileiro, até porque o Estado Nacional estava na sua fase inicial de construção. A atuação do Departamento Nacional de Saúde Pública restringia-se basicamente ao Rio de Janeiro, a capital da república. Mesmo assim, houve um processo de aprendizagem e experiência decorrente das ações sanitárias dirigidas principalmente contra a febre amarela, varíola, tuberculose, lepra e outras doenças epidêmicas.

²⁹ Brasil, Mensagem apresentado ao Congresso Nacional, op. cit., 1930, p. 59.

³⁰ Brasil, Mensagem do Chefe do Governo Provisório, lida perante a Assembléia Nacional Constituinte, no ato da sua instalação, 1933. p. 23.

“fundando-se hospitais, sanatórios e preventórios contra tuberculose, dilatando-se a esfera de ação da Inspetoria de Higiene Infantil e cuidando-se, principalmente, do problema da lepra”.³¹

Ao assumir o controle do Estado, Vargas renovou os compromissos e contratos com a Fundação Rockefeller e, em 1932, foi ampliado o contrato com a Fundação, visando executar medidas de combate à febre amarela em todo o país. Nessa época, as autoridades sanitárias afirmam que a peste, a varíola e a febre amarela já estavam controladas. A melhoria das condições da saúde da população, principalmente da capital da República, era atribuída ao poder público como resultado da expansão das unidades sanitárias, coordenadas pelo Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP). Era necessário, no entanto, estender a organização sanitária para todo o território brasileiro, ampliando o número de hospitais e os serviços de higiene.

Getúlio Vargas considerava a educação um meio imprescindível para se constituir uma grande nação, uma forma de redenção do povo brasileiro. Ele estava convencido de que era necessário “dar ao sertanejo, quase abandonado a si mesmo, a consciência dos seus direitos e deveres, fortalecer-lhe a alma, convencendo-o que existe solidariedade humana”. Era preciso aperfeiçoar o seu estado físico “pela higiene e pelo trabalho, para premiá-lo, enfim, com a alegria de viver, proveniente do conforto conquistado pelas próprias mãos”.³²

Na visão de Vargas, o sertanejo era o mesmo homem que havia desbravado a natureza amazônica e o acre; era o mesmo homem de alma forte e de sentimento patriótico que sempre atendeu os chamados da nação em momentos de emergência nacional. Portanto, se ele estava em estado de miséria e abandono, em uma situação de ignorância e combalido pela moléstia, indolente e sem iniciativa, “culpemos a nossa incúria e imprevidência”. É aí que entra o papel crucial do Estado e, sobretudo, da Educação, pois daí a esse sertanejo “farta alimentação e trabalho compensador; criai-lhe a capacidade de pensar, instruindo-o, educando-o, ele rivalizará com os melhores homens do mundo”, salientava o Presidente. O país precisava convencer-se de que todo o brasileiro poderia ser “um homem admirável e um modelar cidadão”, mas para isso só havia um meio, “uma só terapêutica, uma só providência”, era necessário que todos os brasileiros recebessem educação, no seu sentido amplo e social.³³ Na estrutura administrativa, o Ministério da Educação e Saúde tinha um relevante papel a desempenhar. Vargas salienta que “todas as grandes nações, assim merecidamente consideradas, atingiram nível superior de progresso, pela educação do povo”. Ele não se

³¹ Brasil, Ministério da Educação e Saúde Pública, 1932, p. 92.

³² Brasil, Mensagem do Governo Provisório, op. cit., 1933, p. 138-139.

³³ Ibid., p. 139.

referia à educação apenas como o ensino das letras, mas sobretudo da educação que abrangia a formação “física e moral, eugênica e cívica, industrial e agrícola”.³⁴

Entretanto, os objetivos educacionais não seriam alcançados se o povo continuasse dominado ou debilitado por moléstias que se disseminavam por todo o país. Vargas considerava as políticas de educação e saúde pública como “questões interdependentes e correlatas por natureza e finalidade”. Ressaltava que se o homem era valorizado pela “cultura da inteligência”, como ele poderia atuar no “sentido de eficiência social” se por motivos de doenças “congenitas ou adquiridas” estivesse debilitado ou em um ambiente hostil, “impróprio à vida saudável e sem condições de adaptação produtiva”? Assim, o poder público deveria “desdobrar-se incessantemente para bem atender aos problemas da higiene no duplo aspecto de saneamento e assistência”, pois “o progresso de qualquer país exige-lhe solução pelo menos parcial, traduzida em medidas capazes de assegurar a defesa sanitária das populações”³⁵, função do Departamento Nacional da Saúde Pública.

Getúlio Vargas assumiu o controle do Estado, prometendo construir uma nação de trabalhadores para os trabalhadores, preconizando uma harmonia disciplinar entre força de trabalho e capital. Em discurso dirigido aos deputados e senadores, em 1933, lembra que “a escravidão viera até as portas da República e o trabalho livre instituiu-se completamente desorganizado”. Do seu ponto de vista, as autoridades governamentais da Primeira República não se preocuparam com a organização do trabalho, o que permitiu a cristalização de uma “mentalidade política, predominante na orientação governamental, que julgava o problema operário, no Brasil, simples caso de polícia”.³⁶ Assim, “era natural que, em ambiente tão pobre de visão social, não encontrassem eco as reivindicações trabalhistas, mesmo as mais elementares”, como as que já faziam parte da legislação dos “países cultos”. O pouco que havia sido feito restringia-se a algumas matérias referentes a dispositivos sobre acidentes de trabalho e políticas de seguro e assistência propiciados pelas caixas de aposentadorias e pensões. Todo o resto estava por ser criado e organizado, afirma Vargas. Por isso, “a revolução teve de começar pela providência inicial: – a criação do órgão governamental incumbido da importante tarefa – o Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio”.³⁷

Ao contrário dos que o acusavam de hostilizar o capital, Vargas desejava atraí-lo e, a ao mesmo tempo, discipliná-lo. Em relação aos trabalhadores, o Governo Provisório

³⁴ Ibid., p. 138.

³⁵ Ibid., p. 149.

³⁶ Ibid., p. 155.

³⁷ Ibid., p. 157.

preocupava-se “em transformar o proletariado em força orgânica, capaz de cooperar com o Estado, e não o deixar, pelo abandono da Lei, entregue à nação dissolvente de elementos perturbadores”. O Presidente conhecia os direitos preconizados pela Organização Internacional do Trabalho (OIT), organismo internacional surgido no processo de paz instituído pelo Tratado de Versalhes, de 1919. Dentre os direitos defendidos pela OIT, conhecia as medidas destinadas à proteção dos trabalhadores contra moléstias e acidentes do trabalho; proteção à infância, aos adolescentes e às mulheres; e pensões aos idosos e inválidos.³⁸

Em termos estruturais, até 1934 os serviços de saúde pública do Rio de Janeiro eram organizados pela Diretoria dos Serviços Sanitários do Distrito Federal e pela Diretoria de Saneamento Rural, incluindo as inspetorias especializadas de Tuberculose, de Doenças Venéreas, e os Serviços de Profilaxia da Higiene Infantil, Higiene Industrial e outros. De acordo com o diagnóstico da época, os serviços existentes na Capital da República estavam dispersos em vários setores, não havendo uma articulação e coordenação nas ações realizadas. Identificado o problema, o governo provisório decretou, em julho de 1934, a criação de centros de saúde. A partir desta reforma, “todas as atividades sanitárias locais, de cada bairro da cidade, passaram a ser desempenhadas num só estabelecimento”, ou seja, no centro de saúde.³⁹ Assim, a cidade do Rio de Janeiro foi dividida em doze distritos, cada uma com o seu centro de saúde.

Em 1937, a Capital da República contava com doze Centros de Saúde, um em cada distrito sanitário. Atendia cerca de 150 mil habitantes, “com serviços completos de administração, registro, estatística, propaganda, higiene pré-natal e da criança, doenças contagiosas, inclusive tuberculose, lues e mal de Hansen, polícia sanitária, higiene da alimentação, higiene do trabalho, exames de saúde, laboratório, enfermagem”. Graças aos meios de transportes e a um maior número de enfermeiras, as atividades foram ampliadas, “essencialmente no que concerne à profilaxia da tuberculose e da lepra e ao controle das doenças transmissíveis”.⁴⁰ Fora da capital, o governo federal não tinha nenhuma administração sanitária instalada nos Estados. Havia, no entanto, alguns serviços especializados, como o serviço de profilaxia da febre amarela, lepra, peste, malária, sífilis e o de assistência aos “psicopatas”. Nos serviços de alcance geral, o governo Vargas contava

³⁸ Ibid., p. 168.

³⁹ Brasil. Mensagem apresentada ao Poder Legislativo em 3 de maio de 1935 pelo Presidente da República Getúlio Dornelles Vargas, 1935, p. 91.

ainda com o de Educação Sanitária, a Polícia Sanitária dos Portos, o de Assistência Hospitalar e o de amparo à maternidade e à infância. O Ministério da Educação e Saúde tinha também a incumbência de prestar assistência técnica, por meio de médicos sanitaristas e da propaganda, para auxiliar os governos estaduais e municipais a organizarem suas unidades sanitárias.

Na segunda metade da década de 1940, o governo do General Eurico Gaspar Dutra, sucessor de Getúlio Vargas, também acreditava que as condições de saúde da população brasileira estavam relacionadas com o desenvolvimento econômico do país. Em 1947, na tradicional mensagem enviada anualmente à Câmara dos Deputados, o Presidente fez uma “séria advertência” ao Congresso Nacional e ao povo brasileiro sobre a “gravidade do problema” das moléstias e dos precários recursos médicos preventivos e curativos de que dispunha o país. Lembrando os resultados do censo de 1940, Dutra afirma que a população brasileira estava “longe ainda de perder as características com que se apresentava no início deste século”. O povo brasileiro, segundo ele, que há séculos vem lutando para “desenvolver uma civilização neste país de clima tropical e de recursos difíceis”, continuava pagando “pesado tributo à morte, por não ter conseguido dominar as endemias rurais e as moléstias que, de endêmicas nas grandes cidades, passaram a invadir vilas e campos, em ondas epidêmicas”.⁴¹ Em todos os recantos do país, a malária, as verminoses, o tracoma, a boubá, peste bubônica, tuberculose, sífilis, as febres tifóides, disenterias, dentre outras, grassavam a vida da população brasileira, contribuindo para “retardar o desenvolvimento econômico e o progresso do País”.⁴² Considerando o Brasil “a maior experiência conhecida de adaptação da civilização européia a um ambiente tropical”, Dutra acreditava que “a melhoria das condições sanitárias e o desenvolvimento econômico-social” eram aspectos “co-extensivos do mesmo problema” e, conseqüentemente, fatores imprescindíveis de progresso.⁴³

Utilizando dados do censo de 1940, o governo informa aos congressistas de que o crescimento populacional era elevado e a mortalidade, principalmente a infantil, continuava competindo em nível de igualdade com os índices de nascimento. Cerca de 20% da população infantil não ultrapassava o primeiro ano de vida e a probabilidade de morte de homens de 30 anos de idade, em certas capitais, era “mais de seis vezes superior” do que nos países de “alto nível sanitário”. Entre as causas de morte da população infantil, cuja estimativa girava em

⁴⁰ Brasil, Mensagem apresentada ao Poder Legislativo em 3 de maio de 1937 pelo Presidente da República Getúlio Dornelles Vargas. Rio de Janeiro, 1937. p. 140.

⁴¹ Brasil, Anais da Câmara dos Deputados. Mensagem apresentada ao Poder Legislativo, em 15 de março de 1947, pelo Sr. Presidente da República Eurico Gaspar Dutra, março de 1947. p. 55-56.

⁴² Ibid., p. 56-57.

torno de 500 mil por ano, Dutra destaca a “ignorância, o pauperismo, a saúde precária dos pais e outros fatores de ordem social e econômica”.⁴⁴

Dois anos mais tarde, o governo reconhece que as condições de saúde do povo ainda eram dramáticas. Todavia, avalia que as ações sanitárias realizadas nos primeiros três anos de administração estavam promovendo um “verdadeiro movimento de recuperação nacional”. Dutra qualificava os serviços de saúde pública pelo seu “elevado grau de organização técnica” e pela estrutura administrativa que estava “aparelhada para atender às necessidades do país”.⁴⁵

A comprovação de que o governo federal estava promovendo um amplo movimento de recuperação nacional era atribuída aos “êxitos colhidos nas campanhas contra a febre amarela, malária, peste e o cólera”, além do controle sobre a lepra, tuberculose e as febres tifóides. Nos discursos dirigido ao Congresso Nacional, o governo procura amenizar os problemas de saúde da população, evidenciando a estrutura de controle da saúde pública existente no país:

Dispomos, hoje, de serviços que já atingiram elevado grau de eficiência, como o Serviço Nacional da Febre Amarela, Serviço Nacional da Peste e Serviço Nacional dos Portos. Outros atravessam fase de plena expansão, através dos quais realiza o Governo trabalhos excepcionais, em larga escala, sob a forma de campanhas, como o Serviço Especial de Saúde Pública, que, fortalecido pela cooperação norte-americana, desenvolve amplo programa de assistência sanitária no Amazonas e no Vale do Rio Doce [sic!].⁴⁶

As realizações desenvolvidas no âmbito das políticas de controle da saúde pública tinham a preocupação de estender a assistência médica e os serviços de profilaxia a toda a população do país. Por meio do Ministério da Saúde, o governo federal procurava combater as epidemias e as endemias presentes em praticamente todo o território nacional. Em 1950, os dois maiores flagelos do Brasil, segundo discurso de Gaspar Dutra dirigido aos deputados e senadores, ainda eram a malária e a tuberculose. A malária era vista “como fator de depauperamento social e econômico”, e a tuberculose, uma “doença urbana, crônica, de caráter eminentemente social”.⁴⁷ O discurso oficial constata a relação entre o desenvolvimento econômico-social e as condições de saúde da população, mas em nenhum

⁴³ Brasil, Mensagem apresentada ao Congresso Nacional por ocasião da abertura da sessão legislativa de 1949, pelo General Eurico Gaspar Dutra, Presidente da República, 1949. p.127.

⁴⁴ Brasil, Mensagem do Presidente Eurico Gaspar Dutra, op. cit., 1947, p. 55-56.

⁴⁵ Brasil, Mensagem apresentada ao Congresso Nacional, op. cit., 1949, p. 127.

⁴⁶ Ibid., p. 128.

momento reconhecia a necessidade de se implementar reformas estruturais de base. As políticas de saúde pública do governo Dutra foram implementadas de acordo com as exigências das políticas econômicas e da economia nacional, no entanto, o ideal de nação e a formação racial continuavam problemas ainda não resolvidos.

Em 1956, em uma das sessões da Câmara dos Deputados, um entusiasmado debate contagiou o plenário. Os médicos-deputados levantaram o problema da formação da nação brasileira, idealizando um Brasil como grande potência. Um deles argumentou que “o Brasil, para ser uma importante nação, uma potência capaz de se governar internamente, de dirigir seus próprios destinos, de explorar suas riquezas, precisa de uma população que se faça respeitar, porque as riquezas somente nada significam”. Não bastava ter uma grande população, era necessário uma população sadia e não uma população enfraquecida por diversas enfermidades, como se constatava na realidade brasileira.⁴⁸

Pelos discursos, percebe-se uma aliança estratégica entre política e medicina, em prol da concretização do sonho republicano de fazer do Brasil uma grande potência mundial. Neste aspecto, o deputado Serra de Castro argumenta: “ora! Sr Presidente, senhores deputados, uma nação para se tornar forte e poderosa não pode prescindir de população sadia, tanto física como mentalmente. Para isso tornam-se necessários medidas diretas e indiretas”. Frota Aguiar, outro deputado, solicita um aparte ao seu colega, para lembrar-se de outra questão que não podia ser esquecida: “a preocupação máxima do governo devia ser esta porque um homem doente é valor econômico nulo”.⁴⁹ O deputado Serra agradece o aparte do “nobre deputado” e continua sua linha de argumentação:

De nada adiantará a um homem ser rico, ser cheio de vontade de prosperar, de produzir, de engrandecer a sua terra, de enriquecer a si e a coletividade indiretamente, se não tiver saúde para poder desempenhar bem suas funções, para sentir disposição para trabalhar. Não apenas saúde física, mas mental e moral, indissociável até certo ponto.⁵⁰

No histórico Plano de Metas de Juscelino Kubitschek, a “meta suprema” do Presidente era a “valorização do homem brasileiro”. Em discurso dirigido aos deputados federais e senadores, Juscelino reitera que o objetivo máximo de seu projeto de industrialização era “a de vencer o pauperismo, elevar o nível de vida, preparar o nosso povo para usufruir as

⁴⁷ Brasil. Mensagem apresentada ao Congresso Nacional, 1950. p. 11; 136.

⁴⁸ Brasil, Anais da Câmara dos Deputados, 1956. p. 170.

⁴⁹ Ibid., p. 170.

⁵⁰ Ibid., p. 170.

conquistas da civilização contemporânea”. O Presidente desejava uma “expansão harmônica” mediante “o aproveitamento de poderosas energias latentes”; acreditava que após a transposição da “civilização” que florescia na costa do Atlântico “para os remotos rincões do interior”, surgiria, “querendo Deus, um tempo de abundância e de genuína fraternidade que permita indistintamente a todos os brasileiros a fruição dos bens da cultura e do progresso”.⁵¹

Para alcançar esse grandioso objetivo, o Plano de Metas estabeleceu prioridades e investimentos na área de educação e saúde pública. Como a preocupação fundamental era o “patrimônio humano”, Juscelino salienta que diante do esforço de melhorar as condições de vida do povo brasileiro, “não havia de omitir-se no setor de saúde”.⁵² Ressalta que a recuperação do indivíduo, visando reintegrá-lo na “comunidade produtiva”, além de ser um dever social do poder público, constituía-se num “imperativo econômico e político” fundamental ao desenvolvimento do país.

Do seu ponto de vista, “grande parte dos problemas sanitários” do Brasil era decorrente do “baixo índice de renda PER CAPITA vigorante em extensas regiões”. Enquanto não se aumentava a renda do povo, o jeito era ampliar os serviços e a estrutura de controle de saúde pública em todo o território nacional. Mesmo reconhecendo o problema da concentração de renda, conclui-se, em 1960, que os resultados alcançados nos últimos quatro anos de governo tinham melhorado o estado de vida e morte do país, principalmente porque as doenças transmissíveis e as taxas de mortalidade haviam diminuído, e o índice médio de vida da população tinha aumentado.⁵³

Se para Juscelino Kubitschek as péssimas condições de saúde do povo brasileiro eram decorrentes da sua baixa renda *per capita*, para João Goulart (Jango) o diagnóstico indicava que a fonte geradora dos males sociais estava na raiz de sua ultrapassada e injusta estrutura econômica. A principal meta do Presidente João Goulart era concretizar o velho sonho de modernização do Brasil. Diferentemente dos governos anteriores, no entanto, Jango tentou unir “todos os brasileiros lúcidos e progressistas” para “realizar a nobre tarefa da transformação de uma sociedade arcaica em uma nação moderna, verdadeiramente democrática e livre”. Ciente das forças obscuras que estavam se movimentando em meados de 1964, o Presidente dirige-se ao Congresso Nacional, tentando persuadir os deputados e senadores de que o povo estava atento e preparado para enfrentar essas forças. Na véspera do

⁵¹ Brasil, Mensagem apresentada ao Congresso Nacional remetida pelo Presidente da República na abertura da sessão legislativa de 1960, 1960, p. XXIX.

⁵² *Ibid.*, p. XXVI.

⁵³ *Ibid.*, p. XXVI.

golpe militar que o depôs, João Goulart fala à nação, afirmando que dia-a-dia fortalecia-se “em cada brasileiro a convicção de que nada sofrerá o nosso avanço e de que força alguma, interna ou externa”, seria “capaz de conter o ímpeto criador de um povo, consciente, afinal, de suas condições de atraso e, por isso mesmo, inconformado com a ignorância e a miséria e, mais do que nunca, deliberado a progredir”.⁵⁴

Em pronunciamentos oficiais, João Goulart foi um dos poucos presidentes, dentre todos que o antecederam, que não teve receio de afirmar que o Brasil precisava de profundas reformas estruturais e institucionais. Em defesa de uma nação moderna, democrática e soberana, assumiu “a responsabilidade de comandar a luta pela renovação pacífica da sociedade brasileira” por meio de um plano de reformas de base que iria substituir as arcaicas estruturas instituições herdadas da América Portuguesa. Num de seus últimos pronunciamentos antes do golpe militar de 1964, Jango não deixa dúvidas de que os principais problemas brasileiros eram de ordem estrutural:

Os contrastes mais agudos que a sociedade brasileira apresenta, na fase atual do seu desenvolvimento, são de natureza estrutural, e, em virtude dêles, a imensa maioria da nossa população é sacrificada, quer no relativo à justa e equânime distribuição da renda nacional, quer no referente à sua participação na vida política do País e nas oportunidades de trabalho e de educação que o desenvolvimento a todos deve e pode oferecer. Por isso mesmo que estruturais, estas contradições só poderão ser resolvidas mediante reformas capazes de substituir as estruturas existentes por outras compatíveis com o progresso realizado e com a conquista dos novos níveis de desenvolvimento e bem-estar [sic!].⁵⁵

Na essência das reformas de base preconizadas pelo governo de João Goulart, estava a valorização do trabalho. Jango explicita a ideologia de que a dignidade e a redenção do povo brasileiro seria realizada por meio do trabalho justo. Cabia ao Chefe do Governo de um país, dizia o mesmo, “estimular a criação de meios e oportunidades para que o trabalho seja, precisamente, arma pacífica da eliminação de privilégios”, diminuindo as desigualdades sociais. Era necessário constituir uma política de trabalho que promovesse uma nova ordem geral da produção e, ao mesmo tempo, propiciasse a libertação das “classes sociais inferiorizadas”. Não era possível, afirma o Presidente,

⁵⁴ Brasil, Mensagem ao Congresso Nacional remetida pelo Presidente da República na abertura da sessão legislativa de 1964, 1964, p. V-VI.

⁵⁵ Ibid., p. VI.

admitir-se continuem em vigor normas, padrões e valores que, em nosso meio, principalmente nas áreas rurais, perpetuam formas de relações de trabalho inspiradas nos resíduos de uma concepção aristocrática e feudal da vida e do mundo ou alicerçada nas falsas premissas e nas hierarquizações injustas de um liberalismo econômico adverso aos encargos e às exigências do Estado Moderno [sic!].⁵⁶

Por isso, era fundamental estabelecer uma política de valorização, qualificação e assistência à força de trabalho do país. Além de ser um fator imprescindível de desenvolvimento, era também “fator elementar da autodeterminação, da segurança e da consolidação da soberania nacional”. Jango propunha-se a “tudo fazer pela valorização e dignificação do trabalho contra todas as formas de exploração”.⁵⁷ Na sua perspectiva, o Estado deveria atuar para ampliar o mercado de trabalho, de forma que houvesse um equilíbrio entre oferta de empregos e população trabalhadora. Entretanto, as “classes laboriosas” deveriam usufruir de boas condições de saúde para cumprir sua missão histórica, e cabia ao poder público formular e executar uma política de saúde pública que minimizasse os “graves problemas médico-sanitários do País”. A solução definitiva para os problemas de saúde, no entanto, não seriam alcançadas por meio de políticas paliativas. Segundo o Presidente,

a solução adequada somente seria possível após ampla reestruturação econômica-social, responsável pela fome crônica em que vivem massas imensas da população, pelas precárias condições de habitação, tanto nos centros urbanos quanto no meio rural, assim como pelo atraso em que se encontra a maioria esmagadora dos municípios brasileiros, sem os mínimos recursos para manter serviços sanitários indispensáveis.⁵⁸

Em 1964, pouco antes do golpe de Estado, João Goulart ainda considerava graves os problemas médicos-sanitários do país. A situação exigia medidas urgentes e resultados de curto prazo. Entretanto, a experiência havia demonstrado que medidas isoladas e políticas específicas eram ineficazes. Em pronunciamento oficial, Jango expressa a concepção de que a saúde era, “em última análise, uma resultante do padrão de vida, dependendo menos dos serviços de saúde pública do que da quantidade e qualidade de bens e serviços ao alcance da coletividade”. Diferentemente dos governos que o antecederam, dizia que:

⁵⁶ Ibid., p. VIII.

⁵⁷ Ibid., p. VIII.

⁵⁸ Ibid., p. XXIII.

não se pode pretender atingir altos níveis de sanidade quando há carência alimentar, principalmente no relativo às proteínas de origem animal indispensáveis ao organismo humano, quando são precárias as condições de habitação e deficiente a energia mecânica, de que se origina maior solicitação do esforço muscular e quando, finalmente, os meios de transporte não correspondem às necessidades da população e da distribuição da riqueza.⁵⁹

João Goulart explicita a tese de que o estado de saúde de um povo dependia do seu modelo econômico-social de desenvolvimento. Assim, não era “possível esperar melhorias substanciais nos níveis de saúde antes de adotadas providências que tenham por objetivo modificar as velhas estruturas”, principalmente quando se tratava de uma estrutura que perpetuava o atraso e impedia o desenvolvimento econômico e social do país. De qualquer forma, era necessário conter o agravamento das moléstias que afligiam a população. Como não se vislumbrava uma solução num curto período de tempo, seu governo procurou “executar um programa de saúde pública integrado no programa global do desenvolvimento nacional, capaz, pelo menos, de satisfazer as necessidades mínimas do nosso povo”.⁶⁰ Baseado neste propósito, o governo buscou fazer “a integração gradativa e sistematizada das ações dos diversos órgãos e entidades” que prestavam “serviços médico-sanitários”.⁶¹ Nessa época, uma boa parte dos serviços de assistência médico-hospitalar financiados pelo governo federal eram realizados por intermédio das autarquias da Previdência Social, cujo número de segurados associados nos diversos Institutos de Aposentarias e Pensões, em 1962, era de 5.200.000.⁶²

Um governo que assumia a “missão histórica” de construir um Brasil economicamente independente, não podia “prescindir do amparo e defesa do Estado em prol das classes laboriosas”. A Previdência Social, assim como a legislação trabalhista, estava diretamente ligada às políticas de desenvolvimento econômico do país. Nesse sentido, o que proporcionaria “aos trabalhadores e às suas famílias a segurança e a tranquilidade indispensáveis ao labor fecundo e construtivo, mola fundamental de qualquer empreendimento público ou privado e peça fundamental de qualquer programa de desenvolvimento econômico”, era “um amparo mais eficiente na doença, na invalidez e na

⁵⁹ Ibid., p. 187.

⁶⁰ Ibid., p. 187.

⁶¹ Ibid., p. XXIII.

⁶² Ibid., p. 183.

velhice; a certeza de um nível de vida condigno; a proteção da assistência médico social; a reeducação e a readaptação profissional”.⁶³

Mesmo com o significativo crescimento dos serviços de assistência médica prestada pelos Institutos de Aposentadorias e Pensões, bem como pelos serviços prestados diretamente pelos setores governamentais, em 1963, o estado de saúde da população brasileira ainda era caracterizado por elevados índices de mortalidade geral e infantil, e uma expectativa de vida abaixo dos cinquenta anos de idade. Assim como nas décadas anteriores, as doenças infecciosas e parasitárias continuavam predominantes. A população mais atingida era a que menos dispunha de recursos para custear despesas com assistência médica e farmacêutica. Os recursos médicos-assistenciais disponibilizados pelos poderes públicos e pela iniciativa privada estavam geográfica e socialmente mal distribuídos, uma vez que os serviços de saúde não estavam disponíveis para a população local que deles mais necessitava. A estrutura oficial de controle da saúde pública apresentava um “rendimento abaixo das suas possibilidades, entre outras causas, em razão da multiplicidade de órgãos paralelos, sem a desejável coordenação”, pulverizando verbas e desperdiçando recursos públicos. Havia, ainda, os problemas decorrentes da falta de pessoal técnico e de equipamentos de saúde, “agravada pela sua má distribuição, com excessiva concentração em certas áreas em detrimento de outras”.⁶⁴

Com base nesse diagnóstico, o governo de João Goulart formulou um programa de ação governamental que seria colocado em prática a partir de 1964. Esse programa previa uma série de medidas, entre as quais: integração dos programas de saúde pública no planejamento global do desenvolvimento econômico; criação de serviços municipais de saúde, em parceria com Estados e Municípios; formação de pessoal técnico na área de saúde pública; intensificação das medidas de prevenção e controle das doenças de massa; ampliação dos serviços de saneamento básico e de assistência médico-sanitária para as populações do interior dos Estados; integração das ações preventivas e curativas nas unidades sanitárias; aproveitamento nacional da rede hospitalar existente: aumento da fabricação de produtos farmacêuticos pelos órgãos oficiais e criação de políticas de incentivo para a expansão da indústria químico-farmacêutica nacional; articulação e coordenação das atividades de assistência médico-social de todas as instituições existentes no país; desenvolvimento de estudos e pesquisas sobre os problemas de saúde da população brasileira; cumprimento dos

⁶³ Ibid., p. 177-178.

⁶⁴ Ibid., p. 188-189.

preceitos sanitários definidos pelos organismos internacionais, além de várias outras iniciativas.⁶⁵

Entre as principais realizações implementadas pelo Ministério da Saúde, em 1963, destaca-se a organização da III Conferência Nacional de Saúde e criação do Grupo Executivo da Indústria Químico Farmacêutica (GEIFAR). Da Conferência Nacional de Saúde surgiu uma nova política sanitária baseada na proposta de municipalização dos serviços de saúde. O objetivo fundamental da municipalização era propiciar ao povo brasileiro serviços municipais de assistência médica, “indispensáveis à defesa da sua saúde”. Em relação ao GEIFAR, além de representar uma medida de preservação da economia nacional, tinha “a finalidade de aumentar a produção dos medicamentos mais comuns usados pelo povo, conter-lhes os aumentos de preço e eliminar as causas de superfaturamento na importação das matérias-primas destinadas ao fabrico de medicamentos”.⁶⁶

Nessa época, o governo brasileiro procurou desenvolver políticas de saúde com o objetivo de aumentar o grau de independência em relação à indústria de saúde dos países ricos, uma vez que nas décadas de 1950 e 1960 os países capitalistas dominantes estavam implementando mudanças nas políticas e práticas de controle da saúde. Houve um processo de transformações científicas e tecnológicas no setor da medicina, que implicaram o aumento dos custos dos serviços de saúde.⁶⁷ Entre esses, o hospital tornou-se o espaço central de atendimento, onde concentravam-se diversas especialidades médicas, a infra-estrutura e os equipamentos tecnológicos de ponta.⁶⁸

A expansão da indústria da saúde dos países ricos, no entanto, não tardou em chegar no Brasil. Na década de 1960, o país já havia sedimentado a base de uma economia urbano-industrial. Os aparelhos de Estado, assim como a estrutura de controle da saúde pública, já não atendia mais as necessidades da nova realidade econômica e social do país. Na esfera política, o clima da “guerra fria” materializou-se concretamente no golpe militar de 1964. A

⁶⁵ Ibid., p. 190-191.

⁶⁶ Ibid., p. 192.

⁶⁷ Na avaliação de José Carlos de Souza Braga e Sérgio Goes de Paula, neste período ocorreu “uma profunda mudança no saber e na prática médica, que se consubstanciava na maior utilização de medicamentos, na difusão do uso de serviços para o diagnóstico, na utilização mais intensiva de equipamentos médicos”. Essas transformações modificaram “a concepção do próprio ato médico”, surgindo novas especialidades e uma nova divisão técnica do trabalho (José Carlos de Souza Braga e Sérgio Góes. *Saúde e previdência: estudos de política social*. São Paulo: CEBES/HUCITEC, 1981. p. 87).

⁶⁸ Na percepção de Braga e de Paula, este período pode ser caracterizado como a Revolução Industrial que chegou tardiamente ao setor da saúde, pois “o cuidado deixou de ser artesanal ou manufatureiro – prestado pelo médico isolado e por serviços bastante simplificados – e passou a assumir características de grande indústria – papel desempenhado pelo hospital moderno. Da mesma forma, o capital – enquanto valor que se reproduz –

partir daí, o governo militar, que se declarava claramente um aliado dos Estados Unidos, desenvolveu uma forte política de centralização dos aparelhos de Estado e estabeleceu um Programa Estratégico de Desenvolvimento, visando construir uma economia capitalista moderna. De um modo geral, os serviços de saúde assumiram novos objetivos, e as instituições, novas competências.⁶⁹

A assistência médica prestada na área de atuação da Previdência Social tornou-se a forma dominante. O governo militar estabeleceu uma parceria preferencial com o setor privado, ampliando os contratos de prestação de serviços de saúde, instituindo convênios com hospitais e clínicas da rede privada. Ao contrário do que ocorreu no período de 1930 a 1960, a política nacional de saúde sofreu uma mudança de rumo. As políticas de saúde pública, baseadas em medidas coletivas e preventivas, tornaram-se menos importantes do que a medicina previdenciária, baseada na assistência individual. Os serviços de controle das doenças da população tornaram-se, definitivamente, um importante ramo da indústria da saúde.⁷⁰ No entanto, independentemente da opção privatista tomada pelos militares, as políticas de assistência médica e de saúde pública continuaram exercendo a tradicional função civilizadora em relação aos hábitos e costumes da população.

A estrutura de controle de saúde pública do Estado de Santa Catarina

Em Santa Catarina, os discursos oficiais também revelavam concepções e práticas em relação aos problemas e cuidados com a saúde. O jovem médico Oswaldo Rodrigues Cabral, contemporâneo do movimento sanitarista que proliferou no período 1910-1930⁷¹, publicou,

instalou-se na atenção médica, que passou a produzir mercadorias no sentido mais estrito da palavra" (Ibid., 1981, p. 87-88).

⁶⁹ Em 1966, o Marechal Castelo Branco criou o Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS) e, em 1967, decretou aquela que seria a quinta Constituição da República. Neste mesmo ano, seu sucessor, o Marechal Costa e Silva, decretou a unificação dos institutos previdenciários, criando o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). A reforma previdenciária resultou, na visão de Braga e de Paula, na ampliação e no redirecionamento das instituições estatais de modo "a assegurar a ampla predominância da empresa privada", levando o setor de prestação de serviços da área de saúde "à tecnificação do ato médico, à constituição das empresas capitalistas no setor, e, conseqüentemente, ao assalariamento em larga escala dos profissionais da medicina". O Estado ampliou os recursos financeiros por meio da contribuição previdenciária e assumiu o papel de coordenador do processo de mobilização e centralização financeira necessário à expansão de um sistema nacional de saúde fortemente dominado pela indústria dos serviços médicos (Ibid., p. 89).

⁷⁰ Cf. José Carlos de Souza Braga e Sérgio Goes de Paula, op. cit., p. 99.

⁷¹ Gilberto Hochman afirma que no período de 1910 a 1930 houve um crescimento de uma consciência sanitária no seio das elites brasileiras, ampliando-se o sentimento geral sobre o papel do Estado em relação à responsabilidade pelos cuidados da saúde da população e a salubridade do território nacional (Gilberto Hochman. A era do saneamento: as bases da política de saúde pública no BRASIL. São Paulo:

em 1929, *Problemas Educacionais de Higiene*, apresentado na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro que conferiu a ele o título de Doutor em Medicina. Baseado em Belisario Penna, para quem a medicina preventiva era uma questão estratégica, Cabral aponta a necessidade de convencer o povo do seu estado de doença, tarefa que deveria ser feita pela assistência terapêutica. Chama a atenção das autoridades catarinenses de que era preciso “instituir na escola primária a educação higiênica das novas gerações, para que, esclarecidas e convencidas, venham a praticar voluntariamente, como hábitos adquiridos, as prescrições legais de higiene e profilaxia”.⁷² Familiarizado com a ideologia sanitarista da época, afirma que o “fator doença” e o “fator ignorância” eram as causas predominantes do atraso do Brasil. Os habitantes das principais cidades já conheciam as “regras do asseio corporal” e até mesmo “as de asseio da habitação”, mas fora das cidades, onde vivia a imensa maioria do povo brasileiro, a população ignorava os princípios de higiene, e as pessoas que os praticavam não tinham a “força do hábito”. Cabral reconhecia que não bastava conhecer e aplicar tais princípios, era preciso que o povo todo conhecesse “os meios de preservar a saúde, de evitar as moléstias, de combater os transmissores”, pois só assim poderia adquirir “hábitos e medidas capazes de defender a própria saúde”. Era necessário incutir “no seio das massas, um mais elevado conceito sobre a saúde pública, do bem-estar da coletividade”.⁷³

Na visão do jovem médico catarinense, o povo não era culpado por sua própria “ignorância”. Cabia aos governos dar-lhes educação higiênica e instrução sanitária. Eles deveriam implementar programas de educação higiênica, “não só para desentravar a ação das suas autoridades sanitárias, como porque deve ser sua preocupação o melhor desenvolvimento da raça”, e também preocupar-se em diminuir os prejuízos com o “erário da nação”. Mas o governo, sozinho, não poderia dar conta desse “patriótico” empreendimento. Por isso, “todos os cidadãos de boa vontade” deveriam participar ativamente dessa campanha, a exemplo do que estava ocorrendo na Capital Federal, com a criação do Comitê de Cooperação Voluntária, constituído pelas “mais altas individualidades da medicina, do clero, do comércio, da indústria, etc.”, com a finalidade de combater a febre amarela.⁷⁴ De um modo geral, Cabral reivindicava providências do poder público em relação à educação sanitária do povo,

HUCITEC/ANPOCS, 1998. p. 40). Nesse mesmo período, Vera Regina Beltrão Marques afirma que “uma vasta rede institucional de controle da população foi articulada para construir a ordem civilizatória brasileira” (In: A medicalização da raça: médico, educadores e discurso eugênico. Campinas: UNICAMP, 1994. p.18). Confira também: André Mota. Quem é bom já nasce feito: sanitarismo e eugenia no Brasil. Rio de Janeiro: DP&A, 2003.

⁷² Oswaldo Rodrigues Cabral. Problemas educacionais de higiene. Rio de Janeiro, 1929.

⁷³ Ibid., p. 06.

⁷⁴ Ibid., p. 09.

ensinando e inculcando hábitos de higiene, de forma que a própria população soubesse defender-se das doenças:

É preciso educar o povo. É necessário que se incuta no espirito dos habitantes do paiz noções elementares de higiene, de medicina preventiva, tornar accessivel á sua comprehensão o espirito de certas leis em prol do saneamento, a bem da saúde de todos, facilitando a acceitação das medidas postas em pratica, desembaraçando a acção dos que tem o dever de zelar pela saúde publica. É preciso divulgar conhecimentos basicos, divulgar a tal ponto que se tornem vulgares, ampliar o ensinamento de certa ordem de principios imprescindíveis a ponto de se tornarem de conhecimento geral. É necessario que se eduque, que se intensifique a propaganda, que se active e amplie a instrução sanitaria, **para podermos ter, no futuro, mais bellos, mais perfeitos exemplares de um raça nova** [grifo meu]. É claro que, unicamente por meio da educação, da instrução e da propaganda, não poderemos ver saneado o paiz [sic!].⁷⁵

Em síntese, Cabral idealizou um plano, visando divulgar a medicina preventiva para que, no futuro, a nação brasileira fosse constituída pelos “mais perfeitos exemplares de uma raça nova”; para que as futuras gerações fossem mais saudáveis e soubessem preservar a saúde e evitar as moléstias.⁷⁶ Até a década de 1930, pelo menos, os sucessivos governos catarinenses, assim como os diversos governos federais, expressavam uma preocupação com a saúde pública como forma de aperfeiçoar a raça e possibilitar o desenvolvimento econômico do país. O controle da saúde coletiva, principalmente por meio de ações profiláticas, não deveria ser apenas mais um serviço público, e sim uma política prioritária de Estado. Todo governo que almejasse atingir o padrão civilizatório dos países ricos, como os países da Europa Ocidental e dos Estados Unidos, deveria investir estrategicamente em políticas de higiene pública.⁷⁷

⁷⁵ Ibid., p. 11.

⁷⁶ Quarenta anos mais tarde, uma boa parte da população catarinense assimilou os princípios básicos da medicina preventiva em seus hábitos cotidianos. A principio, pode-se dizer que a educação para a boa saúde era um privilégio das camadas mais ricas, mas em algumas décadas o Estado assegurou a extensão dos programas de prevenção às camadas populares. Em menos de meio século, a população catarinense, inclusive a da região carbonífera, adquiriu o hábito de procurar o posto de saúde, lugar onde se desenvolviam serviços de higiene pré-natal, de cozinha dietética, programas de higiene infantil e escolar, serviço de vacinação, educação sanitária, diagnóstico precoce e terapias preventivas, etc: espaço onde também conseguia-se, “gratuitamente”, remédios e assistência médica de um profissional diplomado.

⁷⁷ Foi com base nestes argumentos que, em 1916, o governador Felipe Schmidt tentou convencer os congressistas catarinenses: “A defesa da saude publica, o aparelhamento efficiente do serviço de hygiene, Senhores Congressistas, é entre todos os povos cultos uma das maiores preocupações. Neste particular pouco temos feito. Os nossos limitados recursos financeiros jamais permittiram aos governos voltarem as vistas para o problema importantissimo da organização dos nossos serviços de hygiene agressiva e preventiva na altura das necessidades do Estado. Deveríamos talvez ter começado por ahi, procurando defender o vigor physico da raça para obter o apuro das qualidades moraes. *Mens sana in corpore sano*” [sic!]. Santa Catarina, Mensagem apresentada ao Congresso Representativo, op. cit., 1916. p. 28.

Nas três primeiras décadas do século XX, o governo catarinense concebia as políticas de saúde pública como forma de aperfeiçoar a raça e contribuir com o desenvolvimento econômico do Estado e com a economia agrícola, prioritariamente. Em 1925, por exemplo, o Coronel Antônio Pereira da Silva e Oliveira, vice-governador e governador em exercício, salienta que havia muito tempo vinha repetindo que a solução dos grandes problemas do Estado estava ligada ao saneamento da terra para a adaptação da população “e da conservação desta em perfeitas condições de vigor e de saúde, para que valha como valor eficiente de expansão econômica”. A salvação da nossa raça, dizia o governador, exigia medidas tão profundas que, seja no país seja no Estado, não se podia enfrentar, a não ser em um futuro muito distante. No caso de Santa Catarina, o governador informa aos congressistas que as populações que habitavam o litoral continuavam infestadas e “arruinadas por endemias destruidoras, sem falar na lepra e na sífilis”. Diante desse quadro alarmante, o Coronel Antônio Pereira não conseguia vislumbrar um futuro promissor:

Que poderemos fazer, quando o remedio seria a instalação de postos medicos por toda a parte, nos povoados e nos campos, para que, ao lado do tratamento dos enfermos, se fizessem obras de saneamento, se ensinasse o povo a seguir preceitos de hygiene, a que é sempre avêssô, se fizesse, enfim, quasi uma obra de catechese e de restauração physica? [sic!].⁷⁸

O governo que sucedeu a administração do Coronel Antônio Pereira também destaca os problemas cruciais referentes ao estado de saúde da população. Em agosto de 1926, o Presidente do Congresso Representativo de Santa Catarina e governador em exercício, Cel. Antônio Vicente Vianna, enviou o relatório aos deputados catarinenses, prestando contas de todas as atividades realizadas pelo seu governo. O relatório justifica o rompimento de contrato com o Governo Federal, em relação à profilaxia e ao saneamento rural contra lepra e doenças venéreas, por falta de recursos financeiros do governo do Estado – esta medida abrangia a capital (Florianópolis), Itajaí e Joinville. No relatório, o governo catarinense lamenta não dispor de verba para prestar uma assistência indispensável aos habitantes do campo e também alerta sobre os riscos da decadência e ruína da “raça heróica” dos “caboclos” catarinenses:

(...) A verdade, a triste e dura verdade que é preciso proclamar, sem cessar, é que aos governos cumpre salvar as populações rurais das varias endemias, reconstituindo o typo ethnico nacional, salvando da decadencia e da ruina a raça heroica dos nossos caboclos. Nunca será demasiado a assistencia dos governos á gente rural. Os postos

⁷⁸ Santa Catarina, Mensagem apresentada ao Congresso Representativo, s, 1925. p. 20.

medicos, fartamente abastecidos, entregues a profissionaes que fizessem de sua missão um sacerdocio humano e patriotico, deveriam multiplicar-se, ás dezenas, desde o litoral ate os sertões distantes. Infelizmente nem a União nem o Estado se acham em condições de fazer face a tão revoltosa despesa [sic!].⁷⁹

O governador catarinense também lamenta o fato de nem a União nem o Estado terem recursos suficientes para disseminar postos de saúde “desde o litoral até os sertões distantes”. Apesar da tradicional cultura oficial de destacar a escassez de recursos orçamentários, no período de 1930 a 1964, uma das principais atividades do Departamento de Saúde do Estado de Santa Catarina foi a constante ampliação das unidades sanitárias e dos serviços de controle da saúde pública.⁸⁰

Em 1928, o governo catarinense continua reclamando da falta de recursos para manter e ampliar a estrutura de controle da saúde pública. Na época, a Diretoria de Higiene ainda era responsável pelas medidas sanitárias do Estado. Mesmo assim, havia vários serviços de higiene pública, entre os quais a polícia sanitária, cuja função era fiscalizar, diária e regularmente, as casas, os hotéis, logradouros públicos, etc. Além desses, o serviço de higiene das habitações vazias; de fiscalização de gêneros alimentícios em armazéns, feiras, mercados, quitandas, hotéis, pensões, botequins e outros estabelecimentos comerciais; e o de fiscalização das farmácias.⁸¹

⁷⁹ Santa Catarina. Mensagem apresentada ao Congresso Representativo, em 21 de agosto de 1926, pelo Cel. Dr. Antonio Vicente Vianna, Presidente do mesmo Congresso, no exercício do cargo de governador do Estado de Santa Catarina. Florianópolis, 1926. p. 19.

⁸⁰ Segundo Rosen, nos Estados Unidos a difusão dos centros de saúde surgiu no contexto da corrente imigratória ocorrida entre 1860 a 1910. O sucesso deste modelo de assistência consistia na estratégia de envolver a própria comunidade nas atividades e serviços desenvolvidos. Parteiras comunitárias foram chamadas e outras mulheres de bairros foram treinadas para elaborar o serviço de visitadoras domiciliares. No final da Primeira Guerra, a Cruz Vermelha Americana decidiu promover a criação de mais centros de saúde, intensificando ainda mais o movimento de saúde comunitária. Por volta de 1920, um relatório desta organização informa que “havia 72 centros em 49 comunidades, sendo que sete cidades tinham mais de um centro” e vários outros estavam sendo planejados. Dentre os centros existentes, ou os que estavam sendo propostos, “33 eram inteiramente administrados por autoridades públicas, 27 estavam sob o controle privado e 16 sob o controle público e privado”. Nessa época, a Cruz Vermelha contava com dezenove centros e, dez anos mais tarde, a rede norte-americana de centros de saúde e serviços distritais contava com 1.511 centros espalhados por todo o país, sendo que 80% havia sido criado a partir de 1910. George Rosen. Da policia médica à medicina social: ensaios sobre a história da assistência médica. Tradução de Ângela Loureiro de Souza. Rio de Janeiro: Graal, 1979. p. 390-392.

⁸¹ No Brasil, as primeiras experiências com centros de saúde surgiram também nas primeiras décadas do século XX. No período de 1918 a 1946 foram instalados cerca de 1.008 serviços oficiais de Saúde Pública não-hospitalares, principalmente centros de saúde e postos de higiene. Destes, 8 (0,79%) foram implantados entre 1918 a 1920; 79 (7,84%) entre 1921 a 1930; 512 (50,79%) entre 1931 a 1940; e 409 (40,57%) entre 1941 a 1946. A ampla maioria destes serviços, cerca de 73%, foram implantados sob o controle dos governos estaduais, e o poder público municipal tinha o controle de apenas 9% dos serviços.⁸¹ Além dos centros e postos de saúde e higiene, havia os postos especiais de combate à malária, de proteção à maternidade e infância, de combate às doenças tropicais, de combate à lepra e de combate ao tracoma. Cerca de 71% dos serviços eram constituídos por centros e postos de saúde e higiene, mantidos majoritariamente sob o controle dos governos estaduais. O único serviço que estava sob o controle predominante do governo federal e com a cooperação da Fundação

Em discurso oficial, o governador Adolpho Konder salienta que, “embora mal provido de recursos e contando apenas com um reduzido número de empregados”, havia conseguido ampliar as políticas de saúde pública no Estado. No seu governo criou-se o Departamento de Saúde Pública, que vinha ampliando suas atividades, mesmo com as limitações financeiras estruturais, segundo o relatório. Foram criados também os serviços de fiscalização do matadouro e o Instituto Pasteur.⁸² Em 1929, a Diretoria de Higiene mantinha em atividade vários tipos de serviços sanitários, como: a fiscalização de farmácia, tóxicos e entorpecentes; o registro profissional; a polícia sanitária; a fiscalização de gêneros alimentícios; a fiscalização de matadouros; a higiene das moradias e dos estabelecimentos industriais; o Instituto Pasteur com filial em Joinville.

No âmbito do governo Vargas, forças políticas-econômicas de Santa Catarina, ligadas ao setor industrial, ampliaram seus espaços na economia e nos aparatos do Estado. Nereu Ramos, interventor no período de 1937 a 1945, foi um político hábil pois estabeleceu uma relação proveitosa entre o governo federal e o estadual. Seu governo procurou viabilizar, na prática, o programa da Aliança Liberal que colocou Getúlio Vargas no controle do Estado. As políticas de saúde e educação eram concebidas e difundidas estratégica e prioritariamente, visando a formação do espírito de nacionalidade brasileira, do caráter moral e cívico, e de um corpo e mente saudáveis. Ramos ampliou a rede escolar e, muito mais do que seus antecessores, instrumentalizou a escola para incutir nas crianças hábitos de higiene, disciplina e um código de conduta impregnado de valores morais patrióticos.⁸³

Sintonizado com o ideário estadonovista, implementou inúmeras obras de caráter sanitário, com o objetivo de aperfeiçoar, física e moralmente, a população catarinense. Em 1936, acatou a orientação do Departamento Nacional de Saúde Pública e transformou a Diretoria de Higiene do Estado em Departamento de Saúde Pública. A necessidade da mudança surgiu em função do processo de expansão da rede estatal de controle das moléstias que atingiam a população. De acordo com a lei estadual n.º 138, de 14 de novembro, a Diretoria de Higiene foi transformada em Departamento de Saúde Pública, e em 1937, a lei n.º 161, de 2 de setembro, dividiu o Estado em sete Distritos Sanitários e determinou a instalação de centros de saúde nas sedes de cada distrito, postos e subpostos nas localidades.

Rockfeller era o serviço especial de combate à malária, os demais postos especiais eram mantidos predominantemente pelos Estados. Anuário Estatístico do Brasil, de 1949. In: Massako Lyda. Cem anos de saúde pública, op. cit., p. 65.

⁸² Santa Catarina, Mensagem à Assembléia Legislativa, de 29 de julho de 1928, pelo Dr. Adolpho Konder, Presidente do Estado de Santa Catarina, 1928.

de acordo com as condições nosográficas de cada município.⁸³ As sedes distritais estavam localizadas na faixa litorânea do Estado, ou seja, nas cidades e regiões de maior concentração populacional e maior desenvolvimento econômico, como Florianópolis, Blumenau, Joinville, Tubarão, Lages, Canoinhas e Cruzeiro. Os portos de São Francisco, Itajaí e Laguna também foram escolhidos para a instalação de postos de saúde permanentes.⁸⁵ De forma geral, manteve-se os serviços já existentes, criaram-se novos serviços e redefiniram-se metas e competências. Entre as diversas finalidades do Departamento, cabia-lhe:

- a) organizar todos os serviços necessários á melhoria das condições de salubridade pública, de modo a impedir ou diminuir a disseminação de doenças contagiosas, transmissíveis ou evitáveis;
- b) promover a realização de estudo epidemiológicos das doenças transmissíveis e a execução das medidas de profilaxia geral e específica;
- c) orientar os trabalhos de pesquisas científicas de interesse para a saúde pública, e os serviços de educação e propaganda sanitárias;
- d) cuidar da polícia sanitária em geral, e de fiscalização dos gêneros alimentícios, quer para consumo no Estado quer para exportação;
- e) fiscalizar o exercício profissional, especialmente das profissões médica, farmacêutica, dentária, obstétrica, veterinária e inspecionar farmácias, laboratórios, produtos farmacêuticos e biológicos;
- f) inspecionar os imigrantes e todos os indivíduos que trabalham nos estabelecimentos industriais, agrícolas e comerciais públicos e particulares, bem como o trabalho operário em qualquer gênero de indústria e profissão;
- g) instituir o serviço de demografia sanitária, criando áreas de registro [sic!].⁸⁶

Durante a década de 1930, o governo catarinense continuou ampliando os serviços de saúde e higiene, mesmo com os discursos de escassez de recursos orçamentários. Sob a incumbência da Diretoria de Higiene, havia a fiscalização da polícia sanitária das habitações

⁸³ Cf. Cyntia Machado Campos, *As intervenções do Estado nas escolas estrangeiras de Santa Catarina na era Vargas*. In: Ana Brancher. *História de Santa Catarina: estudos contemporâneos*, 1999, p. 150-151.

⁸⁴ Os centros de saúde implantados no período do Estado Novo tinham funções polivalentes e distritais. Sua incumbência era desenvolver “atividades de controle de doenças transmissíveis agudas, da tuberculose, da lepra, de doenças venéreas, de proteção médico-sanitária da gestante e criança, do saneamento e polícia sanitária das habitações, da higiene, do trabalho e da alimentação e exames periódicos de saúde, destinando-se, para tal, no mínimo 5 médicos e 5 enfermeiras ou visitadoras”.⁸⁴ As unidades sanitárias eram hierarquicamente constituídas pelo Centro de Saúde (CS), Postos de Higiene de primeira e segunda classe (PH1 e PH2), Subpostos (SP), Postos Especializados (PE) e Postos Itinerantes (PI). Em 1941, havia 350 Distritos Sanitários e a maioria das unidades sanitárias existentes no território nacional era constituída por Subpostos (SP). Os Estados com maior número de distritos sanitários eram: São Paulo, Rio Grande do Sul, Minas Gerais, Distrito Federal, Rio de Janeiro e Rio Grande do Norte. Santa Catarina tinha sete distritos e estava entre os dezesseis Estados que possuíam menos de 11 distritos sanitários. Em todo país havia cerca de 54 Centros de Saúde, 194 Postos de Higiene e 304 Subpostos. Massako Lyda, op. cit., pp. 66-67.

⁸⁵ Santa Catarina, Relatório apresentado ao exmo. Sr. Presidente da República, pelo dr. Nerêu Ramos, interventor federal no Estado de Santa Catarina, outubro/1938, p. 113.

⁸⁶ Santa Catarina, Mensagem à Assembléia Legislativa de Santa Catarina Apresentada pelo governador Néreu Ramos, julho/1937, p. 24.

e dos gêneros alimentícios; hidrografia sanitária, saneamento de ruas, abertura de valas e vistorias de casas e estabelecimentos comerciais; serviço de estatística vital; serviço de assistência e tratamento de “alienados”; serviço de fiscalização de farmácias; serviço de fiscalização de gêneros alimentícios; serviço de higiene pré-natal; serviço de higiene da criança; serviço de odontologia; serviço de oftalmo-oto-rino-laringologia; serviço de profilaxia da lepra; serviço de profilaxia da malária; serviço de profilaxia da sífilis e de outras doenças venéreas; serviço de profilaxia da tuberculose; serviço de vacinação anti-variolica, anti-tífica e combate à difteria; serviços de profilaxia do impaludismo, da verminose e de úlceras tropicais; serviços do laboratório de análises e serviços do Instituto Paasteur; políticas de auxílio a hospitais e instituições beneficentes, entre outros.⁸⁷

Em 1938, a Diretoria de Higiene foi efetivamente transformada em Departamento de Saúde, mas algumas das atividades desenvolvidas pela antiga Diretoria foram mantidas e uma série de outras foram criadas. Dividiu-se o departamento em seções, a seção de propaganda e educação sanitária; fiscalização do exercício profissional; estatística vital; engenharia sanitária; laboratórios; epidemiologia; higiene de habitação, alimentação e trabalho; higiene pré-natal e da criança; profilaxia da sífilis e outras doenças venéreas; profilaxia da tuberculose e da lepra; profilaxia da malária e outras endemias rurais; e enfermagem de saúde pública. Em comparação com os serviços prestados pela antiga Diretoria de Higiene, as principais mudanças foram:

Quadro 01 – Reforma Administrativo no Setor de Controle da Saúde Pública do Estado de SC, 1938	
Serviços da Diretoria de Higiene, 1936	Serviços do Departamento de Saúde Pública, 1938
1. Auxílios a hospitais e instituições beneficentes;	1. Polícia sanitária das habitações e dos gêneros alimentícios;
2. Serviço de assistência aos “alienados”;	2. Serviço de vacinação;
3. Serviço de fiscalização de farmácias;	3. Serviço de assistência a “psicopatas”;
4. Serviço de saneamento de ruas, abertura de valas e vistorias de casas e estabelecimentos comerciais;	4. Serviço de epidemiologia;
5. Serviço de vacinação anti-variolica, anti-tífica e combate à difteria;	5. Serviço de estatística vital;
6. Serviço de fiscalização de gêneros alimentícios;	6. Serviço de fiscalização do leite;
7. Serviço de profilaxia do impaludismo, da verminose, de úlceras tropicais e da lepra;	7. Serviço de hidrografia sanitária;
8. Serviço do Instituto Pasteur;	8. Serviço de higiene da criança;
9. Serviço do laboratório de análises.	9. Serviço de higiene pré-natal;
	10. Serviço de laboratório
	11. Serviço de odontologia;
	12. Serviço de oftalmo-oto-rino-laringologia;
	13. Serviço de profilaxia da lepra;
	14. Serviço de profilaxia da malária;
	15. Serviço de profilaxia da sífilis e de outras doenças

⁸⁷ Cf. Santa Catarina, Mensagens de 1936 e 1938.

	venéreas;
	16. Serviço de profilaxia da tuberculose.

Fonte: Santa Catarina. Mensagem à Assembléia Legislativa de Santa Catarina Apresentada pelo governador Nereu Ramos. Florianópolis, julho/1937.

Santa Catarina. Relatório apresentado ao exmo. Sr. Presidente da República, pelo dr. Nereu Ramos, Interventor Federal no Estado de Santa Catarina. Florianópolis, outubro/1939.

Aparentemente não houve grandes mudanças na estrutura administrativa, mas só aparentemente. Nereu Ramos procurou seguir as diretrizes estabelecidas pelo Departamento Nacional de Saúde, que por sua vez estava moldando-se de acordo com as novas políticas econômicas e sociais, impulsionadas pelo projeto de industrialização desencadeado a partir de 1930. A reorganização da estrutura de controle da saúde pública fazia parte do contexto de reforma do Estado iniciada com Getúlio Vargas, que idealizou e efetivou a estrutura básica, visando edificar um Brasil urbano-industrial. Assim, alguns serviços prestados pela antiga Diretoria de Higiene foram reorganizados sob uma nova denominação e novos objetivos, revestidos de uma nova racionalidade e em busca de uma maior eficiência. Além disso, outros serviços foram criados e, dentre esses, deu-se prioridade aos serviços de proteção e cuidados com a criança.

Sob o governo de Nereu Ramos, intensificou-se um movimento de construção e expansão de postos de saúde. No edifício do Departamento de Saúde Pública do Estado, situado no centro da capital, funcionava o Centro de Saúde do Primeiro Distrito Sanitário e o Laboratório Central. Em 1940, os prédios próprios dos Centros de Saúde dos distritos de Tubarão, Lages e Canoinhas estavam prontos para ser inaugurados. O governo do Estado decidiu construir prédios para os Centros e postos principais porque achava necessário implantar “marcos definitivos” em obras que deveriam garantir a continuidade dos serviços públicos nos próximos governos. Na avaliação do governo, cabia ao Estado “ampliar cada vez mais a sua ação direta nos problemas sociais referentes à saúde”.⁸⁸

Dez anos depois da reforma de 1936, houve uma nova proposta de reorganização na estrutura administrativa do Departamento de Saúde Pública do Estado de Santa Catarina. Na avaliação do dr. Benoni Laurindo Ribas, Diretor do Departamento em 1945, a reforma implementada em 1936 e 1937 – a mudança da antiga Diretoria de Higiene para o Departamento de Saúde Pública – foi o que “verdadeiramente deu início ao trabalho sanitário

⁸⁸ Santa Catarina, Relatório apresentado ao exmo. Sr. Presidente da República, pelo Dr. Nereu Ramos, interventor federal no Estado de Santa Catarina, setembro/1940, p. 51. Por meio dos serviços prestados nos postos de saúde, o governo catarinense instituía dispositivos de controle da saúde pública. Ao mesmo tempo em que investia no corpo social, por meio de práticas profiláticas, exames e medicamentos destinados à população

no Estado, porque a repartição substituída, com verba escassa e pessoal em número insignificante, não havia saído ainda dos domínios de rudimentar burocracia”.⁸⁹ Como na década de 1940 as necessidades eram outras, houve uma nova reforma administrativa, e a Diretoria do Departamento de Saúde Pública propôs uma nova mudança. Dos quinze artigos que constituíam a proposta de reorganizar a estrutura de controle sanitário do Estado, o artigo número 1 dizia que o Departamento, na época subordinado à Secretaria da Justiça, Educação e Saúde, seria “o órgão de direção, administração e execução de todas as atividades sanitárias e médico-sociais do Estado”, bem como “o de orientação, coordenação e fiscalização das atividades do mesmo gênero a cargo de entidades particulares”. O Diretor do Departamento, nomeado pelo governador, deveria ser um médico diplomado “em curso de Saúde Pública ou equiparado”.⁹⁰

A estrutura proposta era constituída por cinco divisões principais: a Diretoria, a Divisão Administrativa, a Divisão Técnica, a Divisão de Laboratório e os Serviços Sanitários Distritais. A Divisão Administrativa era responsável pelas seções de comunicações, contabilidade, pessoal e material. Na Divisão Técnica constava as seções de epidemiologia e bioestatística; de fiscalização do exercício profissional e educação sanitária; de higiene da criança; de assistência médico-social; de saneamento; de controle dos serviços distritais; e a seção de serviços especiais, com o serviço de profilaxia de tuberculose, lepra e malária. A Divisão de Laboratório incorporava as seções de microbiologia, imunologia, química e farmácia. Por último, os Serviços Sanitários Distritais abrangiam os centros de saúde, postos de saúde, sub-postos, postos especializados e postos de assistência.⁹¹ Em comparação com a estrutura sanitária existente em 1945, a nova reforma apresentava a seguinte organização:

Quadro 02 – Proposta de Reforma Administrativa no Departamento de Saúde Pública de SC, 1945	
Estrutura Existente em 1945	Proposta de uma Nova Organização, em 1945
I) Serviços Centrais: Diretoria; Laboratório; Usina de Beneficiamento do Leite e Hospital Nereu Ramos.	I) Diretoria
II) Serviços Especiais: profilaxia da malária e da lepra (Dispensário e Colônia Santa Teresa).	II) Divisão Administrativa: seção de comunicações; de contabilidade; de pessoal e de material.
III) Distritos Sanitários (Sete Distritos) – sedes: 1.º) Florianópolis; 2.º) Joinville; 3.º) Blumenau; 4.º) Tubarão; 5.º) Canoinhas; 6.º) Lages; 7.º) Joaçaba.	III) Divisão Técnica: seção de epidemiologia e bioestatística; de higiene da criança; de assistência médico-social; de saneamento; de controle dos serviços distritais; de serviços especiais: tuberculose, lepra e malária.
	IV) Divisão de Laboratório: seção de microbiologia;

assistida, também estabelecia medidas de controle sobre a produção industrial, o comércio de gêneros alimentícios, matadouros, destino do lixo urbano, etc.

⁸⁹ Santa Catarina, Secretaria da Justiça, Educação e Saúde, Um ano de atividade sanitária, 1947. p.05.

⁹⁰ Ibid., p.05.

⁹¹ Ibid., p. 05-06.

	de imunologia; de química e de farmácia.
	V) Serviços Sanitários Distritais (Oito distritos) – sedes: 1.º Florianópolis; 2.º Itajaí; 3.º Blumenau; 4.º Joinville; 5.º Canoinhas; 6.º Joaçaba; 7.º Lages; 8.º Tubarão.

Fonte: Santa Catarina. Secretaria da Justiça, Educação e Saúde. Departamento de Saúde Pública. Um ano de atividade sanitária, 1945. Florianópolis: Imprensa Oficial, 1947.

A nova organização previa a ampliação dos serviços sanitários com o propósito de abranger todas as regiões do Estado de Santa Catarina. Propunha-se criar mais um Distrito Sanitário, com sede em Itajaí, dentre os setes (07) já existentes, e estabelecia uma nova ordem distrital. As sedes dos Distritos continuavam localizadas nos municípios de maior densidade populacional e mais importantes economicamente, mas Itajaí seria o 2.º Distrito e Joinville, que era o 2.º, passaria a ser o 4.º Distrito; e Tubarão, que era o 4.º Distrito, passaria a ser o 8.º Distrito Sanitário. Na época, esta nova organização e expansão da estrutura sanitária foi justificada pelo Departamento de Saúde Pública devido aos imperativos da realidade do momento:

A divisão em oito Distritos Sanitários, constante da Organização proposta, afigura-se-nos mais consentânea com a realidade, por tornar efetiva e, sobretudo, mais harmoniosa, a afinidade demográfica apresentada pelos 1.308.400 habitantes disseminados nos 80.596 km², que constituem o Estado. Igualmente se torna inadiável a providência de se estruturar, em base mais ampla e sólida, o órgão coordenador das atividades, já para decidido contrôle, já para elaboração de novos rumos nos pormenores técnicos. O desenvolvimento dos serviços fê-los ultrapassar o estado embrionário do início, exigindo a consolidação dos seus limites em área de possibilidades definitivas. Tornaram-se eles mais exigentes no rigorismo dinâmico e, e, em consequência, a regulamentação vigorante, datando de 1927, portanto anterior à organização praticada desde 1936, se tornou carente e, em certos pontos, impraticável. Prevendo, em seu final, novo Regulamento para as lides sanitárias, a organização proposta se revelou consistente e atual no antecipar providências sugeridas, posteriormente, em uma declaração de voto apresentada à assinatura do representante catarinense na reunião promovida pelo Ministério da Educação e Saúde, quando tratava de assuntos relativos à Proteção da Criança [sic!].⁹²

O Departamento de Saúde Pública avaliava que era imprescindível adotar imediatamente o novo modelo de organização sanitária, porque reconhecia a necessidade de estabelecer uma “harmonia” entre as “forças” que estavam em ação e porque a Diretoria do Departamento estava sobrecarregada de atividades e serviços. O novo ordenamento distrital procurava adequar-se à situação demográfica, econômica e política da década de 1940, mas a

⁹² Ibid., p. 10.

densidade demográfica, no entanto, estava subordinada às novas forças político-econômicas que hegemonizavam o controle do Estado, sobretudo ao controle da máquina governamental. Em termos geográficos, o mapa sanitário de Santa Catarina abrangeria os seguintes municípios:

Quadro 03 - Divisão Distrital Sanitária do Estado de SC, 1945		
Distritos Sanitários	Municípios de Abrangência de Cada Distrito	Município Sede
1.º Distrito Sanitário	Florianópolis; São José; Palhoça; Biguaçu.	Florianópolis
2.º Distrito Sanitário	Itajaí; Camboriú; Porto Belo; Tijucas; Nova Trento; Brusque.	Itajaí
3.º Distrito Sanitário	Blumenau; Gaspar; Indaial; Timbó; Rodeio; Ibirama; Rio do Sul.	Blumenau
4.º Distrito Sanitário	Joinville; Araquari; São Francisco do Sul; Jaraguá do Sul; Campo Alegre; Serra Alta.	Joinville
5.º Distrito Sanitário	Canoinhas; Itaiópolis; Mafra; Porto União.	Canoinhas
6.º Distrito Sanitário	Joaçaba; Campos Novos; Concórdia; Videira; Caçador.	Joaçaba
7.º Distrito Sanitário	Lages; São Joaquim; Bom Retiro; Curitibanos.	Lages
8.º Distrito Sanitário (Região Sul)	Tubarão; Laguna; Imaruí; Jaguaruna; Orleans; Urussanga; Criciúma; Araranguá.	Tubarão

Fonte: Santa Catarina. Secretaria da Justiça, Educação e Saúde. Departamento de Saúde Pública. Um ano de atividade sanitária, 1945. Florianópolis: Imprensa Oficial, 1947.

De acordo com a nova Organização Sanitária proposta, o Centro de Saúde era a unidade sanitária que deveria dispor de um enfermeiro-visitador para cada oito mil habitantes, um guarda-sanitário para cada seis mil habitantes e profissionais especializados para coordenar os Serviços de Doenças Transmissíveis, Higiene da Criança, Higiene Dentária, Higiene da Alimentação, Higiene do Trabalho, Laboratório, Saneamento e Polícia Sanitária. Na sede de cada Distrito Sanitário, deveriam estar lotados cinco médicos, no mínimo.

Nas regiões ou municípios que estavam fora da zona de atuação dos Distritos Sanitários, o Departamento de Saúde Pública instituiu Delegacias de Higiene. E a sede municipal que ainda não dispunha de nenhuma instalação do Departamento de Saúde Pública, seria designado, “a título precário, um Delegado de Higiene”, cuja escolha deveria ser preferencialmente um “médico de reconhecida idoneidade”, cuja função seria meramente local e sem remuneração. Em 1945, o governo mantinha 24 Delegacias de Higiene no Estado. Na região carbonífera havia uma Delegacia em Orleans, presidida pelo dr. Antônio Dib Mussi; e uma em Urussanga, chefiada pelo dr. Aldo Caruso Mac Donald.⁹³

O papel do médico-delegado era considerado um serviço relevante, mas não podia trazer ônus para os cofres públicos. Embora fosse um trabalho sem remuneração, o Departamento de Saúde Pública considerava uma função importante, pois conferia ao Delegado “foros de autoridade sanitária”. O Delegado ficava subordinado ao Diretor do

⁹³ Ibid., p. 21-22.

Distrito Sanitário e deveria agir em cooperação com o mesmo. Ao delegado cabia executar ou coordenar serviços de vacinação, fazer inspeções de saúde, investigações epidemiológicas, elaborar relatórios sobre a realidade sanitária de sua localidade, etc.⁹⁴

Em relação ao poder de controle social do Departamento de Saúde Pública, a proposta ratificava a sua crescente centralização. Nenhuma instituição de assistência médico-social, “de iniciativa privada, subvencionada ou não pelo Estado”, poderia “funcionar sem prévia autorização do Departamento de Saúde”, e o Departamento ainda ficava responsável pela fiscalização dessas instituições.⁹⁵

A reforma proposta em 1945 não foi integralmente cumprida de acordo com a sua idealização, mas foi sendo efetivada ao longo de alguns anos. Em 1947, o Departamento de Saúde Pública estabeleceu uma nova divisão distrital baseada em critério nosológico e demográfico, e novas atividades sanitárias foram implantadas. Nas décadas posteriores, as reformas administrativas seguiram seu curso regular, ou seja, de tempos em tempos a realidade sócio-econômica exigia mudanças no âmbito administrativo.

A respeito da dotação orçamentária destinada aos gastos com Saúde Pública, o governo catarinense destaca, em 1947, uma ascensão “bastante significativa”. Enquanto que em 1936 o orçamento destinado à Saúde Pública não atingia o percentual de 1% do orçamento total do Estado, em 1946 o percentual já havia ultrapassado a casa dos 11%. Segundo relatório oficial, o crescimento das dotações orçamentárias, conforme ilustra a tabela abaixo, incluía o Estado de Santa Catarina entre os que mais gastavam, proporcionalmente, com saúde pública:

Tabela 01 - Dotações Orçamentárias – Setor de Saúde Pública (1937-1946)			
Anos	Orçamento de Saúde Pública	Orçamento do Estado	%
	Cr\$	Cr\$	
1937	526.488,00	25.581.305,10	2,0
1938	1.672.150,00	31.500.000,00	5,3
1939	2.068.380,00	38.924.944,00	5,3
1940	2.058.660,00	40.212.673,30	5,1
1941	2.240.960,00	41.636.933,30	5,4
1942	2.998.120,00	44.235.443,60	6,7
1943	4.241.020,00	51.383.263,20	8,2
1944	5.381.585,00	57.929.018,80	9,2
1945	7.665.805,00	75.413.591,10	10,1
1946	10.062.675,00	88.945.704,30	11,3

Fonte: Santa Catarina. Secretaria da Justiça, Educação e Saúde. Departamento de Saúde Pública. Um ano de atividade sanitária, 1945. Florianópolis: Imprensa Oficial, 1947.

⁹⁴ Ibid., p. 08-09.

⁹⁵ Ibid., p. 09.

Os relatórios oficiais dos gastos governamentais nem sempre são precisos e muito menos confiáveis. Entretanto, é possível perceber as tendências predominantes em cada governo e em cada época. Assim, por exemplo, o relatório oficial de 1938, do governo do interventor federal Nereu Ramos, os maiores gastos do Departamento de Saúde Pública do Estado de Santa Catarina foram destinados ao tratamento de “alienados” e aos auxílios a hospitais e instituições pias. Os maiores dispêndios seguintes foram com centros de saúde, serviços de Profilaxia da Malária, Profilaxia da Lepra e Construção do Leprosário.⁹⁶

Na década de 1950, os discursos oficiais continuam reclamando das limitações orçamentárias, ao mesmo tempo em que destacam as suas realizações. Quando o governo anterior pertencia a um outro partido, o governo atual salientava as obras que estavam paralisadas e as dívidas deixadas. Em 1958, por exemplo, o governo de Jorge Lacerda justifica a paralisação das obras do Hospital Nereu Ramos e do Hospital-Colônia Santana “por falta de recebimento de recursos federais, de exercícios anteriores, o que vinha agravar a situação dramática da falta de leitos naqueles nosocômios”. Dessa forma, procurava-se ressaltar as competências por meio das obras realizadas. Assim, em relação à Colônia Santana, o governo informa que havia restaurado os convênios existentes com o Serviço Nacional de Doenças Mentais, o que permitiu reiniciar a construção do Pavilhão “Cardoso Fontes”, uma ala destinada à psiquiatria infantil, e iniciar um outro pavilhão destinado aos “doentes mentais tuberculosos”. Em relação ao Hospital Nereu Ramos, anunciava que o novo pavilhão já estava pronto, faltando apenas a chegada de novos equipamentos e de “novas instalações de cozinha”.⁹⁷

No âmbito da estrutura administrativa governamental também houve reformas. Em 1956, Jorge Lacerda decreta a separação dos serviços administrativos da área de Saúde e da Educação, dando origem, então, à Secretaria da Saúde e Assistência Social. Do ponto de vista de Lacerda, os serviços de saúde e assistência social não podiam mais ficar submetidos à Secretaria da Educação devido à diversidade dos problemas da saúde pública, que exigiam a experiência de um médico que pudesse enfrentar os problemas com conhecimento de causa, “facilitando as soluções”. O objetivo da Secretaria de Saúde era “coordenar melhor a organização sanitária do Estado, em face das várias dezenas de Postos de Saúde” construídos nas administrações anteriores, e também a rede hospitalar do Estado. Nessa época, estavam subordinados à Secretaria da Saúde e Assistência Social o Departamento de Saúde Pública, os

⁹⁶ Santa Catarina, Relatório apresentado ao exmo. Sr. Presidente da República, pelo Dr. Nerêu Ramos, interventor federal no Estado de Santa Catarina, outubro/1939, p. 188-189.

⁹⁷ Santa Catarina, Mensagem à Assembléia Legislativa, 15/abril/1959, p. 40-41.

Hospitais (Colônias Santa'Ana e Santa Teresa; as Maternidades de Florianópolis, Joinville, Lages e Itajaí; e o Hospital de Moléstias Infecto-contagiosas Nereu Ramos) e o Abrigo de Menores, em Florianópolis.⁹⁸

Uma das metas prioritárias do governador e também médico, Jorge Lacerda, era dar “prosseguimento ao programa de dotar cada município, e os principais distritos do Estado, com um Posto de Saúde”. Em 1956, haviam sido construídos os Postos de São Miguel d'Oeste, Garopaba, Santo Amaro e Sombrio. Os postos de Timbé (Turvo), Içara (Criciúma) e Taió estavam sendo construídos. Os postos de Nova Veneza, Jaguaruna, Tangará e Guatá, inaugurados em 1955 pelo governo anterior, já estavam em funcionamento. No total, o governo contava com oito Centros de Saúde e 44 Postos, distribuídos nas principais regiões geoeconômicas do Estado.⁹⁹ Em Florianópolis, havia sido construída também uma “modelar farmácia, para facilitar o fornecimento de medicamentos, preparando fórmulas econômicas padronizadas”.¹⁰⁰

A região carbonífera também foi beneficiada com obras sanitárias. Quando a capital brasileira do carvão conquistou o *status* de cidade pólo, ultrapassando Tubarão em termos populacionais e econômicos, passou a ser vista pelas autoridades sanitárias como um centro urbano que precisava dispor de uma estrutura sanitária própria. Em 1954, Criciúma foi contemplada pelo governo catarinense com o seu primeiro Centro de Saúde e, em 1960, já era o município-sede do 11.º Distrito Sanitário do Estado, abrangendo os municípios de Urussanga, Nova Veneza, Siderópolis, Turvo, Araranguá, Jacinto Machado e Praia Grande.

Na década de 1960, o governo Celso Ramos implanta uma forma de gerenciar a máquina administrativa baseada na idéia de Planejamento Estratégico. Em 1960, na condição de Presidente da Federação das Indústrias do Estado de Santa Catarina (FIESC), organizou uma série de seminários sócio-econômicos nas mais importantes regiões do Estado. Os principais problemas catarinenses diagnosticados, sob o ponto de vista da classe empresarial catarinense, apontavam as deficiências da estrutura escolar dos ensinos primário e médio; a insuficiência de energia elétrica para expandir o parque industrial; a falta de crédito agrícola

⁹⁸ Santa Catarina, Mensagem apresentada à Assembléia Legislativa do Estado, em 15 de abril de 1957, pelo governador Jorge Lacerda, 1957, p.33. Além de destacar as obras realizadas e as que estavam em andamento, procurava-se também evidenciar as futuras realizações. Nesse caso, estavam previstas reformas e novas construções no Abrigo de Menores e na Colônia Santa Teresa. A preocupação com a ampliação da estrutura de assistência aos pobres e aos doentes continuava sendo justificada em virtude do projeto de desenvolvimento econômico do Estado catarinense.

⁹⁹ Ibid., p. 33-34.

¹⁰⁰ Ibid., p. 33.

para o produtor rural; e a inexistência de um sistema de rodovias que integrasse o oeste e o litoral catarinense.

Com base no diagnóstico produzido nesses seminários, Celso Ramos, eleito em 1961, coordenou a execução do Primeiro Plano de Metas do Governo (PLAMEG), cujo objetivo primordial era concentrar todos os investimentos possíveis, visando construir uma infraestrutura que assegurasse o desenvolvimento social e econômico do Estado de Santa Catarina. De todos os governadores catarinenses, Celso Ramos foi quem mais procurou constituir uma administração “cientificamente” planejada, canalizando os recursos internos e externos na execução do que havia sido previamente estabelecido no Plano de Metas. Inspirado no modelo de planejamento de Juscelino Kubstcheck, Celso Ramos demonstrou competência para entender a dinâmica da economia nacional, soube capitalizar recursos federais para o Estado e, mais do que os seus antecessores, instituiu a lógica da racionalidade e da eficiência técnica na máquina administrativa do Estado.¹⁰¹

No campo social, o PLAMEG considerou a educação um investimento prioritário na “formação do elemento humano” que deveria ser preparado para o trabalho e a universidade. Na área de Saúde Pública e Assistência Social, a prioridade foi a ampliação da rede hospitalar e a de abastecimento de água dos municípios catarinenses. Na agricultura, “o Plano de Metas prosseguiu no seu objetivo de fornecer ao produtor os meios capazes de elevar a produção e a renda da empresa rural, através de assistência técnica, financiamento, sementes, fertilizantes e reprodutores selecionados”, bem como viabilizar um mercado que garantisse a comercialização da produção do agricultor catarinense.¹⁰²

Entre os investimentos destinados a expandir o parque industrial, o governo de Celso Ramos pôs em prática o seu Plano Quinquenal de Eletrificação e o seu objetivo de construir rodovias e “obras de arte”. Além disso, criou o Banco de Desenvolvimento do Estado (BDE), com 22 agências; e participou da criação do Banco Regional de Desenvolvimento (BRDE), com os Estados do Paraná e Rio Grande do Sul. O Plano de Metas do governo catarinense estabeleceu dispositivos para a formação do capital social básico, investindo em energia, transporte, educação e saúde. Os gastos orçamentários do PLAMEG I previam uma distribuição de investimentos de 28,3% para a construção de rodovias, 26,6% para energia,

¹⁰¹ Cf. Alcides Goularti Filho, *Formação econômica de Santa Catarina*, 2002, p. 194.

¹⁰² Santa Catarina, 5.^a Mensagem Anual Apresentada à Assembléias Legislativa do Estado, em 15 de abril de 1965, pelo governador Celso Ramos, 1965.

11,6% para educação, 6,6% para saúde e assistência social, e os demais recursos para outras áreas.¹⁰³

Na região Sul de Santa Catarina também houve um crescimento gradual da estrutura e dos serviços de controle da saúde pública. O Centro de Saúde de Tubarão, sede do 4.º Distrito Sanitário do Estado, cujo novo prédio foi inaugurado em fevereiro de 1941, abrangia os municípios de Criciúma, Urussanga, Orleans e Lauro Müller, e também os municípios do Vale do Araranguá. Dentre as atividades mais importantes estava o serviço de vacinação, o de visita domiciliar, a distribuição de medicamentos e a realização de alguns exames médicos.

Como nas demais unidades sanitárias, o Centro de Tubarão, além de ser um espaço de disputas e propagandas políticas, era um organismo de controle social do Estado que pretendia assegurar a saúde pública na região Sul. Para cumprir essa missão, difundiu-se uma série de serviços de saúde que implicava a remodelação de condutas e a formação de um sistema de hábitos de higiene na população. Dentre os diversos serviços existentes na época, funcionava o dispensário de higiene natal, o infantil, o de higiene escolar, o de sífilis e outras doenças venéreas, o serviço odontológico, de higiene das habitações, de higiene dos alimentos e o de epidemiologia.

No dispensário de higiene natal as gestantes eram inscritas, atendidas, examinadas, medicadas; as “curiosas” eram registradas e treinadas, e ouviam palestras e conselhos individuais. No dispensário infantil as crianças eram inscritas, atendidas, pesadas, examinadas, medicadas e encaminhadas para outros serviços, quando necessário; a cozinha dietética distribuía latas de eledon, nessucar, tubos de leiba, citrato de ferro amoniacal, pacote de laranan, entre outros; as mães também participavam de palestras e recebiam conselhos individuais de puericultura. No dispensário de higiene escolar, as professoras eram inspecionadas; as crianças eram inscritas e examinadas; eram identificadas as crianças com moléstias contagiosas, afecções do aparelho respiratório, do aparelho digestivo, do aparelho cardiovascular, da pele e do couro cabeludo, nos olhos, garganta e ouvidos; faziam-se exames antropométricos e se classificavam os “normais” e os “anormais”; avisos eram dados às professoras, aos pais ou responsáveis; ministravam-se conselhos individuais; impressos

¹⁰³ Cf. Alcides Goularti Filho, op. cit., p. 206-216. Em âmbito nacional, cabe lembrar do POE – Plano Federal de Obras e Equipamentos, implementado em 1943, no primeiro governo de Vargas (1930-1945); o Plano Salte – Saúde, Alimentação, Transporte e Educação, do governo Dutra (1946-1951); e o Plano de Metas de Juscelino Kubstcheck (1956-1962). Mesmo levando em consideração as diferenças ideológicas de cada governo e as prioridades definidas em cada período, os planos tinham em comum o objetivo de criar e ampliar a estrutura industrial do país. Como os ideólogos do desenvolvimento econômico almejavam a construção de uma sociedade industrial, algo deveria ser realizado para melhorar as condições de saúde da população. Por isso, era preciso

informativos e educativos eram divulgados; aplicavam-se injeções e distribuíam-se medicamentos.¹⁰⁴ Enfim, cada serviço incumbia-se de fazer um controle individual e coletivo baseado na identificação, registro, inspeção, exame, prescrição médica e educação sanitária.

Os serviços de higiene das habitações e dos alimentos exerciam funções de polícia sanitária. Faziam-se inspeções, intimações e aplicavam-se multas. O objetivo primordial era fazer cumprir o Regulamento da Saúde Pública, obrigando os proprietários de estabelecimentos comerciais a fazerem reformas de acordo com o padrão de higiene exigido pelo regulamento. Foram necessários longos anos para mudar a mentalidade dos comerciantes e atingir um padrão civilizatório aceitável dos estabelecimentos comerciais e da higiene dos alimentos.

Muitos conflitos e disputas foram travados antes da assimilação do padrão de higiene determinado pela legislação e pelas autoridades sanitárias. Em março de 1941, por exemplo, os comerciantes de Tubarão criticaram “o modo de agir” dos Centros de Saúde instalados em Florianópolis e nos demais municípios catarinenses. Os proprietários denunciam o abuso de autoridade, queixam-se da falta de condições financeiras para se adaptar ao Regulamento de Saúde Pública e fazem um alerta ao governo do Estado:

O Departamento de Saúde Pública do Estado, sob cujo controle estão os Centros de Saúde, devia recomendar a estes, um pouco mais de cuidado no modo de agir para com o povo, afim de evitar manifestações oposicionistas dos atingidos pelas exigências sanitárias. Não se afigura razoável que o Centro de Saúde de uma cidade como Tubarão, queira obrigar a que haja uma reforma radical na parte urbana, de modo a satisfazer todos os princípios sanitários. Em Tubarão, isto está se verificando. Todos os prédios ocupados por bodegas, lojas de fazendas e outros ramos de atividades comerciais e industriais, receberam notificações do Centro de Saúde, para se adaptarem de acordo com o que determina a Lei, isto é, não poderão continuar com assoalho, mas sim com piso de ladrilho e parte da parede de azulejo.¹⁰⁵

O desfecho desse confronto culminou na realização de uma reunião entre autoridades sanitárias e os proprietários de estabelecimentos comerciais de Tubarão, em julho de 1941. Na ocasião, compareceram todos os proprietários de fábricas, padarias, armazéns de secos e molhados, cafés e hotéis. Esse foi apenas um dos conflitos entre tantos outros que se sucederam ao longo de décadas.

reservar parte dos investimentos para expandir os serviços de assistência médica e de saúde pública porque uma população fragilizada por enfermidades não teria condições de erguer e suportar os pilares da indústria nacional.

¹⁰⁴ Movimento do Centro de Saúde de Tubarão. Tubarão, A Imprensa, 21/05/1941.

¹⁰⁵ O Modo de Agir dos Centros de Saúde. Tubarão, A Imprensa, 22/03/1941.

Nessa mesma época, José L. Ferraz, Guarda Sanitário do Departamento de Saúde de Santa Catarina, ocupou espaço nas colunas do jornal *Sul do Estado* para fazer *algumas considerações sobre saúde pública*. Ferraz comenta as medidas postas em prática pelo Posto de Saúde de Laguna, “em observância a regulamentos feitos por higienistas idôneos e aprovados pelo Governo do Estado”. Salienta que o Posto de Saúde de Laguna estava cumprindo o seu papel, mas poderia conseguir muito mais, não fossem os comentários “orientados pela ação demolidora de pessoas suspeitas e sem capacidade para apreciar questões de ordem sanitária, visando unicamente incompatibilizar o povo contra o Posto de Saúde para satisfação de caprichos pessoais”.¹⁰⁶

A resistência vinha de parte dos proprietários de estabelecimentos comerciais que se negavam a cumprir o regulamento de higiene. A maioria dos estabelecimentos não cuidava da higiene e limpeza do espaço físico e os empregados não se preocupavam com o asseio do corpo. Assim, quando o guarda sanitário aparecia para adverti-los, pela segunda ou terceira vez, era “taxado de carrasco, cruel, inimigo número um, etc.”, argumenta o guarda sanitário.¹⁰⁷

Ferraz lamenta também que a caderneta de saúde criada “com o fim de denunciar aos srs. Empregadores e chefes de família o empregado portador de doenças transmissíveis”, estava “relegada a plano secundário”. Outro problema apontado era o uso do guarda-pó, que segundo Ferraz era rotulado de “boi de fogo”. Ninguém queria usá-lo e muitos tinham “verdadeira ojeriza em experi-lo, como se houvesse nisto uma diminuição, quando na realidade, rigorosamente limpo, o guarda-pó causa efeito agradável e defende a roupa de uso diário do contato direto com artigos gordurosos”.¹⁰⁸

Dois anos antes, o mesmo semanário já tinha alertado sobre as prováveis resistências por parte de alguns setores da população. Em 1940, quando o prédio do Centro de Saúde de Laguna estava em construção, o *Sul do Estado* anuncia esta obra como uma confirmação do progresso da cidade. Do ponto de vista do articulista, a cidade iria assistir de forma “indiferente, revoltada ou entusiasmada, a um simulacro de revolução” e não faltariam “comentários e protestos para dificultar desde o início a aplicação sistemática das leis higiênicas”. No primeiro momento haveria um “natural e compreensível movimento de desgosto” causado pelos novos hábitos coletivos e individuais exigidos pelo serviço sanitário. Todavia,

¹⁰⁶ José L. Ferraz. Algumas considerações sobre saúde pública. Laguna, *Sul do Estado*, 27/03/1942.

¹⁰⁷ *Ibid.*

¹⁰⁸ *Ibid.*

logo que se fizerem sentir os efeitos salutareos que decorrem inevitavelmente das providencias sanitárias, a população, cujo mau humor será efêmero em virtude da sua tradicional educação e dos seus conhecidos anseios de progresso, auxiliará o Centro de Saude com boa vontade que lhe é peculiar na sua tarefa de engrandecimento do Estado [sic!].¹⁰⁹

A força política e econômica dos proprietários foi um forte obstáculo ao processo de higienização do espaço comercial e industrial. Todavia, a atuação do Estado como agente civilizador sobre a classe empresarial demonstra que a classe trabalhadora não foi o alvo exclusivo do processo de higienização. Por meio das políticas de controle da saúde pública, o Estado coordenou um *movimento civilizador* sobre todas as classes sociais, e cada uma delas resistiu com as armas de que dispunha.¹¹⁰

Na década de 1950 o governo catarinense começa a destacar o declínio dos índices do quadro de morbidade e mortalidade. Em comparação com décadas anteriores, o número das principais moléstias contagiosas estava diminuindo e a estrutura de controle da saúde pública era maior. Mesmo assim, os discursos oficiais não deixam de apontar a presença permanente das moléstias e as deficiências na estrutura sanitária oficial. Em 1962, a estrutura de saúde pública do Estado de Santa Catarina contava com dois centros de saúde, quatro postos de puericultura e 42 postos de saúde distribuídos nos oito distritos sanitários do Estado. Cada distrito sanitário prestava contas de suas atividades e relatava seus problemas. No 1.º distrito, com sede em Florianópolis, havia dificuldades em manter os médicos e fazê-lo cumprir seus horários; e devido aos baixos salários, esses profissionais não se dedicavam exclusivamente aos serviços de saúde pública. No 2.º distrito sanitário, em Itajaí, faltavam médicos e equipamentos de laboratório na seção de sífilis e outras doenças venéreas; na seção de tuberculose, o aparelho de raios-X não funcionava e não havia médico tisiologista; e faltavam, ainda, enfermeiras e medicamentos. No distrito de Lages (7.º), não havia especialistas em sífilis, tisiologia e epidemiologia; os exames de laboratório e da polícia sanitária eram precários porque faltava pessoal qualificado, e o que existia era “improdutivo”; apenas uma visitadora atendia 40.000 habitantes; e o pavilhão de tuberculosos, anexo ao hospital, não

¹⁰⁹ Centro de Saúde. Laguna, Sul do Estado, 17/03/1940.

¹¹⁰ Em relação ao Centro de Saúde de Laguna, João Batista Bitencourt afirma que as autoridades destacavam a confirmação do progresso da cidade, reforçando o ideal de uma Laguna “saneada e bonita”. Bitencourt informa ainda que, por meio do centro de saúde e dos serviços de assistência médico-higienista prestados diretamente à população, o governo catarinense atuava no corpo dos lagunenses e intensificava o controle sanitário do comércio, matadouros, estábulos, entre outros. João Batista Bitencourt. Estado Novo, Cidade Velha: o governo ditatorial de Vargas desde Laguna: Porto Alegre: UFRGS, Tese de Doutorado, 2002, p. 179.

estava entrosado com os serviços de radiologia do centro de saúde. No posto de puericultura de Laguna, reclamava-se da falta de leite integral e de medicamentos; queixava-se do distanciamento geográfico, pois muitas gestantes tinham de atravessar o rio (ou canal) para chegar até o posto; apelava-se para a instalação urgente de uma maternidade na região porque as parturientes eram “entregues às mãos de curiosas ignorantes e pouco escrupulosas”, segundo a opinião do médico-chefe do posto de puericultura; e, além disso, a cozinha dietética era obrigada a prescrever regimes dietéticos que deveriam ser preparados em casa, pois a “ignorância”, segundo o médico-chefe, era a principal causa da mortalidade infantil.¹¹¹

Na avaliação da Secretaria de Saúde, uma série de erros e problemas precisavam ser corrigidos. De forma geral, problematizava-se a precariedade dos relatórios remetidos pelas unidades sanitárias, bem como os dados estatísticos das moléstias notificadas e registradas. Segundo o diagnóstico da Secretaria, essa situação resultava da falta de articulação com os médicos de clínicas privadas e hospitais; escassez de enfermeiras visitadoras; desconhecimento de medicina sanitária, inclusive pelos médicos; desconfiança e descrédito por parte do povo em relação aos serviços de saúde, quase sempre precários nas unidades sanitárias; carência de médicos para as principais seções das unidades; impontualidade dos médicos e funcionários; falta de medicamentos essenciais e de viaturas para realizar os serviços de epidemiologia de campo.

Em relação ao serviço de educação sanitária, também havia muita coisa a ser feita. Segundo avaliação da Secretaria da Saúde, faltava um órgão central que planejasse e executasse um programa de educação sanitária; faltava articulação com as autoridades locais; as chefias distritais estavam entregues à médicos que não reconheciam a importância da educação sanitária; faltava conhecimentos mais sólidos de higiene e saúde pública na escola, e as professoras não estavam preparadas para o ensino desta matéria; as entidades ou grupos sociais comunitários não conheciam os planos e a importância da higiene e da saúde pública; no âmbito da cultura popular, além de crenças religiosas ainda prevalecia a crença em lendas, tabus, superstições; usavam-se termos técnicos ou expressões incompreensíveis pela maioria do povo; o código de higiene era obsoleto, com normas “inaplicáveis e ridículas”; o custo da propaganda educativa era elevado; os conselhos destinados aos “grupos sociais desfavorecidos” eram inexecutáveis devido ao alto preço dos alimentos básicos, como leite, ovos e verduras; havia dispersão de recursos nas unidades de saúde; não existia integração

¹¹¹ Santa Catarina, Secretaria da Saúde e Assistência Social, 1962.

nem intercâmbio entre os postos de saúde do mesmo distrito sanitário, o que implicava o desconhecimento dos problemas e as necessidades das respectivas áreas.¹¹²

Apesar de todos esses problemas, inúmeras atividades e serviços seguiam o seu curso regular. No Posto de Puericultura de Criciúma, por exemplo, os dados oficiais de 1962 informam que 3.804 crianças e 1.102 gestantes foram atendidas, e distribuídas 19.012 mamadeiras. No Posto de Saúde de Tubarão, foram atendidas 678 crianças de zero a dois anos de idade, 245 pré-escolares, 241 crianças escolares e 1.549 gestantes; o serviço de higiene escolar vacinou 1.787 crianças e cerca de 10 mil doses de vacinas foram destinadas à população adulta; o serviço de saúde aplicou 7.150 injeções e fez 1.806 exames; distribuiu 112.804 g de leite em pó tipo eledon; prestou serviço odontológico, fez vistoria e inspeção em estabelecimentos de gêneros alimentícios, entre tantas outras atividades.¹¹³ Enfim, bem ou mal, todas as unidades de saúde instaladas nos oito distritos sanitários do Estado continuavam com esses tipos de serviços.

Ao mesmo tempo em que se identificavam os problemas na estrutura de saúde pública, também se criavam estratégias para resolvê-las. Para equacionar a questão dos recursos profissionais, a Secretaria de Saúde viabilizou a realização de 29 cursos, em 1961. Dentre esses, destaca-se o curso sobre *conceito e atividades básicas de saúde pública, sua importância para a coletividade*; o curso de *relações humanas: imparcialidade política, religiosa, racial, tratamento em serviço, respeito humano, diferenças individuais*; *conservação da saúde: limpeza, contaminação, higiene pessoal. (banhos nos doentes, etc.)*; *noções de educação sanitária: definição, finalidade, principais métodos/funções educativas da atendente/material audiovisual/problemas básicos que afetam especialmente o centro de saúde, costumes e credences (locais) e sua importância para o trabalho da saúde pública*; *métodos de esterilização*; *aplicações de injeções*; *noções sobre medicamentos*; *noções de doenças transmissíveis que interessam à saúde pública: tuberculose, difteria, tétano, coqueluche, verminoses, raiva, poliomielite, varíola, alastrim, varicela, febre tifóide, amebíase e diarreias*; *principais vacinas*; *noções ligeiras de primeiros socorros: desmaios, choques, fraturas, hemorragias, queimaduras, envenenamentos, picadas de insetos, ataques epiléticos*; *banho no recém-nascido e curativo umbilical*; *orientação de "curiosas"*; *notificação de nascimentos, cuidados higiênicos, alimentação e controle das gestantes*.¹¹⁴

¹¹² Ibid.

¹¹³ Ibid.

¹¹⁴ Ibid.

Não há dúvidas sobre o declínio e o controle das principais enfermidades contagiosas que afligiram a população catarinense durante mais de meio século, diminuição também constatada na região Sul do Estado. Entre os fatores que propiciaram a diminuição ou o controle das doenças, pode-se considerar o constante crescimento da estrutura de saúde pública dos poderes públicos municipais, estaduais e federais, juntamente com outras estruturas de assistência médico-social de caráter comunitário ou empresarial. Foi por intermédio dessa estrutura que foram difundidos os serviços de vacinação; de visita domiciliar; de higiene infantil; de distribuição de medicamentos, principalmente antibióticos; e de educação sanitária. Além disso, foram construídas e ampliadas a rede de abastecimento de água; a melhoria nas condições de alimentação, moradia, etc.

Em relação aos diversos serviços divulgados pelo Departamento de Saúde do Estado catarinense, em parceria com o Ministério da Saúde, cabe uma pausa para falar dos programas de distribuição de alimentos e educação alimentar. Durante décadas propagou-se uma série de programas educativos com o objetivo de mudar ou reeducar a população para que ela adquirisse novos hábitos alimentares, preconizados pela “ciência da nutrição”. Com base em um “diagnóstico científico” que apontava a “ignorância alimentar” e a baixa renda familiar como fatores causais da mortalidade infantil, as autoridades sanitárias instituíram o Serviço de Cozinha Dietética nos postos de saúde, contribuindo para elevar o padrão nutritivo das crianças das classes populares e também beneficiando o crescimento sadio da indústria alimentícia de matiz estrangeira, principalmente a norte-americana.

Em Santa Catarina, a Cozinha Dietética entrou no cardápio dos postos de saúde em 1940. Para se ter uma boa noção dos produtos alimentícios inseridos na dieta alimentar da população assistida, os relatórios oficiais oferecem estatísticas anuais reveladoras. Segundo o Relatório de 1942, referente ao exercício de 1941, a Cozinha Dietética já estava presente nos dispensários dos sete distritos sanitários existentes. Cerca de 24 mil crianças foram atendidas, a alimentação distribuída era constituída por leite integral; leite com mucilagem de arroz e açúcar; leite com decoto de farinha e açúcar; leite com cazeinato de cálcio e açúcar; leite com farinha e açúcar nutritivo; leite com cazeinato de cálcio e açúcar nutritivo; mingau de maizena; leite de vaca; larozan; eledon; cazeon; nessucar, etc. Neste ano foram distribuídos, segundo os dados oficiais, 15.112.000 quilos de leite, 10.916.400 litros de leite com decoto de farinha e açúcar, e fornecidas 95.781 mamadeiras.¹¹⁵ Em 1947, a distribuição de alimentos industrializados em nove unidades sanitárias do Estado apresentou um crescimento

¹¹⁵ Santa Catarina, Relatório de 1942, p. 89-90.

extraordinário. A título de exemplo, o quadro abaixo informa os resultados do Serviço da Cozinha Dietética nos Centros de Saúde de Florianópolis e Tubarão, e nos Postos de Puericultura de Laguna e Criciúma:

Tabela 02 – Serviços da Cozinha Dietética do Departamento de Saúde Pública de SC, 1947

Especificação	CS Fpolis	CS Tubarão	PP Laguna	PP Criciúma	Total em 9 unidades sanitárias
Crianças com menos de 1 ano inscritas	205	71	58	132	827
Crianças com menos de 1 ano atendidas	26.910	5.635	9.390	19.858	107.755
Crianças com mais de 1 ano inscritas	86	34	43	97	368
Crianças com mais de 1 ano atendidas	6.933	5.368	42.538	21.718	99.782
Total geral de crianças inscritas	291	105	101	229	1.195
Total geral de crianças atendidas	33.843	11.003	51.928	41.376	198.557
Número de mamadeiras distribuídas	136.678	30.347	39.058	56.475	490.389
Leite ao ½ c/ mucilagem de arroz e açúcar	1.060,00	2.272,00	-	9.801,50	70.606,59
Leite aos 2/3 com decoto de farinha e açúcar	219.131,49	15.162,00	18.870,00	9.602,00	363.502,11
Leite aos 2/3 com decoto de farinha e nessucar	90.500,00	2.962,50	-	-	93.468,50
Leite de vaca engrossado	52.933,65	-	-	55.189,00	161.019,20
Leite de vaca integral	30.360,00	-	-	1.309,20	61.901,20
Leite ninho	19.479,00	4.383,60	-	-	44.613,94

Fonte: Santa Catarina. Mensagem do governador dr. Aderbal R. da Silva, para a Assembléia Legislativa. Florianópolis, 1948.

As unidades sanitárias da região Sul do Estado foram as que mais atenderam crianças – Laguna e Criciúma apresentaram os maiores índices de atendimento. Das 198.557 crianças atendidas pelo Programa da Cozinha Dietética, 52% pertenciam aos distritos sanitários da região Sul. Além dos valores quantitativos, é importante perceber que por meio do Estado, da higiene alimentar e da ciência da nutrição, o Departamento de Saúde Pública inseriu novas práticas de alimentação e produtos alimentícios industrializados. A ampla distribuição de mamadeiras indica que as autoridades sanitárias de Santa Catarina preocuparam-se em expandir e reforçar o uso da mamadeira, prática que atualmente vem sendo problematizada pelo Ministério da Saúde. A distribuição do leite em pó, bem como a difusão de mamadeiras e outros produtos, evidencia uma política de distribuição de alimentos para assegurar a saúde da população infantil no seu primeiro ano de vida, visando a formação de novos hábitos de consumo alimentar. Assim, pode-se constatar que se a política de educação alimentar foi benéfica para a população infantil de um modo geral, também foi muito saudável para a indústria da alimentação.

Em síntese, pode-se concluir que o medo da morte e das moléstias contagiosas, combinadas com a necessidade de aumentar a capacidade produtiva da economia industrial, justificou a criação e expansão de uma ampla estrutura sanitária sob o controle do Estado. À

medida que se edificava e modernizava a estrutura e os serviços de saúde, visando combater as doenças malignas e até mesmo as benignas, impunha-se uma transformação cultural da população assistida, culminando com o surgimento e desenvolvimento de uma consciência sanitária que possibilitou a formação de hábitos de higiene preconizados pela medicina sanitaria. E, apesar dos efeitos colaterais, dos conflitos e da opressão decorrentes do processo de higienização e da medicalização da população, a resistência aos dispositivos de controle social da saúde pública foi se dissipando na medida em que os índices de nascimento e a expectativa de vida foram ultrapassando os índices de morte.

À sombra do anjo exterminador: moléstias, vacinas e medicalização

Já mencionei anteriormente a atividade invulgar que a inspeção sanitária despendeu durante a epidemia de cólera em Manchester. Com efeito, quando esta epidemia começou a se aproximar, apoderou-se da burguesia desta cidade um medo generalizado. De repente lembrou-se das habitações insalubres dos pobres, e tremeu com a certeza de que cada um destes bairros miseráveis iria constituir um foco de epidemia, a partir do qual estenderia seus tentáculos em todos os sentidos para as residências da classe proprietária.¹¹⁶

O medo das epidemias foi um fator especialmente convincente para se criar uma estrutura para controlar a saúde pública. Na Europa do século XIX, a concentração urbano-industrial gerou o medo urbano – das rebeliões proletárias, da proliferação de moléstias contagiosas. Engels evidencia esse medo de forma contundente, embora seja necessário considerar que o medo da epidemia não era um sentimento exclusivo da burguesia. A concentração urbana do século XIX não era exclusividade da Grã-Bretanha, mas também uma realidade na França, Bélgica, Prússia, nos Estados Unidos e em qualquer lugar onde o sistema industrial tivesse florescido. Nessa época, o que assustava as elites cidadinas não era simplesmente o fenômeno da urbanização, e sim a proliferação de doenças epidêmicas que se propagavam do ambiente de vida das camadas “miseráveis” da cidade. A cólera, por exemplo, procurava os distritos mais pobres, os locais onde inexistiam medidas sanitárias, as áreas onde

¹¹⁶ Friedrich Engels, A situação da classe trabalhadora na Inglaterra, op. cit., p. 78.

predominava as “imundícies” e, mesmo assim, ela não atingia apenas as “classes mais baixas”. Mesmo quem residia distante do suposto foco irradiador da moléstia, tinha receio de ser atingido. O medo de contrair uma doença letal, portanto, contribuiu para a formação de uma consciência em defesa da saúde pública, ou seja, motivou a criação de diversos dispositivos de controle social dos espaços urbano e rural, em termos de uma ordem sanitária e higiênica para o funcionamento regular e seguro da sociedade.¹¹⁷

No Brasil, a historiografia da saúde pública e das doenças mostra que tanto o poder imperial como o poder republicano foi pressionado a tomar providências sempre que surgia uma epidemia de caráter maligno. No Rio de Janeiro do século XIX, ainda no período do governo imperial, a Junta Central de Higiene Pública combateu a febre amarela numa época em que ela reinava soberba na capital. As aglomerações das camadas pobres da população carioca da época despertava medo na sociedade porque havia o risco de contágio generalizado, fortalecendo a tese da necessidade de controle social sobre a população em geral, principalmente em relação às camadas que viviam nos cortiços.¹¹⁸

Em tempos mais antigos, as epidemias eram encaradas como um castigo dos deuses, de Deus ou do Demônio. No mundo moderno a razão iluminista orientou o pensamento médico, surgindo explicações que procuravam demonstrar que o recrudescimento de epidemias também era resultado da cobiça do homem e do descaso relativo à higiene pública. Independentemente das explicações causais de cada época, as sociedades tomaram medidas para derrotar as moléstias malignas. A partir do século XVIII, a ciência moderna começou a desenvolver práticas profiláticas sobre doenças contagiosas que historicamente aterrorizavam a humanidade. Dentre tantas epidemias que consumiam a população européia, no “século das luzes”, a varíola foi uma das primeiras que a medicina preventiva combateu com eficácia. No início daquele século, a varíola era endêmica em várias cidades do velho continente e uma das principais causas de morte, principalmente da população infantil.¹¹⁹

A morte precoce da população motivou o desenvolvimento de meios preventivos para combater a varíola. E foi na Inglaterra, em 1714, que surgiu a prática da inoculação. Todavia, enquanto a experiência da inoculação despertava o interesse, a controvérsia e resistência entre membros da classe médica inglesa, a população manteve-se distante e desconfiada. Porém, as suspeitas foram diminuindo na medida em que os próprios médicos inoculavam a si mesmos,

¹¹⁷ Cf. George Rosen, *Uma história da saúde pública*, op. cit., p. 161.

¹¹⁸ Cf. Sidney Chalhoub, *Cidade Febril: cortiços e epidemias na Corte imperial*, 1996, p. 08.

¹¹⁹ George Rosen, op. cit., p. 142.

a membros de sua família, ou ainda quando membros da família real também eram inoculados publicamente, como ocorreu em abril de 1722 com os filhos dos reis da Inglaterra.¹²⁰

No Brasil, algumas Câmaras Municipais tentaram, sem muito sucesso, instituir a prática da vacina antivariólica no século XIX. Do ponto de vista de Lycurgo Santos Filho, “o povo ignorante procurou sempre esquivar-se à inoculação imunizante, e as autoridades, tão incultas quanto o povo, ora se desleixaram no cumprimento, ora se viram impotentes”.¹²¹ As autoridades republicanas da primeira década do século XX, no entanto, tentando talvez mudar a imagem de “desleixadas”, a que se refere Santos Filho, tomaram medidas drásticas contra o povo no intuito de mudar os hábitos e derrotar a moléstia que estava dizimando a população, sobretudo a da capital da República. Assim, no dia 31 de outubro de 1904, por iniciativa de Oswaldo Cruz, o Congresso Nacional aprovou a *Lei da Vacina Obrigatória*, que obrigava toda a população acima de seis meses de idade a tomar a vacina contra a varíola.

Esta prática gerou o episódio histórico denominado *A Revolta da Vacina*, movimento desencadeado como resultado do método coercitivo das brigadas sanitárias que, acompanhadas de policiais, invadiam o espaço domiciliar para aplicar a vacina a qualquer custo. Adjetivada pela imprensa como “violadora dos lares”, “túmulos da liberdade”, entre outros adjetivos, a imposição obrigatória da vacina fomentou o descontentamento popular e serviu de pretexto para os adversários acirrareem sua oposição contra o governo de Rodrigues Alves e a autoridade de Oswaldo Cruz. Políticos de oposição, imprensa e parte dos militares manifestaram seu apoio aos manifestantes revoltosos e sua indignação contra a Lei da Vacina Obrigatória.¹²²

A situação agravou-se porque o sentimento de revolta já havia emergido na campanha contra a febre amarela, quando a polícia sanitária já havia empregado métodos coercitivos e abusivos contra a população. Além disso, a lei impunha punição severa aos que não a cumprissem por meio de multas pesadas, demissões e prisões que, de fato, aconteceram. O governo almejava uma campanha em massa, rápida e fulminante. Devido à devastação provocada pela varíola, o governo não se preocupou em fazer campanhas de conscientização e sensibilização da população, assim como não respeitou os direitos constitucionais

¹²⁰ Ibid., p. 144-145.

¹²¹ Ibid., p. 162.

¹²² Cf. Nicolau Sevcenko, *A revolta da vacina: mentes insanas em corpos rebeldes*, 1993, p. 14.

elementares. Exigia-se uma “submissão incondicional” em prol de um grande objetivo “patriótico”. De um lado, a intolerância e coerção, de outro, a resistência e rebeldia.¹²³

Passado o episódio da revolta, anos mais tarde começaram a surgir explicações históricas e lembranças sobre esse significativo acontecimento. De um modo geral, Oswaldo Cruz foi santanizado por uns e cultuado por outros. Em 1941, por exemplo, o médico Clementino Fraga caracterizou os feitos de Cruz como os de um patriótico herói nacional, salientando que suas ações não se resumiram a extinguir a febre amarela do Rio de Janeiro. Oswaldo Cruz implementou o combate à peste, instituiu a higiene domiciliária e a polícia sanitária no espaço industrial, ou seja, coordenou um “serviço completo de agressão e defesa profiláticas, modelarmente adaptada ao meio urbano, em singular oportunidade, paralela à remodelação material da cidade, sabiamente posta sob caução de medidas higiênicas e ao influxo das boas normas administrativas, inauguradas pela presidência de Rodrigues Alves”.¹²⁴ Dito de outra forma, Dr. Fraga explicita a idéia de que o Rio havia se civilizado ou sido civilizado.

Apesar das “decepções, dos desenganos, de todas as misérias de uma época de revezes, pelejando contra a fúria licenciada de seus detratores”, Fraga lembra que Oswaldo Cruz foi um autêntico patriota, um fervoroso crente dos ideais da moderna Saúde Pública e um “temerário batalhador da nossa independência científica”. Num contexto em que aflorava hostilidades e perturbações políticas de conteúdo ideológico vindas de cima e de baixo da pirâmide social, Oswaldo Cruz teve a coragem de implantar “na administração pública a força dos princípios salutaros, o vigor das fórmulas idôneas, a coerência das normas moralizadoras”, salienta Fraga. Por isso, acrescenta, não há como negar que “foi o saneamento do Rio que fez o progresso do Brasil nestes últimos anos; e se o progresso é a civilização, a higiene é o seu *primum movens*, a sua razão de ser, os contrafortes da sua armadura, o elo poderoso que o prende à vida (...)”¹²⁵

Clementino Fraga soube definir, com apurada precisão, o papel da higiene pública no Brasil da “ordem” e do “progresso”. O progresso idealizado pelos sanitaristas que vivenciaram o final do século XIX e o início do XX não combinava com epidemias, desordem urbana e, principalmente, com um povo infectado, enfraquecido ou ceifado por moléstias. Por

¹²³ Sobre a prática da vacina no Brasil, Chalhoub salienta que os historiadores preocuparam-se em pesquisar a famosa Revolta da Vacina ocorrida em 1904, e quase nada se investigou sobre a história dos serviços de vacinação na Corte imperial. A prática da vacinação coletiva implementada desde o Império evidencia uma longa experiência popular sobre doença, cura e resistência à vacinação, salienta o mesmo (In: Cidade Febril: cortiços e epidemias na Corte imperial, op. cit.).

¹²⁴ Clementino Fraga, Médicos educadores, 1941. p. 88.

isso, os dirigentes da Primeira República foram pressionados a implementar medidas profiláticas e combater antigas moléstias epidêmicas que vinham alastrando-se na população havia muito tempo. Uma constelação de interesses e motivos exigia cada vez mais a necessidade de se aparelhar o Estado para combater as moléstias. Havia o medo da morte certa, o medo do contágio, as restrições impostas pelo mercado internacional, as dificuldades para o funcionamento regular da economia interna, e também a preocupação com a viabilidade de um ideal de sociedade que as elites brasileiras assumiram desde a independência, principalmente depois da proclamação da República dos Estados Unidos do Brasil.

Visando combater e erradicar as epidemias malignas, a Primeira República desenvolveu as primeiras estruturas para controlar a saúde pública do país. Nesse período, as autoridades governamentais acumularam uma boa dose de experiência no *front* de combate. Com a prática da vacinação, as autoridades sanitárias aprenderam que era possível derrotar as epidemias e que a vida funcional da cidade poderia seguir o seu curso normal desde que medidas preventivas fossem tomadas. Com a *Revolta da Vacina* aprenderam que o método obrigatório e coercitivo nem sempre era o mais eficiente, e que a persuasão e conscientização tinham um efeito mais duradouro e menos doloroso.

Depois que a prática da vacinação transformou-se em uma ação regular dos órgãos de higiene pública, tornou-se comum também tirar dela algum proveito político, sobretudo depois que se ampliou o reconhecimento sobre os seus efeitos benéficos. Em 1925, como já foi salientando anteriormente, o Presidente Arthur Bernardes dirige-se aos deputados e senadores do Congresso Nacional para informar que as condições sanitárias do Rio de Janeiro, na época, eram “as mais propícias” e que “nós podemos ufanar de haver transformado a nossa grande metrópole, antes flagelada por mortíferas epidemias, numa das cidades mais salubres do mundo”.¹²⁶

De qualquer forma, havia muito o que se fazer para recuperar a saúde das populações sertanejas e o Estado deveria assegurar uma assistência permanente. As endemias ainda dominavam diversas regiões, enfraquecendo a população trabalhadora. Para tornar o trabalho humano produtivo e constituir uma economia nacional competitiva, preconizava-se a necessidade de combater as endemias. Para isso, a estrutura de controle da saúde pública deveria estar presente em todo o território do país, de Norte a Sul, Leste a Oeste.

¹²⁵ Ibid., p. 89-90.

¹²⁶ Brasil, Mensagem apresentada do Congresso Nacional, op. cit., 1925, p. 33.

Em Santa Catarina, assim como na região carbonífera, as ações comunitárias e governamentais destinadas a preservar a saúde pública, implementadas na primeira metade do século XX, resumiam-se praticamente às campanhas de vacinações ou a atividades desenvolvidas de forma emergente e provisória contra as moléstias epidêmicas. Gradativamente, no entanto, os serviços de emergência transformaram-se em unidades permanentes e a estrutura sanitária expandiu-se consideravelmente a ponto de, na década de 1960, o Estado ter uma rede hospitalar e um amplo conjunto de postos de saúde distribuído em todas as regiões. A estrutura de saúde foi sendo ampliada à medida que as moléstias atingiam parte da população, desencadeando sentimentos de medo individuais e coletivos, e também porque algumas epidemias ou endemias representavam um forte obstáculo ao desenvolvimento econômico idealizado pelas elites catarinenses.

Mesmo não sendo possível formar um quadro histórico preciso das doenças mais freqüentes nem, principalmente, fazer uma ordenação de acordo com o grau de intensidade, as fontes oficiais revelam um conjunto predominante de moléstias que atingiram a população catarinense, inclusive as principais epidemias que assolaram a região carbonífera.¹²⁷ A partir da década de 1930, o governo de Santa Catarina instituiu, regularmente, o controle estatístico dos quadros de morbidade e mortalidade. Nessa época, as autoridades sanitárias já consideravam o serviço de bioestatística imprescindível para as ações de controle da saúde pública. Em 1938, o Departamento de Saúde Pública julgava a seção de bioestatística “como peça indispensável do aparelhamento de defesa sanitária do Estado” e o Serviço de Epidemiologia como “a tarefa principal do trabalho de Saúde Pública”. Era por intermédio destes serviços que se podia “conhecer os problemas sanitários de cada região”.¹²⁸

Na década de 1940, os registros epidemiológicos ainda eram considerados precários. Mesmo assim, o Departamento de Saúde Pública (DSP) salienta que os registros já ofereciam informações suficientes para se constituir um mapa epidemiológico do Estado. Também era por meio deste serviço que se podia verificar a intensidade das moléstias, demarcar o seu campo de atuação e estabelecer uma estratégia de combate. Ao longo dos anos era possível

¹²⁷ A apresentação de um quadro histórico das doenças mais freqüentes tem o propósito de evidenciar as práticas terapêuticas usadas para combater as enfermidades e, principalmente, o efeito disciplinar das ações sanitárias que ao longo dos anos foi mudando o comportamento da população. Às vezes, a preocupação central das autoridades sanitárias nem sempre era com a quantidade dos doentes infectados. O problema principal estava no tipo de doença e no seu poder de morte. O imaginário social, construído em função da memória das grandes epidemias mortíferas do passado, também despertava um medo mais intenso do que o necessário, influenciando as autoridades a despenderem mais atenção e recursos a determinadas doenças, mesmo quando os casos eram numericamente poucos, como no caso da tuberculose e da lepra, por exemplo.

¹²⁸ Santa Catarina, Relatório apresentado ao exmo. Sr. Presidente da República, op. cit., 1939, p. 190-191

constatar o declínio e controle desta ou daquela epidemia, assim como perceber o ressurgimento de antigas doenças que se pensava estar controlada.

As autoridades sanitárias tinham consciência da importância e necessidade dos registros bioestatísticos, e apesar de se reconhecer um aperfeiçoamento gradual ao longo dos anos, algumas deficiências eram sempre identificadas. Havia o problema da falta de profissionais qualificados que trabalhavam nas unidades sanitárias; nem todas as unidades dispunham de médicos ou do seu trabalho, regular e diário; além disso, a causa de morte identificada no registro civil não era preciso, principalmente nas localidades onde não existiam médicos.

De qualquer forma, mesmo com as deficiências e problemas de registro, os relatórios oficiais conseguiam obter informações suficientes para elaborar uma cronologia das principais doenças epidêmicas que afligiram a população. No período de 1930 a 1960, a estatística epidemiológica do governo catarinense revela uma predominância regular de determinadas doenças: tifo, paludismo, coqueluche, tuberculose, difteria e disenteria amebiana. A baixa incidência de febre amarela e varíola indicam que na década de 1930 estes dois tipos de doenças já estavam controlados, mas os serviços de vacinação foram mantidos regularmente nas décadas posteriores, pois o alto grau de periculosidade recomendava ao poder público prevenção permanente.

Algumas moléstias, mais do que outras, desencadeavam ações rápidas e enérgicas. Em outubro de 1938, por exemplo, o Departamento de Saúde Pública de Santa Catarina registrou o reaparecimento da febre amarela e informou aos congressistas que um surto de “grandes proporções” havia atacado a população de Blumenau e Itajaí. Dos 110 casos registrados, houve 26 mortes em Blumenau, dois em Itajaí e um em Jaraguá. Nessa época, o Serviço de Febre Amarela era responsabilidade do governo federal, mas o Departamento de Saúde Pública de Santa Catarina “colaborou paralelamente nos trabalhos de isolamento e de assistência médica”. O serviço de vacinação foi energicamente acionado, atingindo-se um total de 34.368 pessoas imunizadas – 19.811 em Blumenau, 3.830 em Timbó, 2.967 em Indaial, 2.937 em Rodeio, 2.137 em Jaraguá, 1.506 em Rio do Sul e 1.186 em Gaspar.¹²⁹

No período pós-epidemia fazia-se a contabilidade da guerra, identificando-se as vítimas, os heróis e as deficiências da estrutura sanitária. Nessa ocasião, os médicos não hesitavam em reivindicar mudanças urgentes e apontar falhas, e as autoridades sanitárias aproveitavam o momento de comoção geral para pedir mais recursos e um melhor

¹²⁹ Ibid., p.192.

aparelhamento do aparato sanitário do Estado. Essa prática repetia-se nos períodos pós-epidemia.¹³⁰

Os quadros epidemiológicos produzidos pelo Serviço de Bioestatística e pelo Serviço de Epidemiologia serviam de base para desenvolver ações de combates de maior ou menor intensidade. Cada unidade sanitária era considerada um posto avançado de combate, cabendo funções de ordem investigativa, preventiva e curativa. O trabalho de um centro de saúde consistia na colheita de material para análises clínicas; imunizações contra tifo, difteria, varíola e outras doenças; visitas médicas para verificação e vigilância; inquéritos epidemiológicos; aconselhamentos individuais; distribuição de medicamentos, etc.

Nos anos 40, os registros oficiais revelam que o poder público estadual preocupou-se predominantemente em combater o tifo, a tuberculose, disenteria, coqueluche, difteria, meningite cérebro-espinhal, o sarampo, além da malária (impaludismo), as verminoses e a lepra. Em termos numéricos, a coqueluche e a malária mantiveram-se hegemônicas nessa década. Nas décadas de 1950 e 1960, as moléstias infecto-contagiosas predominantes continuavam sendo as mesmas, variando apenas a incidência desta ou daquela, exceto a malária, que nos anos 60 já estava em declínio.

Embora seja possível constatar prováveis erros de registro, contradições nas estatísticas oficiais ou mesmo a precariedade das informações prestadas pelas unidades sanitárias, o dado mais importante – ao menos do ponto de vista desta pesquisa – é perceber as ações, prioridades e preocupações do poder público para combater e controlar determinadas doenças contagiosas. Assim, a tabela abaixo mostra o resultado estatístico do Serviço de Epidemiologia e Bioestatística sem destacar as prováveis imprecisões e contradições nos números apresentados, além do amplo universo de vítimas fora do alcance da estrutura

¹³⁰ Uma das epidemias mais assustadoras do final da década de 1910 foi a influenza, também conhecida por gripe espanhola ou febre espanhola. A epidemia propagou-se por todo o território brasileiro, principalmente no litoral onde estava concentrada a maioria da população. Em Santa Catarina, a gripe espanhola invadiu o Estado de forma fulminante, a partir de outubro de 1918. Na visão do eng. civil Hercílio Pedro da Luz, vice-governador e governador em exercício em 1918, “a irreprimível moléstia se propagou com uma difusão nunca vista, por todos os municípios do litoral, ocupando em pouco tempo, numa celeridade impressionante, todo o território do Estado, atacando a cerca de metade de sua população”.¹³⁰ Como se tratava de epidemia temível e com um alto poder de morte, o governo catarinense não tardou em declarar estado de guerra: “Essa assustadora pandemia, como está na memória de todos, criou-nos desde logo uma situação afflitiva e anormalíssima, exigindo a maior serenidade de animo para o emprego dos meios energicos e promptos que urgentemente se fizeram precisos. Dentre as medidas postas em pratica devo citar: instalações de hospitais provisorios; creação de multiplos postos de soccorros; nomeação de medicos, pharmaceuticos, enfermeiros para servirem em comissão; distribuição gratuita de medicamentos e viveres aos pobres; auxilio pecuniario a muitos municipios, tudo isto num desdobramento de providencias que tiveram de se succeder continua e simultaneamente por todos os pontos do Estado atingidos pela calamidade, do norte ao extremo sul, do litoral a toda a região serrana” [sic!]. Santa Catarina. Mensagem apresentada ao Congresso Representativo, em julho de 1919, pelo eng. civil Hercílio Pedro

sanitária oficial. O mais importante, neste caso, é perceber que o poder público desenvolveu a prática de selecionar e registrar as doenças consideradas mais graves, visando um conjunto de ações sanitárias de combate para derrotar o suposto inimigo. E para derrotar ou controlar o inimigo, ou seja, a doença, foi necessário sanear o ambiente onde as pessoas viviam, higienizar suas condutas e medicalizar seus corpos.¹³¹

Tabela 03 - Doenças Contagiosas Notificadas pelo Serviço de Epidemiologia e Bioestatística do Departamento de Saúde Pública do Estado de Santa Catarina (1941-1964)¹³²

Doenças	1941	1947	1949	1964
Coqueluche	827	955	1.822	420
Impaludismo/malária	229	1.862	1.566	10
Grupo tífico	145	114	341	181
Sarampo	100	239	485	580
Varicela (catapora)	37	336	96	272
Difteria	26	50	81	141
Tuberculose	21	64	190	-
Disenteria	18	-	-	922
Disenteria amebiana	-	69	107	-
Disenteria bacilar	-	14	161	-
Verminose	15	-	-	-
Lepra	7	8	-	47
Alastrim	-	6	-	-
Meningite cérebro-espinhal epidêmica	-	21	318	43
Paratidite epidêmica	-	85	129	31
Poliomielite	-	6	18	33
Rubéola	-	18	-	-
Gripe	-	71	225	-
Angina epidêmica	-	-	105	-
Oftalmia purulenta	-	-	54	-
Tuberculose	-	-	-	11
Variola	-	-	-	02
Tétano	-	-	-	17
Tétano umbilical	-	1	-	-

Fonte: Santa Catarina. Mensagens do governo do Estado publicadas nos anos de 1942, 1948, 1950 e 1965.

Quando a população começou a assimilar alguns dos hábitos de higiene difundidos pelos serviços médicos-higiênicos, os registros oficiais também passaram a relatar a mudança

da Luz, vice-governador, no exercício do cargo de governador do Estado de Santa Catarina. Florianópolis, 1919. p. 27-28.

¹³¹ De um modo geral, o movimento de higienização extrapolou as fronteiras das classes sociais. A preocupação com o modo de vida, ou melhor, com a falta de certos hábitos de higiene das camadas mais pobres da população sempre foi focalizada como uma fonte geradora de problemas de saúde, mas as classes de proprietários de estabelecimentos comerciais, industriais e produtores rurais também não escaparam do processo de higienização coordenado pelo Estado.

¹³² A intensidade e hierarquia dos números nem sempre refletem a ordem predominante das doenças. A incidência numérica não representa, necessariamente, o surgimento ou a proliferação de um surto epidêmico. Em alguns casos, trata-se apenas da ampliação das unidades sanitárias ou dos serviços sanitários em determinado ano. Por isso, o leitor deve preocupar-se em perceber a tendência predominante do quadro epidemiológico do Estado, levando em conta que o Departamento de Saúde Pública procurava identificar determinadas moléstias de caráter contagioso, visando uma ação sanitária de combate.

de mentalidade da população. Foi dessa forma que, a partir da década de 1950, o governo catarinense começou a contabilizar não somente a redução do número de moléstias contagiosas, como também alterações nos hábitos da população assistida pelos serviços sanitários.

No âmbito das realizações, a mensagem governamental de 1952 diz que a diminuição do número de casos notificados devia-se à intensificação da vacinação preventiva, ampliação da rede de água potável e aos efeitos dos “modernos tratamentos” viabilizados pelas unidades sanitárias e instituições hospitalares.¹³³ Em 1958, as autoridades sanitárias avaliavam que a eficiência das unidades sanitárias estava melhorando porque, dia a pós dia, a população tornava-se “cada vez mais educada” e, por isso, ela mesma solicitava os serviços. Do ponto de vista oficial, a fisionomia da Saúde Pública estava mudando em função das modernas técnicas de combates contra doenças contagiosas, e também devido à “evolução e crescimento do povo”.¹³⁴ Por outro lado, considerava-se necessário “modificar o sistema de trabalho” das unidades sanitárias, procurando dinamizar os serviços de epidemiologia. Eram poucas as unidades que preparavam boletins e relatavam os casos existentes em suas localidades.

Os tipos e as causas das moléstias determinavam a ação estratégica para curá-las ou preveni-las. Cada estatística epidemiológica implicava o estudo e a análise dos fatores causadores das doenças, inclusive o ambiente onde elas mais se reproduziam e proliferavam. Além disso, os serviços sanitários oficiais também forneciam uma avaliação sobre o grau de intensidade, frequência e periculosidade das moléstias. Assim, o relatório do Departamento de Saúde Pública informa que a varicela surgia periodicamente, atingindo preferencialmente as crianças. Embora benigna, essa doença às vezes causava certo temor na população porque era confundida com a varíola ou o alastrim. A difteria era uma moléstia que provocava elevado sofrimento na população – a vacinação era a medida mais eficiente, mas a maioria dos habitantes ainda não tinha acesso aos serviços sanitários ou simplesmente não os procurava. A coqueluche era outro tipo de doença permanente, mas não tinha caráter de epidemia e era considerada benigna. Apesar de não estar classificada entre as moléstias malignas, as autoridades governamentais preocupavam-se com a coqueluche, devido aos elevados gastos

¹³³ Santa Catarina, Mensagem apresentada à Assembléia Legislativa, pelo governador Ireneu Bornahusen, 1952, p. 31. Em 1951, a febre tifóide, a difteria e a coqueluche ainda eram preocupantes, mas as autoridades sanitárias mostravam que elas estavam em declínio. A febre tifóide, por exemplo, havia diminuído de 170 para 79 casos, entre 1950 e 1951. No Sul do Estado, em Tubarão, o número de casos confirmados caiu de 51 para 11, no mesmo período. A difteria diminuiu de 99 para 51. A coqueluche havia aumentado, mas não inspirava grandes preocupações por parte das autoridades oficiais, pois “com os modernos tratamentos” era “muito pequena a mortalidade”.

¹³⁴ Santa Catarina, Mensagem à Assembléia Legislativa, 15/abril/1959, p. 51.

“para os cofres do Estado” e com os “prejuízos na população atingida”.¹³⁵ O sarampo era uma doença que se disseminava facilmente. As deficiências na qualificação dos agentes sanitários que trabalhavam nos centros e postos de saúde e a atitude da população, que nem sempre procurava auxílio médico, tornavam impossível registrar e mensurar, de modo preciso, o grau de incidência da doença. Mesmo assim, estima-se que em algumas regiões o sarampo adquiria a forma de epidemia.¹³⁶

A partir da década de 1960, os dados oficiais do Departamento de Saúde Pública de Santa Catarina evidenciam uma diminuição gradual na incidência das moléstias contagiosas. De forma geral, continuava predominando o mesmo conjunto de doenças infecto-contagiosas existentes trinta anos antes, só que em níveis considerados dentro dos padrões de controle. A coqueluche, a difteria, a febre tifóide, a disenteria, o sarampo, a varicela, a malária, a tuberculose e as verminoses formavam os números mais elevados das estatísticas oficiais. Enquanto o quadro de morbidade manteve-se em níveis elevados, ampliava-se também o número de hospitais, postos de saúde e serviços de higiene e profilaxia.

Malária, verminoses e profilaxia no espaço domiciliar

Em relação ao problema da malária e das verminoses, a estratégia terapêutica requeria outras medidas, mas também exigia mudanças de comportamentos da população. Durante a maior parte do século XX, o problema da malária e das verminoses foi motivo de preocupação em vários Estados do território nacional, inclusive em Santa Catarina. Entre a população catarinense, ambas estiveram presentes em praticamente todo o litoral, principalmente nas regiões mais povoadas. As principais armas de combate utilizadas pelas autoridades sanitárias eram provenientes da engenharia, da indústria de pesticida e dos laboratórios de medicamentos. A estratégia sanitária adotada para controlar ou eliminar o “inimigo” (mosquitos ou vermes) era atacá-los no seu próprio espaço de reprodução, o mesmo ambiente de vida da população infectada. Como a população também era responsável pela reprodução dos mosquitos e vermes, não bastava apenas usar armas para eliminá-los, era

¹³⁵ Ibid., p. 52.

¹³⁶ Ibid., p. 52-53. Em 1958, o Serviço Epidemiológico do Estado registrou 392 casos de varicela; 147 casos de difteria e 5.986 pessoas vacinadas; registrou 656 casos de sarampo, mas supunha-se que havia um número muito maior; registrou 22 casos de poliomielite e 4.870 crianças vacinadas.

preciso reeducar a população, ensinando hábitos que impedissem a reprodução e disseminação dos agentes transmissores. Dessa forma, os serviços de profilaxia da malária e da verminose investiram no ambiente de vida dos habitantes, principalmente das camadas mais pobres, onde havia os maiores focos dessas doenças, visando prevenir e exterminar os agentes causadores.

Quando a malária e as verminoses, junto com outras enfermidades, tornaram-se problemas nacionais, o Estado brasileiro foi pressionado a tomar providência, criando, assim, o Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNERu), por meio do qual o Estado desenvolveu e expandiu diversos serviços de profilaxia em todo o território nacional, instituindo uma relação de controle no cotidiano de vida da população rural. Ainda em 1960, o governo brasileiro reafirma que o papel do Departamento de Endemias Rurais era assegurar a “remoção dos dejetos, melhoria de habitação, educação sanitária, além do controle da febre amarela, das verminoses, da leishmaniose e do bócio endêmico”. Nessa época, “todo o programa de profilaxia” estava “sendo planejado e realizado com base em princípios e métodos de comprovada eficiência”.¹³⁷

Em Santa Catarina, no ano de 1941, o Serviço de Endemias Rurais implantou o Serviço de Profilaxia da Malária e de Profilaxia das Verminoses. Por meio desses dois serviços o poder público justificou a necessidade de intervir no ambiente de vida das populações rural e urbana. No combate à malária, a engenharia sanitária localizava os possíveis focos lavrários e fazia construções e/ou capeamento ou, ainda, cimentação de valas. O tratamento dos doentes infectados era feito pelo ambulatório de endemias que distribuía quinino e atebrina. Para garantir o uso do medicamento, esta tarefa era feita pelos guardas do serviço da malária.¹³⁸

De acordo com os registros oficiais, a malária foi uma das moléstias que atacou a população brasileira por mais de meio século. O índice de infectados era tão amplo, que durante décadas os sanitaristas contabilizaram o prejuízo à economia brasileira. Em Santa Catarina a situação não era muito diferente. Em 1942, por exemplo, as autoridades sanitárias informam que ela estava presente em 23 municípios, “todos litorâneos e vizinhos”. Do ponto de vista do Departamento de Saúde Pública, ela era considerada uma “velha endemia” que estava assolando as zonas litorâneas “com surtos não muito acentuados”. Nessa época, o governo catarinense contava com o apoio estrutural do Serviço Nacional da Malária e

¹³⁷ Brasil, Mensagem apresentada ao Congresso Nacional, op. cit., 1960, p. 183.

¹³⁸ Santa Catarina, Relatório apresentado ao exmo. Sr. Presidente da República, pelo Dr. Nerêu Ramos, interventor federal no Estado de Santa Catarina, setembro/1940, p. 64.

complementava as ações com distribuição de medicamentos e revestindo com pedra e cimento os “pequenos cursos de água na Capital, antigos focos de transmissores”.¹³⁹

O Serviço de Profilaxia da Malária desenvolvia várias atividades: o serviço de inspeção pesquisava os prováveis lugares de larvas, seja nos espaços domiciliares seja nos extra-domiciliares; registrava os casos de febre; e providenciava exames de laboratório. O serviço de profilaxia coordenava e executava o combate, ou seja, ministrava a distribuição de medicamentos para as pessoas; distribuía os larvicidas; fazia os trabalhos de hidrografia (reparação e limpeza de cursos d’água, abertura e limpeza de valas, roçagem e aterro).¹⁴⁰

Mesmo diante do expressivo crescimento deste serviço, a malária continuou presente na vida dos catarinenses durante pelos menos mais três décadas. Em 1945, os indicadores “bioestatísticos” do Departamento de Saúde Pública demonstram que o Estado estava apresentando “satisfatórias condições de salubridade”, principalmente se comparada com a estatística de outros Estados brasileiros. Nos últimos anos, haviam sido registrados apenas “pequenos surtos” de moléstias contagiosas em determinadas localidades e, mesmo assim, elas vinham sendo reduzidas ano após ano. Entretanto, as autoridades sanitárias informam que a malária e a verminose estavam assolando não somente a vida da população brasileira, mas também a população catarinense, afetando inclusive o desenvolvimento econômico do Estado.

Para combater e controlar estas endemias, preconizava-se a construção urgente de “obras de saneamento, extensas e custosas” nas áreas litorâneas do Estado, pois essas “entidades mórbidas” estavam castigando “excessivamente determinadas regiões da orla marítima”, alargando “gradativamente a zona de incidência” e “aumentando de intensidade” em outras regiões. Na avaliação do Departamento de Saúde de Santa Catarina, a malária tinha “importância econômica acentuada, por abranger área densamente povoada e extensa”. Além disso, apresentava “aspecto grave pelo habitat do vetor”, que tinha “seu criadouro em bromeliáceas” que estavam “disseminadas por todo o litoral catarinense”. Diante deste diagnóstico, “duas medidas de envergadura”, pelos métodos da época, deveriam “ser praticadas para combater de modo eficiente a endemia: o desmatamento radical e a quimioprofilaxia coletiva”. Tais medidas eram consideradas custosas para os cofres públicos,

¹³⁹ Santa Catarina, Relatório apresentado ao exmo. Sr. Presidente da República, op. cit., 1943, p. 71.

¹⁴⁰ Para se ter uma idéia das atividades realizadas e a dimensão deste serviço, em 1942 o Serviço da Malária de Santa Catarina registrou 2.480 casos; identificou 451 infecções primárias; 555 recaídas; 143 reinfeções; inspecionou 4.585 casas; identificou 1.496 lares com a doença; fez 13.472 visitas domiciliares; fez 7.742 visitas domiciliares em busca de doentes; forneceu medicação para 2.323 doentes; e realizou 9.893 medicações (In: Santa Catarina. Relatório apresentado ao exmo. Sr. Presidente da República, pelo dr. Nerêu Ramos, interventor federal no Estado de Santa Catarina, referente ao exercício de 1941. Florianópolis, outubro/1942).

“mas imprescindíveis”, porque eram recursos viáveis e trariam benefícios à economia e à população.¹⁴¹

No âmbito federal, em quase todos os municípios brasileiros, exceto boa parte do Estado do Rio Grande do Sul, a malária competia com a tuberculose “na conquista do primeiro lugar entre as causas de morte”, salienta o Presidente Dutra, em 1947. As verminoses continuavam afetando o rendimento do trabalhador rural, enquanto o tracoma e a bouba ainda eram vistos como “problema de caráter nacional de alta relevância”.¹⁴² Em 1949, as principais endemias reinantes no setor rural brasileiro continuavam praticamente as mesmas de anos anteriores, ou seja, o tracoma, a bouba, a malária, a ancilostomose e a esquistossomose. Para combater as verminoses, o Ministério contava com 25 unidades sanitárias, sendo que dezessete delas haviam sido instaladas em 1948, segundo dados oficiais.¹⁴³

Entre as endemias rurais, a malária era considerada a mais “perniciosa”. Como ela estava disseminada por todo o território nacional, o governo procurou instalar o serviço em todos os Estados, ampliando gradativamente as verbas orçamentárias e a estrutura de controle da moléstia. Em 1946, por exemplo, cerca de 154 mil pessoas residentes nos Estados de Minas Gerais, Rio Grande do Norte, Paraíba, Pernambuco, Alagoas, Bahia e Espírito Santo, foram medicadas; e 337.779 visitas domiciliares foram feitas. No ano seguinte, o Serviço Nacional da Malária assegurou a distribuição de medicamentos a 1.576.648 pessoas e estendeu as atividades gerais de profilaxia para o Distrito Federal e em mais dezoito Estados, “tendo sido pesquisados 15.928.502 locais e feitas 2.849.850 visitas domiciliares”. Em 1947, o Ministério da Saúde contava com 5.051 unidades sanitárias de distribuição de medicamentos antimaláricos e, em dezembro de 1948, já dispunha de doze mil unidades.

Além disso, o programa de dedetização domiciliar, realizado neste último ano, foi um dos maiores executados em todo o mundo, segundo a avaliação do governo federal.¹⁴⁴ No total, cerca de um milhão de prédios haviam sido borrifados com D.D.T., beneficiando mais de cinco milhões de brasileiros. Para se ter uma idéia do aparato de combate mobilizado em 1948 no combate à malária, os dados oficiais relatam uma estatística semelhante a um arsenal de guerra:

¹⁴¹ Santa Catarina, Um ano de atividade sanitária, op. cit., 1947, p. 55-56.

¹⁴² Brasil, Anais da Câmara dos Deputados, Mensagem do Presidente Eurico Gaspar Dutra, op. cit., v. I, março de 1947, p. 56-57.

¹⁴³ Brasil, Mensagem apresentada ao Congresso Nacional, op. cit., 1949, p. 135.

¹⁴⁴ Ibid., p. 136.

(...) Foram despendidas cêrca de 800 toneladas de D.D.T., 1.500.000 litros de solventes e emulsificantes, e utilizados 5.000 bonbas aspersoras de vários tipos, dez conjuntos de compressores motorizados, 345 veículos diversos, sete aviões, sete lanchas, e outros materiais, tornando parte na campanha setenta médicos malariologistas [sic!].¹⁴⁵

Em virtude desse grandioso aparato de combate, e considerando o que já havia sido feito, a revista *Progressos da Medicina* destaca o Brasil, no cenário internacional, como uma nação que estava liderando o combate à malária. A revista relata que, por meio do Serviço Nacional da Malária, “quantidades enormes de DDT, milhares de bombas aspersoras, algumas centenas de veículos, numerosas equipes de pessoal devidamente treinado foram espalhados por todos os rincões da terra brasileira”. O serviço de combate também dava assistência medicamentosa por meio das Unidades de Distribuição Gratuita de Antimaláricos (UDAS), que disponibilizava o medicamento em escolas, fazendas, prefeituras, agências de correio, estradas de ferro, etc. Neste aspecto, o Estado de Santa Catarina era um exemplo a ser seguido, pois “ao longo do litoral malarígeno, com uma área de 30.000 quilômetros quadrados, não havia uma só escola onde não estivesse instalada uma UDAS sob a responsabilidade da respectiva professora”. Assim, ao garantir assistência medicamentosa permanente às mais distantes regiões do país, reduzia-se a mortalidade, protegia-se o trabalhador rural e a economia brasileira, “tão fundamentalmente expoliada pela inatividade de uma população de milhões de indivíduos minados e abatidos pela malária”.¹⁴⁶

No campo da memória literária, Pedro Nava descreve o cenário de guerra ocorrido em 1932, em Monte Aprazível, interior de São Paulo. Nava recorda que, nesta época, o problema clínico-sanitário mais grave da cidade “era o da febre tremedeira, febre dos pântanos, malária, paludismo”. O número de vítimas era elevado e “havia lugarejos e aglomerados populacionais do município onde *todos* eram doentes”. Diante da gravidade da situação e da inoperância das repartições sanitárias do Estado, o poder público municipal decidiu organizar a sua própria estrutura de combate. Na ocasião, Jorge Carneiro de Campos, médico e prefeito de Monte Aprazível, convocou os médicos do município para planejarem a estratégia terapêutica e deflagrar uma campanha antipalúdica. Entre as medidas planejadas, decidiu-se fazer um trabalho de conscientização da comunidade, que resultou em uma série de reuniões com os “homens bons” do município, visando esclarecê-los sobre o “prejuízo que cada um teria numa atitude de braços cruzados” e de que contribuir “para o êxito da campanha antipalúdica

¹⁴⁵ Ibid., p. 137-138.

¹⁴⁶ *Progressos da Medicina*, v. I, 1952, p. 223-224.

era um gesto de interesse próprio”. Assim, “todos – dos mais abonados proprietários, dos profissionais liberais, dos funcionários e professores, dos mais prósperos comerciantes aos trabalhadores e homens do campo – compreenderam que a salvação geral e de cada um estava na erradicação do núcleo doente que era como que uma espada de Dâmocles suspensa sobre a cabeça de cada ileso”.¹⁴⁷

Para chefiar a pequena milícia de guerra, foi convidado o dr. José Egon Barros da Cunha. Segundo Nava, Egon imediatamente tratou de arregimentar os seus “soldados” e organizar um mutirão comunitário. Traçou um plano de quinização e ações com o objetivo de purificar córregos, retirar entulhos das margens dos riachos e plantar bosques de eucaliptos. Para executar estes serviços, “os grandes fazendeiros, os pequenos e os simples sitiantes” forneceram a mão-de-obra “quando estes iam se dar em suas terras”. Ao mesmo tempo em que se atacava os locais de reprodução do mosquito transmissor, prescrevia-se à população infectada e aos não infectados doses de quinino curativo ou profilático.¹⁴⁸

De um modo geral, na segunda metade da década de 1940 consolidava-se uma rede nacional de combate e assistência permanentes, criando-se, inclusive, o Instituto de Malariologia, “escola e centro especializados de estudos e pesquisas no terreno da malária”.¹⁴⁹ Além das unidades sanitárias, o governo brasileiro criou uma política de formação de especialistas em malariologia e investiu na área de estudos e pesquisa. Os métodos clássicos de combate à malária “foram substituídos pelas poderosas e eficientes técnicas reveladas pela ciência”, e

graças ao D.D.T., transferiu-se o campo de ação para o interior dos domicílios, o que veio facilitar grandemente o trabalho sanitário, permitindo, ao mesmo tempo, pela sua vigorosa ação residual, o abandono dos processos de controle permanente, sem prejudicar a segurança nos períodos estacionais de maior incidência da moléstia. Com a *cloroquina*, tornou-se possível organizar um plano de assistência medicamentosa de maior amplitude e que hoje se irradia por todo o território nacional [sic!].¹⁵⁰

O novo método de combate à malária ampliou o seu campo de ação do ambiente externo para o interior do domicílio, legitimando uma forma de controle público do espaço domiciliar. Além disso, instituiu-se uma terapia medicamentosa baseada no consumo da *cloroquina*. Ao mesmo tempo em que os prováveis locais naturais de reprodução do mosquito

¹⁴⁷ Pedro Nava. O cirio perfeito: memórias VI. 3.ª ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1983. p. 257-259.

¹⁴⁸ Ibid., 1983, p. 257-259.

¹⁴⁹ Brasil, Mensagem apresentada ao Congresso Nacional, op. cit., 1949, p. 136.

¹⁵⁰ Ibid., p.136.

transmissor eram dedetizados, também dedetizava-se o espaço domiciliar e se distribuía medicamentos para toda a família. Na avaliação das autoridades governamentais,

a assistência medicamentosa, em larga escala, posta ao alcance dos necessitados das zonas malarígenas, foi o primeiro grande passo para restituir aos afazeres produtivos o homem do campo anemizado pela moléstia, reduzindo ao mesmo tempo a mortalidade, sobretudo na época epidêmica, e, principalmente, entre as crianças.¹⁵¹

Em Santa Catarina, o governo do Estado também lançou a campanha estadual contra a malária, declarando guerra contra os mosquitos. Em Criciúma, as irmãs do Hospital São José recordam que no dia 8 de setembro de 1949 o hospital foi dedetizado pelos funcionários do governo, propiciando um “grande alívio” para elas e os doentes, pois durante um bom tempo acabaram-se os mosquitos, moscas e outros insetos. Antes da prática da dedetização, as irmãs percorriam os corredores do hospital, afugentando os mosquitos com a fumaça decorrente da queima de folhas secas de eucaliptos, colocadas dentro de uma lata.

À medida que a população percebeu as vantagens do Serviço da Malária, ela mesma passou a reivindicar esse serviço. Em 1950, por exemplo, quando a malária e o tifo ainda faziam parte do cotidiano de vida de muitas famílias da região Sul de Santa Catarina, o Serviço da Malária dedetizou centenas de casas em Laguna, Criciúma e Imbituba. Tubarão ficou de fora porque não era considerada uma zona malarígena, conforme constatou a seção de epidemiologia do Departamento de Malária. Mesmo assim, a comunidade de Tubarão pressionou o prefeito para que o Serviço de Malária também dedetizasse as suas casas. Francisco Carlos Regis, prefeito do município na ocasião, respondeu à pressão popular e enviou um telegrama ao diretor do Departamento de Malária e ao próprio governador Aderbal Ramos, solicitando providências urgentes. No telegrama destinado às autoridades superiores, justificou a necessidade da dedetização, salientando que o tifo estava consumindo a vida de pessoas importantes da cidade, entre os quais a esposa do dr. Luiz Campele, um vereador, um comerciante e a filha de um ilustre engenheiro. O prefeito ressalta que já havia conversado com a população, que estava disposta a arcar com as despesas, a exemplo da comunidade de Lages. Por fim, faz um último apelo informando que a toda hora era interpelado para que o Serviço de Malária fosse feito em Tubarão, porque o número de moscas e mosquitos eram muito acentuados.¹⁵²

¹⁵¹ Ibid., p.137.

¹⁵² Tubarão Precisa Dedetizar Suas Casas. Tubarão, A imprensa, 04/ 02/ 1950.

Na capital brasileira do carvão, a imprensa local veiculava, periodicamente, matérias sobre os problemas causados pelos mosquitos. Em fevereiro de 1965, uma matéria publicada no *Tribuna Criciumense* destaca a idéia de que o mosquito era “uma verdadeira praga” que assolava a cidade. O jornal denuncia a inexistência de uma ação enérgica dos órgãos de saúde pública do município e do Estado, e também critica a população, que tinha o hábito de criar porcos nas casas, também era comum a existência de latas cheias de água, banhados e água estagnada nas proximidades dos lares.¹⁵³ Além disso, os logradouros públicos e o Rio Criciúma constituíam-se em “verdadeiros viveiros de mosquitos”, denuncia o jornal.¹⁵⁴

O problema das verminoses também tornou-se uma questão de ordem nacional. Do ponto de vista econômico, o estado de infestação generalizada constituía um sério obstáculo para o projeto de industrialização e modernização do país. Em Santa Catarina, assim como na região carbonífera, a situação não era diferente. Ao longo de várias décadas, os médicos não se cansaram de alertar as autoridades sobre as conseqüências danosas à economia e à saúde pública.

De acordo com o diagnóstico médico predominante, o estado verminoso era proveniente das condições precárias de saneamento das habitações e dos maus hábitos da população. Na avaliação das autoridades sanitárias catarinense, a verminose e a malária constituíam as duas principais endemias rurais que sugavam forças e roubavam vidas da nação brasileira. Na opinião do Dr. Jocelyn Ferreira Fraga, Diretor do Departamento de Saúde do Estado, em 1942, “os trabalhos de combate à verminose deveriam tornar-se os de atenção mais constante de todos os centros sanitários, organizados para uma ação ininterrupta, e gradativamente amplificada, com apuração periódica de índices”.¹⁵⁵

Na visão sanitarista da época, a verminose era tida como um grande obstáculo para o desenvolvimento econômico, pois deixava os indivíduos enfraquecidos para o trabalho. Em excursão realizada pelo interior da Ilha de Santa Catarina, Dr. Ferreira Fraga ficou impressionado com o “número avultado de indivíduos, adultos e crianças, altamente infestados, quase inutilizados para o trabalho”. Havia até “indivíduos inteligentes,

¹⁵³ Mosquitos: Uma Verdadeira Praga Assola a Cidade. Criciúma, *Tribuna Criciumense*, 20-27/fev./1965.

¹⁵⁴ *Tribuna Criciumense*. Criciúma, 06-13/março/1965. Depois que se descobriu que o mosquito era um agente transmissor de algumas moléstias contagiosas, entre elas a febre amarela, a malária e a dengue, os órgãos de saúde pública trataram de criar estratégias para destruí-lo, atacando principalmente seu ambiente de reprodução. Por isso, a medicina sanitária transformou-o em um inimigo público e, para combatê-lo, foi necessário controlar o espaço domiciliar, principalmente as casas das camadas pobres da população. À medida que se ampliava a estrutura e a cultura nacional de combate à malária, desenvolvia-se concomitantemente o hábito de sanear o espaço da moradia, a ponto de a própria população habituar-se, ela mesma, a fazer dedetizações e usar os medicamentos prescritos pelos sanitaristas.

¹⁵⁵ Santa Catarina, Relatório apresentado ao exmo. Sr. Presidente da República, op. cit., p. 72.

empreendedores e obstinados no cumprimento das tarefas que lhes traziam o sustento”. Mesmo assim, a “ignorância” os impedia de enxergar a principal causa dos seus males, que era a verminose, mal de simples cura. E se a realidade nas proximidades da capital era essa, nas regiões do interior do Estado a situação era bem pior, pensava Dr. Ferreira Fraga.¹⁵⁶

Esse quadro desolador motivou a implementação de um plano estadual de combate à verminose, com o objetivo de atingir todas as regiões povoadas do Estado. A estratégia adotada para executar uma profilaxia completa deveria basear-se no “célebre trinômio” preconizado pela medicina sanitarista: latrina, calçado e remédio. Tratava-se, segundo, Ferreira Fraga, de “uma tarefa imensa e quase impossível” devido às limitantes condições estruturais do Departamento de Saúde Pública. Entretanto, a maior dificuldade seria convencer a população a usar latrina e calçado, o que requeria um processo permanente de educação.¹⁵⁷

Em 1945, o Departamento de Saúde Pública reconhecia que o combate às verminoses ainda não era prioridade, alegando que “talvez pelo muito que havia a se fazer”. A faixa litorânea do Estado, onde vivia a grande maioria da população catarinense, apresentava “o mesmo aspecto desanimador das demais Unidades da Federação”, e a situação era considerada incomensuravelmente tão grave, a ponto de desestimular “qualquer plano bem intencionado”. Nas regiões mais densamente povoadas, principalmente nas zonas rurais, a infestação era máxima. Era tão comum que resultados dos exames de fezes fossem 100% positivos, que os encarregados das unidades sanitárias dispensavam as requisições de exames e distribuíam “vermífugo em massa, no dispensário e nas escolas”. Por isso, não havia

¹⁵⁶ O Serviço de Profilaxia das Verminoses do Estado de Santa Catarina, instituído em 1941, funcionava nos Centros e Postos de Saúde. O método de trabalho baseava-se na realização de exames de laboratório clínico, seguido de medicações contra os vermes identificados. A medicação era feita em duas etapas: na primeira receitava-se ferro reduzido, vermífugos, óleo de ricino, sal amargo e outros remédios. Na segunda, repetia-se a medicação. O serviço contava ainda com visitas médicas, palestras educativas e distribuição de folhetos informativos.

¹⁵⁷ Santa Catarina, Relatório apresentado ao exmo. Sr. Presidente da República, op. cit., p. 96. Em 1941, o Serviço de Profilaxia das Verminoses atendeu 7.462 pessoas e mais 4.850 foram matriculadas. A medicação utilizada na época era constituída por ferro reduzido (pastilhas de protox. de ferro), quenopódio, óleo de ricino, panvermina e ferrohepatina (Santa Catarina, Relatório de 1942, pp. 97-98). Em 1942, nas unidades sanitárias de Joinville, Itajaí, Laguna e Canoinhas, foram atendidas 6.339 pessoas e matriculadas 2.681. Na primeira medicação foram distribuídos cerca de 28.205 vermífugos, e na segunda mais 10.205 (Santa Catarina, Relatório de 1943, p.96). Na segunda metade da década de 1940, o Departamento Estadual de Saúde Pública, em cooperação com o Departamento Nacional, instalou um Posto Experimental de Combate à Ancilostomose. Em 1949, no subdistrito de Trindade, em Florianópolis, foram medicadas “4.872 pessoas com ferruginosos, 2.616 com Crystois, além de várias outras medicações distribuídas”. O laboratório do Posto Experimental analisou 2.741 amostras de fezes, sendo que 90,1% das amostras foram positivas. Além dos medicamentos e exames, “o serviço forneceu 31 novas fossas e 4 gabinetes sanitários”. Santa Catarina, Mensagem de 1950, p. 54.

controle sobre os resultados, pois faltavam informações estatísticas, não se identificava o tipo de verminose e a reinfestação era inevitável.¹⁵⁸

No período em que o Brasil era idealizado como o “celeiro do mundo” e que a maioria da população vivia no campo, a preocupação com o estado de infestação das verminoses fomentou, durante vários anos, discursos políticos, de autoridades governamentais e médicos, principalmente. Ao longo de várias décadas, os médicos não se cansaram de alertar as autoridades sobre as conseqüências danosas à economia e à saúde pública. Desde a década de 1930, o Ministério da Agricultura avaliava que, para concretizar o projeto de modernização da produção agrícola do país, era necessário enfrentar o problema do estado de saúde das populações rurais. Na visão ministerial, o problema da produção agrícola estava “intimamente ligado ao da saúde do trabalhador rural”, pois o “sertanejo enfermo” pouco podia “produzir e muito menos prosperar”. A moléstia que prejudicava a saúde do “soldado que empunha as armas agrárias” era considerada “um terrível inimigo” que deveria ser vencido.¹⁵⁹ Para derrotar esse “terrível inimigo” e solucionar o problema da produção agrícola do país, o governo brasileiro recorreu à “cooperação” internacional, assinando acordos com o governo norte-americano nas áreas de educação, agricultura e saúde pública.

Enquanto o governo de Santa Catarina enaltecia a vocação agrícola do Estado e o governo federal manifestava o desejo de fazer do Brasil o “celeiro do mundo”, a infestação generalizada da verminose era um obstáculo que precisava ser removido. No caso de Santa Catarina, desde a década de 1930, pelo menos, o diagnóstico do “Homem Rural e o Estado Sanitário” justificava a necessidade de implementar ações urgentes. A partir da década de 1950, o Serviço de Extensão Rural do Estado também entrou na luta contra as verminoses. Embora na década de 1960 a estatística oficial demonstre que cerca de 98% da população do litoral catarinense ainda estava infestada com mais de um verme, segundo o Relatório de Atividades da Acaresc de 1967, o Serviço de Profilaxia das verminoses continuou em

¹⁵⁸ Santa Catarina, Um ano de atividade sanitária, op. cit., 1947, p. 93. Em virtude da falta de controle sobre os resultados da medicação, o DSP procurou reorganizar o Serviço de Profilaxia das Verminoses com base no “terreno experimental”, e Florianópolis foi a região laboratorial. Os exames realizados indicavam “a positividade em 98,2 nos Grupos Escolares rurais e 96,4 nos urbanos com freqüência rural, suburbana e urbana”. Na capital, predominava “a infestação por *Ascaris Lumbricóides*, entre os parasitos isolados”, enquanto em Joinville havia a predominância de *Necator americanus*. As associações de vermes eram intensas, informa o relatório do DSP. No âmbito do Estado, a estatística oficial revela que, em 1945, os exames realizados indicavam uma predominância de associações de vermes, *Ascaris Lumbricóides* e *Necator americanus*. Entre a medicação distribuída, o óleo de ricino era o mais utilizado, além de ferro reduzido e hemocitron. Os exames comprovavam que a grande maioria da população catarinense estava infestada de vermes. Para as autoridades preocupadas em tornar Santa Catarina um Estado economicamente forte, o problema da verminose deveria ser eliminado ou controlado.

¹⁵⁹ Brasil. Ministério da Agricultura. Boletim do Ministério da Agricultura. Rio de Janeiro, Serviço de Informação Agrícola, ano 33, julho de 1944. p. 106.

expansão, intervindo continuamente nos hábitos e costumes da população.¹⁶⁰ De acordo com os dados oficiais mencionados no relatório deste ano, Santa Catarina ainda apresentava um quadro sanitário em que a maioria da população rural não dispunha de vasos sanitários. No Sul do Estado e no Vale do Itajaí, em 1960, mais de 90% e 88%, respectivamente, das propriedades não tinham privadas. No município de Turvo, Sul de Santa Catarina, entre 300 famílias visitadas pelos extensionistas, apenas uma possuía fossa sanitária.¹⁶¹

O Departamento Estadual de Saúde Pública considerava como principais causas da mortalidade infantil as péssimas condições de habitação, falta de higiene e saneamento. A verminose e a diarreia, responsáveis pela mortalidade infantil, eram intensas devido à ausência de vasos sanitários e ao consumo de água imprópria. Grande parte da água potável provinha das nascentes (ou olho d'água), pequenos mananciais (córregos, sangas e arroios) e de poços, cuja água era adequada ao consumo, desde que o poço fosse bem protegido e corretamente localizado. Entretanto, nem sempre as famílias seguiam ou conheciam as recomendações sanitárias básicas.

A precária higiene do corpo também era um dos problemas de saúde. As fontes oficiais revelam que até a década de 1970, pelo menos, as pessoas tinham o hábito de banhar-se em bacias de alumínio, gamelas, cochos (tanques de lavar roupa), calhas ou bicas d'água, e em rios, riachos ou lagoas. Em 1967, menos de 3% da população rural de Santa Catarina dispunha de banheiro com chuveiro. O agricultor/a tomava seu banho diário no final da tarde, quando chegava da roça, mas não era um banho completo. O banho geral, ou seja, do corpo inteiro, geralmente era tomado aos sábados.¹⁶²

Na região carbonífera de Santa Catarina, o problema da verminose também era visto como um obstáculo para a economia do carvão. Até a década de 1970, as verminoses faziam parte do cotidiano de vida das famílias mineiras e agrícolas da região. Até mesmo a população de “condição social superior” estava infestada de vermes, dizia o médico Francisco de Paula Boa Nova Jr., em 1953. Na sua opinião,

a disseminação tão ampla das verminoses nesta cidade [Criciúma] tem como causas principais a falta de rede de esgotos ou de fossas sanitárias construídas de acordo com os preceitos higiênicos, a falta de um de um exame rigoroso das carnes dos animais abatidos para consumo da população, a criação de animais nas próprias residências

¹⁶⁰ Santa Catarina, ACARESC, Agricultura, Diagnóstico e Prioridades, 1967. p. 46.

¹⁶¹ Ibid., p. 46.

¹⁶² Ibid., p. 49.

(porcos, por exemplo), e, finalmente, o desprêso, principalmente por parte dos mineiros, ao uso do calçado, quando em trabalho no sub-solo [sic.].¹⁶³

Apesar da existência do Código de Higiene e Segurança no Trabalho das Minas, as empresas carboníferas não cumpriam as determinações legais. No subsolo das minas não havia um local apropriado para defecações, tampouco para as refeições. Não havia material de segurança e muitos mineiros ainda trabalhavam descalços. Na década de 1950, apenas algumas Companhias tinham chuveiros para a higiene corporal dos trabalhadores.

A principal verminose da região carbonífera era a *ancilostoniase*. Os sintomas eram anemia e transtornos gastrintestinais: cólicas, diarreias, vômitos e febre. Os ovos do parasita eram depositados nas fezes humanas e se desenvolviam em contato com a terra ou o pó de carvão. Depois, originavam as larvas que atingiam o intestino humano, “quer diretamente por via oral, ingerida com alimentos, quer indiretamente, penetrando pela pele do pé, quase sempre, e, depois de longo percurso no organismo humano, atingindo finalmente as porções intestinais de sua predileção”.¹⁶⁴ A partir deste diagnóstico, os médicos sanitaristas não tinham nenhuma dúvida de que era preciso incutir na população o hábito de lavar as mãos, os alimentos, usar calçados, tomar banho diariamente, cozinhar bem carnes, legumes, etc.

Portanto, um dos aspectos mais importantes da profilaxia das verminoses foi o seu papel pedagógico. Enquanto a profilaxia da malária ensinava a população a cuidar dos arredores da casa, saneando o ambiente para impedir a reprodução e proliferação do mosquito, a profilaxia das verminoses preocupava-se em incutir hábitos de higiene com o corpo, a alimentação e a limpeza interna e externa da moradia.¹⁶⁵

¹⁶³ Francisco de Paula Boa Nova Jr., Problemas médicos-sociais da indústria carbonífera sul-catarinense, op. cit., 1953, p. 20.

¹⁶⁴ Ibid., p. 21.

¹⁶⁵ No combate às verminoses também foi necessário instituir a dieta de consumo de vermífugos e outros medicamentos, segundo a prescrição médica. A cultura popular, no entanto, também desenvolveu o hábito de não seguir fielmente as recomendações médicas. No século XIX, as verminoses não eram tão conhecidas, por isso elas nem sempre foram diagnosticadas, mas já era costume utilizar-se vermífugo. À medida que as verminoses tornaram-se popularmente conhecidas, “foram excessivamente atacadas pelo povo que, por anemias, por convulsões ou por qualquer perturbação gástrica” tomavam ou davam para as crianças “um vermífugo qualquer”, relata Cabral. Em 1864, o médico João Ribeiro já advertia sobre as consequências do uso abusivo dos vermífugos. Em Desterro, havia “uma verdadeira monomania vermicida, que não poucas vezes acaba por ser infanticida”. O povo já estava habituado a pensar que qualquer indisposição indicava a presença de verme no organismo e logo corria ao boticário mais próximo, “que sem mais detença administrava um vermífugo qualquer”. Cabral lembra ainda que no registro de óbitos de Nossa Senhora do Desterro, a verminose figurava entre as causas regulares de morte. Ela aparecia sob as denominações: “lombrigas, ataque de bichas, morreu de comer terra, morreu de dentição e vermes”. Cerca de um século mais tarde, por volta da década de 1970, ele informa que diante de “qualquer convulsão ou crise de asma”, a população, principalmente a do meio rural,

Médicos, curandeiros e charlatões

O curandeirismo, a feitiçaria, as práticas mais estranhas abundaram, conseqüentes à ignorância e às superstições mais absurdas, atingindo altas e baixas esferas sociais, quicá os próprios licenciados que, em número reduzidíssimo, não haviam certamente de fugir àquela mordaz classificação dos que ‘curavam por ignorância e matavam por experiência’.¹⁶⁶

A historiografia da medicina e os livros de memória de médicos revelam a existência de um longo processo de luta entre a medicina científica e a medicina popular. Em Santa Catarina, Oswaldo Rodrigues Cabral escreveu uma história da *Medicina, Médicos e Charlatões do Passado*. Por meio de documentos oficiais e recortes de jornais do século XIX, quando a capital de Santa Catarina ainda era Nossa Senhora do Desterro, Cabral destaca os noticiários veiculados contra os “charlatões” da época. Denuncia com veemência a prática de curandeirismo mistificada por atos de feitiçaria, magia, evocação de espíritos e receitas de remédios caseiros de efeitos duvidosos. Condena severamente os curandeiros pertencentes à medicina popular, pois, segundo o mesmo, não passavam de “charlatões” que se aproveitavam da “ignorância” e humildade do povo.¹⁶⁷

Na região carbonífera de Santa Catarina, um dos principais médicos que se preocupou em dismantelar o império dos supostos “charlatões” foi o já citado dr. Francisco de Paula Boa Nova Jr., médico sanitarista do Departamento Nacional de Produção Mineral (DNPM), que se fixou em Criciúma em 1944. Em 1952, retrata a configuração social da seguinte forma:

Entre os charlatões, tão numerosos em Criciúma e seus arredores, citam-se: as simples ‘rezadeiras’ e ‘benzedeiras’, que se limitam a ‘rezar’ ou ‘benzer’ os ferimentos, dores ou quaisquer males de que se queixam os enfermos que as procuram; os ‘curandeiros’, que preparam e administram xaropadas feitas com ervas e plantas por eles colhidas nos arredores de sua residência, algumas até de efeitos daninhos e perigosos aos enfermos, ou mesmo pós em que entram muitas vezes substâncias tóxicas como o *alvaide*; os ‘dentistas práticos’, que ‘trabalham’ sem observância dos mais mezinhos princípios higiênicos e muitas vezes chegam a ‘extrair’, junto com os dentes, lâscas dos maxilares dos seus clientes, tal a força bruta que empregam no exercício da sua ‘profissão’; e as famosas ‘curiosas’ que, em número elevado e em

acreditava ser proveniente de ataque de vermes.¹⁶⁵ (Oswaldo Rodrigues Cabral. In: *Medicina, médicos e charlatões do passado*, 1977. p. 27).

¹⁶⁶ Oswaldo Rodrigues Cabral, *Medicina, médicos e charlatões do passado*, abril/1977, p. 11.

¹⁶⁷ Ibid. Cabral também não poupou esforços para combater a prática da medicina não autorizada. Cabral formou-se legalmente em 1929, defendendo tese sobre os “Problemas Educacionais de Higiene”. Em 1946 foi eleito deputado para a Constituinte estadual de Santa Catarina. Apesar do título de médico e deputado, Cabral ficou conhecido como um dos mais destacados escritores e historiadores catarinenses. Escreveu mais de oitenta obras nas áreas de história, medicina, antropologia, folclore, viagem e ficção.

virtude dos módicos preços cobrados pelos seus ‘serviços’, contam com uma numerosa clientela, e cometem os crimes mais monstruosos, entre os quais citam-se numerosos abortos que elas mesmas provocam, os quais têm custado tão preciosas vidas [sic!].¹⁶⁸

Uma das curandeiras famosas da época era a “célebre Mangília”, uma velha italiana que se tornou especialista em ortopedia prática. Boa Nova relata que ela tinha “um processo próprio para consolidação ‘rápida’ das fraturas”; fazia fricções com sebo e aplicava “um manguito feito com qualquer tira de pano sujo”. Ao criticar os feitos da curandeira, o médico evidencia a experiência e o prestígio conquistados por ela perante a comunidade. Ao mesmo tempo em que destaca o prestígio de Mangília, ele faz um alerta à população sobre os riscos para quem a procurasse:

Muito embora consequências desastrosas tenham advindo para muitos doentes que se valem dos seus ‘serviços’, os quais realmente foram vítimas de fraturas, às vezes até mais complicadas, e muitos dos doentes por ela atendidos exibam consolidações viciosas com acavalamentos ósseos e conseqüente encurtamento de membros, o que é público e notório, seu prestígio todavia não ficou abalado, pois embora restassem aos pacientes por ela atendidos defeitos físicos, irremediáveis alguns, a espertalhona faz sempre crer aos mesmos que uma amputação todavia fôra evitada, caso o enfêrmo tivesse ido procurar algum facultativo, antes de se valer dos seus préstimos [sic!].¹⁶⁹

Na época, seu ponto de vista era compartilhado pelos médicos em geral, mas o mesmo não ocorria em relação à população, fosse ela rica ou pobre. No seu livro de memórias, o médico Manif Zacharias, contemporâneo de Boa Nova, realça a imagem dos médicos humanitários do seu tempo, assim como reconhece a bondade e o trabalho de alguns praticantes da medicina popular. Aos oitenta anos de idade, reconcilia-se com o passado para desfazer-se de possíveis erros cometidos em sua fase mais jovem. Assim, lembra-se da “venerada e bondosa Mangília, lá em sua casinha modesta, retirada do centro, reduzindo fraturas e luxações à sua maneira, primitiva sem dúvida, mas que freqüentemente resolvia, para o desespero impotente de alguns médicos”. Naquele tempo, recorda o mesmo, a “caritativa velhinha” atraía um “fluxo constante de fraturados e luxados” até a sua humilde casa. Pacientemente, a bondosa mulher, “vergada ao peso da idade, a espinha dobrada quase em ângulo reto, atendi-os a todos, com aquele permanente sorriso que emoldurava a bondade

¹⁶⁸ Francisco de Paula Boa Nova Jr, Problemas médicos-sociais da indústria carbonífera sul-catarinense, 1953, p.115-116. Os outros “charlatães” a que se refere Boa Nova eram os curandeiros, dentistas e farmacêuticos práticos.

¹⁶⁹ Ibid., p.117.

sem par, sorriso talvez de cândida ironia, com os quinaus que dava nos médicos de canudo e anel de grau”.¹⁷⁰

Na mesma época, Dr. Manif recorda da velha Luciana, “descendente direta de bugres, familiarizada em todos os lares, e então muito solicitada para as mezinhas e benzedadeiras”. Vivia com uma pequena neta,

num rancho de chão de terra batida, enegrecido pelo tempo, à entrada da Rua Henrique Lage, em terrento baldio que ficava à direita de quem ia para a Operária Velha. Forte e resistente apesar da idade avançada, não era, entretanto, de andar muito pelas ruas. Frequentava amiudadamente os lares mais tradicionais do centro da Cidade, estimada de todas as donas de casa. Humilde e reservada, não passava da cozinha, onde bebericava seu café ou fazia leve refeição. Especialista em ‘benzeduras’, procuravam-na ou mandavam-na chamar sempre que se fazia necessário desfazer um ‘mau olhado’ ou ‘quebranto’, de que eram inocentes vítimas as criancinhas e os animais de criação. Diziam mesmo, talvez em razão de sua ascendência indígena, que, quando bastante solicitada, sabia preparar feitiços em favor desta ou contra aquela pessoa. Mas em tal não acreditava quem a conhecia bem.¹⁷¹

Quando Criciúma ainda tinha características de uma pequena cidade provinciana, os práticos de farmácia também gozavam de um importante prestígio.¹⁷² O dr. Manif lembra que “além de aviar receitas e vender seus medicamentos, porfiavam em inócua concorrência à classe médica, dando suas consultas, atendendo à clientela própria”.¹⁷³ Se do ponto de vista dos médicos os práticos em farmácia eram substitutos de segunda categoria, quando não existia médico na cidade ou eram insuficientes para atender toda a população, o farmacêutico era uma autoridade de relativo prestígio. Participava da política local, tinha respeitabilidade das elites da cidade e era uma referência na comunidade. Na opinião de Boa Nova, no entanto, ele também praticava um “charlatanismo criminoso, fazendo concorrência ilícita à classe médica de Criciúma”.¹⁷⁴

Na década de 1940, Criciúma era “um verdadeiro paraíso para os curandeiros e fazedoras de anjos”, afirma Boa Nova. Do seu ponto de vista, os curandeiros exploravam “torpemente a ignorância das classes humildes dos trabalhadores”, que era formada por 90%

¹⁷⁰ Manif Zacharias, *Minha Criciúma de ontem*, 1999. p. 13.

¹⁷¹ *Ibid.*, p. 52.

¹⁷² No arquivo de memória da população mais idosa, há sempre boas recordações sobre o farmacêutico, assim como sobre a parteira, o curandeiro/a ou o médico humanitário. Embora o farmacêutico também seja um praticante da medicina curativa, geralmente o discurso médico que qualifica os “charlatões” não o coloca no mesmo nível destes. Todavia, do ponto de vista do médico diplomado, ele também era visto como um concorrente que exercia a medicina ilegalmente.

¹⁷³ Manif Zacharias, *op. cit.*, p. 13.

¹⁷⁴ Francisco de Paula Boa Nova Jr., *op. cit.*, p. 117.

de analfabetos. Infelizmente, ele acrescenta, havia também pessoas de condição social mais elevada que davam “crédito à ‘falação’ simples de uma rezadeira ou de um curandeiro, do que aos conselhos, ensinamentos e prescrições mais complicados de um doutor”. Em relação às parteiras, afirma que apesar de “existirem 3 ótimas parteiras diplomadas em Criciúma”, as “fazedoras de anjo” ou as “curiosas” faziam a eles “deslealíssima concorrência”; estima que, só em Criciúma, havia cerca de vinte parteiras e que o número de óbitos de parturientes e recém-nascidos era mais elevado nas camadas pobres da população porque eram tendidas pelas “curiosas”.

Como muitos médicos de sua época, Boa Nova cultivava um sentimento humanitário para com as camadas mais pobres da população e, assim como muitos dos seus colegas, era extremamente intolerante com os praticantes da medicina popular. Qualificava todos de “charlatões” e apelava às autoridades constituídas para que tomassem providências urgentes:

Combatamos sem esmorecimento e com todas as armas de que dispomos, a influência e a **ação perniciosas dos charlatões e curiosas** [grifos meus] que, como abutres, voejam em torno dos lares humildes dos trabalhadores, na ânsia incontida de maiores desgraças lhes causar. Insistamos, junto às autoridades policiais locais, para que cumpram a lei, movendo intensa perseguição a esses delinquentes. Apelemos, em caso de fracassarem estas novas tentativas, para as autoridades estaduais. Recorramos, por fim, às autoridades federais.¹⁷⁵

A família operária era considerada um grupo “ignorante” que precisava ser educado para também combater a “praga daninha” do charlatanismo. Boa Nova preconizava a necessidade de aumentar os salários dos operários, alfabetizar os adultos e expandir a rede escolar. Descreve uma realidade que mudou radicalmente nos trinta anos seguintes, graças a um amplo processo de institucionalização da medicina, da educação e da assistência social. Por meio da escolarização, da alfabetização e da “ajuda” aos pobres, acreditava que poderia libertar a família operária do “império dos charlatões”:

(...) Construamos mais escolas, alfabetizemos os adultos, eduquemo-los no sentido de melhor compreenderem que estão laborando em erro ao darem crédito aos curandeiros, ensinemo-lhes mezinhas regras de higiene, instruímo-los e às suas famílias por intermédio da competência e do trabalho paciente e persuasivo das Assistentes Sociais, que deveriam já estar em atividade em todo os núcleos de operários, e estaremos assim contribuindo, humana e patrioticamente, para implantar

¹⁷⁵ Ibid., p. 118.

em bases sólidas o verdadeiro Bem-Estar Social nas classes trabalhadoras do nosso querido Brasil [sic!].¹⁷⁶

Havia também conflitos e disputas entre médicos. Pelo visto, os mais antigos tinham alguns privilégios e monopolizavam alguns espaço de trabalho, dificultando a ascensão profissional dos recém-chegados à cidade. Em 1944, ano em que Boa Nova estabeleceu-se em Criciúma, havia somente um médico efetivo trabalhando no Hospital São José. Era o dr. Balsini, que não se dedicava exclusivamente ao hospital, e cuja atuação profissional suscitava críticas de alguns colegas de profissão, pois ele atendia

a totalidade dos casos de cirurgia e parto dos contribuintes do IAPETC, da Caixa de Aposentadoria e Pensões dos Empregados da Estrada de Ferro Da. Teresa Cristina, dos associados do Sindicato dos Empregados na Indústria Extrativa do Carvão, dos funcionários e operários da Companhia Carbonífera Siderúrgica Nacional, em Siderópolis, dos da Companhia Brasileira Carbonífera de Araranguá (CBCA), dos da Cerâmica de Criciúma e dos da Sociedade Carbonífera União e efetua as intervenções cirúrgicas necessárias em todos os acidentados segurados nas diversas companhias de seguro que operam na praça de Criciúma.¹⁷⁷

Balsini era o médico mais antigo de Criciúma e trabalhava no Hospital de Caridade São José desde a sua inauguração, em 1936. Além de todo o atendimento que prestava às empresas citadas acima. Boa Nova queixa-se de que Balsini detinha ainda “quase toda a clínica particular, constituída, na maior parte, de colonos e agricultores dos arredores da cidade”. Exercia a clínica médica, a obstetrícia, a pediatria, a otorrinolaringologia, a oftalmologia e a ginecologia, principalmente. Boa Nova pergunta como era possível exercer eficientemente a profissão diante de um elevado número diário de atendimento e praticando várias especialidades ao mesmo tempo. Ele reconhecia os méritos, a competência e a dedicação ao trabalho de Balsini, mas questiona a qualidade do atendimento em função do seu excesso de atividades. Desta forma, o seu colega de profissão acabava contribuindo com a “sofável reputação” que os médicos locais tinham “entre o operariado da região, na maioria constituído de homens rudes e sem instrução”, mas que formavam “a grande massa de doentes da cidade”.¹⁷⁸

Boa Nova considerava a “ignorância” dos operários e o número insuficiente de médicos os principais fatores que contribuíam para a péssima reputação dos profissionais da

¹⁷⁶ Ibid., p. 118.

¹⁷⁷ Francisco de Paula Boa Nova Jr, op. cit, p. 38.

¹⁷⁸ Ibid., p. 39.

saúde. Às vezes, a pressa e o mau atendimento geravam “incidentes desagradáveis” entre médicos e operários, e a rádio local não hesitava em informar seus ouvintes, destaca o mesmo:

A pouca simpatia de que gozam os médicos de Criciúma no seio da classe mineira da região é decorrente da maneira quase sempre apressada, e por isto mesmo pouco cortês, com que os operários são atendidos nos consultórios médicos. Em consequência, são comuns e freqüentes os atritos que ocorrem nos consultórios, entre médicos e operários, incidentes desagradáveis, que muitas vezes toma maior vulto pela publicidade que aos mesmos é dada às vezes até de maneira escandalosa, pela emissora local, fazendo crescer a impopularidade da classe médica no meio mineiro [sic].¹⁷⁹

Apesar das disputas e conflitos no interior da classe médica, bem como da resistência oferecida pelos mineiros a esses profissionais, a meta principal das autoridades competentes era suprimir a prática do curandeirismo. De um modo geral, pode-se que dizer que ao longo dos anos o império dos curandeiros foi perdendo espaço para a ordem médica, mas a força da tradição ainda estava fortemente enraizada na década de 1960. Em seu livro de memórias, o médico Mauricio Peregrino lembra-se do balconista de farmácia que trocava os medicamentos, receitava remédios e exercia ilegalmente o papel de farmacêutico; lembra-se também das “comadres” entendidas em parto; do fazedor de “garrafada”; e do tradicional “arrumador de ossos”, personagem desconhecido nos grandes centros urbanos, “mas aqui nessa região o fato está tão arraigado na mente da população, que mesmo pessoas de bom nível sociocultural procuram o dito arrumador”. Do seu ponto de vista, o “arrumador de ossos” exercia e continuava exercendo o papel de ortopedista,

sendo procurado pelos doentes que tiveram uma distensão muscular, uma contusão ou têm uma lombalgia aguda ou crônica. Grande parte dos doentes que passam pelas mãos desses arrumadores procura o ortopedista ou clínico posteriormente, por não ter melhora ou por ter agravado seu estado de saúde. Outros, após consultar o médico, e, impacientes com a demora em obter melhora, apesar da medicação, fisioterapia etc., recorrem ao mesmo. que sempre informam ao doente que o ‘nervo está fora do lugar’.¹⁸⁰

O “arrumador de ossos” existente na região Sul de Santa Catarina, explica Peregrino, é fruto da primeira geração de imigrantes europeus que se fixaram na região, na segunda metade do século XIX. A inexistência de médico levava a pessoa que fraturou um braço ou uma perna a procurar um entendido da comunidade que fosse mais hábil para amenizar a dor,

¹⁷⁹ Ibid., p. 39.

¹⁸⁰ Mauricio Peregrino, Verdades e mentiras sobre médicos, op. cit., p. 63.

imobilizar a fratura e prescrever medidas curativas. Embora reconheça as circunstâncias históricas que geraram a necessidade do “arrumador de ossos”, do curandeiro ou da “curiosa” na comunidade, Peregrino questiona a competência e a moral dos praticantes da medicina popular. Paradoxalmente, no entanto, cita o artigo do dr. Damião Nobre de Medeiros, formado pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte, que explicita uma outra perspectiva sobre os curandeiros:

Entronizados em nosso pedestal de donos absolutos da verdade, questionamos a existência dos curandeiros, que, sem fazerem uso de todo aparato tecnológico que temos à nossa disposição, continuam aparecendo e existindo e tendo sua clientela cativa, receitando, operando, curando doentes e fazendo milagres. Ao invés de lhes atirar pedras e até querermos trancafiá-los em prisões, deveríamos é refletir sobre a razão de sua existência, pois, com certeza, temos muito que aprender com eles. As pessoas, aqueles doentes, que nos procuram apenas em situações de extremo desespero, quando estão desenganadas e à espera de um milagre, venha de onde vier, os procuram sempre, pois neles encontra o lado mágico, o místico da Medicina, que parece que perdemos, e recebem a atenção que muitas vezes não lhes damos, especialmente no serviço público. Assim, tantas vezes, recusam a prescrição do ‘doutor’ e acatam a orientação do leigo, do místico, do curandeiro, do charlatão, que não usa nem abusa da tecnologia, apenas da persuasão de que já não dispomos, assassinada pelo tecnicismo, pela pressa, pela frieza das teclas e das telas, dos números e das palavras que eles não compreendem.¹⁸¹

No assunto “crendices, superstições, rezas e mandingas”, Peregrino lamenta que parte da população ainda mantenha sua tradicional crença no fazedor de “garrafadas”, na “famosa pedra contra veneno”, usada contra picadas de cobra, e na benzedura contra erisipela (popularmente conhecida por zipra).

De um modo geral, os livros de memórias de médicos evidenciam a força da tradição, resistindo ao movimento da civilização moderna. Muitas obras descrevem o conflito do médico com o curandeiro/a como o encontro da ciência com o mundo da magia, da ignorância e da superstição. Ao se reportar a São Paulo da década de 1930, por exemplo, Pedro Nava reconstitui um cenário formado pelo diálogo entre dois médicos, cujo assunto era a atuação dos curandeiros e as crendices da população. Nava relata o diálogo entre um tradicional “médico da roça”, que havia anos trabalhava em uma pequena cidade do oeste paulista, e um novo médico, recém-chegado. O episódio acontece durante um almoço, quando um “mulato grisalho” apareceu, pedindo socorro à sua patroa, que estava aos gritos, com dor e “com o braço direito inutilizado”. O mulato informa ao dr. Cavalcanti que ela já havia tomado “chá de

¹⁸¹ Damião Nobre de Medeiros. *Jornal Medicina*. Conselho Federal de Medicina, n.º 98, outubro de 1998. In: Mauricio Peregrino, *Verdades e mentiras sobre médicos*, op. cit., p. 86.

carqueja e de raspa de caroço de abacate tostado” mas a dor continuava. Então, o médico orienta-o que “continue com a raspa do caroço do abacate” e ao mesmo tempo prescreve “quatro colheres de sopa ao dia da solução de antipirina do doutor Clin”, e ainda diz ao mulato que esfregasse na parte dolorida do corpo “linimento de Betul-01”. Egon, o novo médico recém chegado, questiona a atitude de Cavalcanti argumentando que nesse caso “daria logo uma esculhambada nessas mezinhas inoperantes”, obrigando “a doente ficar só na antipirina e no linimento de Betul-01”, pois do contrário era “entreter credence e se igualar a curandeiro”. Cavalcanti contra-argumenta e aproveita a situação para uma primeira lição:

– Tanto assim não, *professor*... O nível da população dominante aqui prefere o curandeiro de que você fala com tanto desprezo e que em verdade é um benemérito no Brasil inteiro. Primeiro, ele pratica uma profissão nascida de inegável vocação – o que é importantíssimo no relacionamento dele e do doente, estabelecido mais facilmente que com o doutor. Segundo, ele é onipresente e exerce onde não há médico nessa terra onde os colegas só concentram em capital e cidade grande...¹⁸²

Nesse episódio, Pedro Nava confronta a experiência e tolerância de um tradicional médico já habituada com a cultura da roça com a de um jovem profissional vindo da cidade, fortemente formatado pela racionalidade científica. Cavalcanti explica que no “sertão onde já existe médico, este tem que respeitar o curão e tratá-lo com ética, como aos colegas”. Informa que “o doente ignorante só toma do médico o remédio que vai ao encontro de suas crenças profundas”, e que alguns remédios que durante muito tempo eram desprezados pelos médicos “faziam prodígios nas mãos dos curiosos”.

De um modo geral, a cultura civilizada do século XX ainda mostra-se intolerante contra os praticantes da medicina popular. Na lógica da civilização, os membros das classes mais pobres estão abaixo do nível de civilização, não se reconhece a experiência adquirida pela prática, ou seja, ignoram-se a aprendizagem e a experiência desenvolvidas fora das escolas, faculdades e centros de pesquisa. Ao mesmo tempo em que se qualifica os curandeiros e parteiras por meio de adjetivos depreciativos, acusando-os de ignorantes, supersticiosos e charlatões, exigia-se a intervenção do poder público, visando coibir o exercício ilegal da medicina.

À medida que se expandem os aparatos do Estado nacional, intensificam-se os conflitos e aumenta o poder de pressão para a regularização social das práticas profissionais. E ao mesmo tempo em que se projeta a construção de uma nação moderna, delega-se autoridade e competência ao médico, junto com outros profissionais (professor/a, advogado,

juiz, padre, administrador, etc.), para a função de agente civilizador. Ao médico, no entanto, coube o papel de liderar o movimento de higienização e medicalização da sociedade, ou seja, mais do que outros profissionais ele esteve à frente de um movimento higienizador que culminou em um processo de mudança e assimilação de novos hábitos e costumes, em relação aos cuidados de saúde e controle de doenças no âmbito dos espaços público e privado.

¹⁸² Pedro Nava. *O cirio perfeito*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1983. p. 115.

CAPÍTULO 2

HISTÓRIA, MEMÓRIA E INDÚSTRIA DO CARVÃO

Doenças, médicos e práticas de cura: memórias e representações de um passado pré-moderno

No setor de saúde a Criciúma dos primórdios era a Criciúma dos curandeiros, dos chás caseiros e da parteira “curiosa”, muitas vezes vizinha.¹

Na Região Sul de Santa Catarina, assim como nas demais regiões do Estado, até a primeira metade do século XX, a população estava habituada a combater as doenças com o uso de medicamentos caseiros. Quando o problema era mais grave, ou quando se tratava de uma enfermidade que requeria a intervenção de um especialista mais gabaritado, ou ainda quando se necessitava de um profissional na arte do nascimento, procurava-se o/a curandeiro/a, a benzedeira, a parteira ou o médico. Os poucos médicos existentes estavam concentrados nas cidades mais urbanizadas, principalmente em Laguna e Tubarão. Em Urussanga, Nova Veneza, Orleans e Criciúma também havia médicos, mas eles moravam no centro da cidade e preferiam atender uma clientela mais próxima do perímetro urbano. Esta preferência deve-se muito mais aos fatores limitantes da época, entre os quais os tipos de transportes disponíveis, a cultura tradicional da população e a suposta concorrência “desleal” dos numerosos curandeiros/as.

A partir de 1875, a região Sul de Santa Catarina passou por uma nova fase de ocupação, povoamento e colonização. Ainda sob o controle do governo imperial brasileiro,

¹ Otilia Arns, Criciúma 1880-1980: a semente deu bons frutos, 1985, p.178.

dezenas de famílias de imigrantes europeus fixaram-se na região, principalmente de origem italiana, alemã e polonesa. Dos núcleos coloniais estabelecidos surgiram algumas das atuais cidades, como Nova Veneza (italianos, 1891), Urussanga (italianos, 1878), Azambuja (italianos, 1877), Acióli Vasconcellos/Cocal do Sul (italianos, 1885), Orleans (italianos, 1882), Criciúma (italianos, 1880; poloneses, 1890; russos, 1890), Belluno/Siderópolis (italianos), Forquilha (alemães), entre outras. Antes desse período, no entanto, brasileiros ou vicentistas, luso-brasileiros e afrodescendentes já haviam construído vilas e cidades na região que era ocupada pelos povos Carijós e Xogleng. Entre as principais cidades e povoações, já existia Santo Antônio dos Anjos de Laguna (Laguna) e suas freguesias, entre as quais Nossa Senhora da Piedade do Tubarão (Tubarão) e Nossa Senhora Mãe dos Homens do Araranguá (Araranguá).²

Em termos de riqueza material, as famílias européias que se fixaram na região, no final do século XIX, trouxeram muito pouco ou praticamente nada. Todavia, na bagagem cultural trouxeram suas experiências de vida, na agricultura, no comércio, criação de animais, abertura de estradas, construção de casas, etc. No campo da saúde, os colonos tinham experiência em medicina caseira, práticas de cura e de parto. Em pouco tempo surgiram, em torno dos núcleos coloniais, instituições como igrejas, congregações religiosas, escolas, comércio, pequenas indústrias, associações de ajuda mútua, entre outras. A organização dos núcleos coloniais também atraiu a presença de profissionais liberais e autoridades governamentais, como médicos, diretores das empresas colonizadoras, representantes do governo italiano, do governo de Santa Catarina e do poder público municipal.

Em relação às colônias italianas, o consulado desse país preocupou-se em avaliar e acompanhar o desenvolvimento das condições de vida e trabalho das famílias estabelecidas nos núcleos coloniais. A partir de vistorias e visitas elaborava-se relatórios que eram remetidos às autoridades governamentais italianas e brasileiras, apresentando uma visão geral do progresso e os principais problemas existentes nas colônias, inclusive em relação ao estado de saúde e à assistência médica. Em 1895, por exemplo, o Relatório de Alberto Roti, Cônsul Real residente em Florianópolis, informa que havia um médico de Tubarão contratado por um

² Ver Desembargador Vieira Ferreira. Azambuja e Urussanga: memória sobre a fundação, pelo engenheiro Joaquim Vieira Ferreira, de uma colônia de imigrantes italianos em Santa Catarina. Niterói, RJ: Oficinas Gráficas do Diário Oficial, 1939; Oswaldo Rodrigues Cabral (Org.) Santo Antônio dos Anjos da Laguna: seus valores históricos e humanos. Publicação comemorativa da passagem do seu tricentenário de fundação. Florianópolis: Governo do Estado de SC, 1976; Pe. João Leonir Dall'Alba. Laguna antes de 1880: documentário. Florianópolis: Lunardeli/UEDESC, 1976; Otilia Arns. Criciúma 1880-1980: a semente deu bons frutos. Criciúma, Prefeitura Municipal, 1985; Zulmar H. Bortolotto. História de Nova Veneza. Nova Veneza: Prefeitura Municipal, 1992.

salário mensal de 200 mil-réis para visitar mensalmente as colônias do Sul de Santa Catarina. Na Colônia de Nova Veneza, no primeiro ano de colonização, os habitantes recebiam de um farmacêutico assistência médica e farmacêutica. Roti informa, ainda, que depois que a Companhia parou de prestar auxílio, as famílias italianas fundaram a Sociedade Pátria e Trabalho³, instituição criada em 20 de outubro de 1894, com finalidade de prestar socorro mútuo e assistência aos seus sócios. Nessa época, havia duas parteiras pagas por essa sociedade, uma em Treviso, que recebia “20 mil-réis por mês no núcleo e algum presente do cliente” e outra na localidade de Rio Maina. A parteira de Rio Maina também era professora e recebia contribuições da comunidade e um salário de 20 mil-réis da Sociedade Pátria e Trabalho.⁴

As primeiras famílias de italianos a se fixar no Sul de Santa Catarina chegaram em 1877, constituindo a Colônia de Azambuja. Entre italianos (maioria), alemães e poloneses, mais de uma dezena de núcleos coloniais estabeleceram-se na região no final do século XIX. Além do núcleo colonial de Azambuja, havia o núcleo de Treze de Maio, Pedras Grandes, Armazém, Urussanga, Acióli de Vasconcellos ou Rio Cocal, Criciúma, Torrens e as colônias da Companhia Metropolitana: Nova Veneza, Belluno, Belvedere e Treviso. Vinte anos depois que a primeira colônia italiana - fixou-se no Sul de Santa Catarina, o médico ainda era um personagem que vivia distante do cotidiano das famílias. Por isso, Savóia, o cônsul italiano em visita às colônias do Sul de Santa Catarina, em 1899, destaca que doenças não faltavam, o que faltava era a presença de médicos e remédios. Havia remédios, farmacêuticos e parteiras, mas médicos, nem sombra:

Só em Urussanga e Nova Veneza existem dois armarinhos farmacêuticos bem abastecidos, mas, não existindo quem prescreve, os medicamentos pouco vendem e estão por fechar. Nas demais localidades os remédios se reduzem ao óleo de rícino, ao sal da Inglaterra, que são comprados nos armazéns, onde se vende sal, cachaça, banha e demais comestíveis, e com os quais se medicam todas as doenças. Parteiras, existem uma ou duas, médicos, nem sombra.⁵

Enquanto Savóia percorria os núcleos coloniais, ia registrando o que via e o que ouvia. Muitos colonos, ao perceber a presença do cônsul italiano, aproximavam-se para contar suas histórias, lamentar-se e aproveitar a ocasião para fazer reivindicações que pudessem chegar às

³ Objetivos da Sociedade: “a fraternidade e o mútuo socorro entre os colonos, a fundação e a manutenção de escolas e igrejas nas sedes dos diversos núcleos; as práticas religiosas; a assistência dos sócios enfermos e das famílias miseráveis ou que não podem trabalhar”. In: João Leonir Dall’Alba, *Imigração italiana em Santa Catarina*, 1983.

⁴ Cf. João Leonir Dall’Alba, *Imigração italiana em Santa Catarina*, 198., p. 34.

autoridades brasileiras ou italianas. Dentre as queixas ouvidas, Savóia registrava no seu relatório aquilo que considerasse mais problemático. Neste sentido, a falta de médico nas colônias (de preferência, médico italiano) era uma de suas preocupações centrais:

“Nós morremos, ouvi repetir centenas de vezes, mas usando outro verbo, nós morremos como cães”. Quando em Rio dos Pinheiros manifestou-se uma enfermidade misteriosa, nem um médico foi mandado, nem um médico se moveu para ir ver de que se tratava. A um pai de família que, numa noite, percorreu 78 quilômetros a cavalo para ir a Tubarão em busca de médico para a mulher gravemente doente, colocou-se este dilema: – “Ou dois contos, ou fico onde estou”. Eu mesmo conheci indivíduos doentes há dois ou três meses, acamados, sem saber de que sofrem, nem que poderia fazer para curar-se. Não faltam colonos que, tornados generosos pelo afeto, não hesitem em sacrificar todas as poupanças, fruto de cinco ou seis anos de ininterruptas economias, para pagar o médico que tratava da mulher ou dos filhos. E são legiões os que tiveram que assistir à morte dos seus, sem poder mover um dedo para socorrê-los, ou resignar-se a ficar aleijados a vida inteira, vítimas de algum infortúnio no trabalho, porque o médico residente em Tubarão, Laguna ou Florianópolis, não podia ou não queria mover-se em seu auxílio.⁶

No relatório do consulado italiano de 1906, Caruso Macdonald faz questão de enfatizar que “não obstante o grito de alarme lançado” por Savóia, sete anos antes, a situação sanitária das colônias continuava a mesma e nenhum médico italiano havia chegado ao Brasil até 1902. Neste mesmo ano, o médico paduano Césare Sartori chegou a Urussanga, mas permaneceu apenas alguns meses, mudando-se para Lages, “onde lhe sorriu melhor fortuna”. Em abril de 1904, outro médico estabeleceu-se em Urussanga, o dr. Carlos Felice Bongiovanni de Reggio Emília, que na visão de Caruso Macdonald prestava “uma obra altamente humanitária em prol” dos seus “compatriotas”. Em Urussanga havia também uma farmácia italiana, “mantida por um prático”, mas os remédios eram caros. Por isso, o regente do consulado italiano sugeriu, na época, que se providenciasse “um dispensário farmacêutico, sob vigilância do médico local”. Nas localidades mais distantes, ele sugeriu que se organizassem pequenos armários para socorros de urgência, que poderiam ficar sob a responsabilidade de padres ou professores.⁷

Enquanto a maioria da população morava em pequenos povoados, sobrevivendo do plantio ou da pesca, os poucos médicos formados nas faculdades residiam nos centros urbanos mais importantes. Somente quem nascia em “berço esplêndido” tinha o privilégio de se formar em medicina, cujas faculdades localizavam-se nas cidades mais urbanizadas, onde

⁵ Ibid., p. 63.

⁶ Ibid., p. 63.

⁷ Ibid., p. 173.

estavam concentrados o comércio, a indústria, o conforto e o dinheiro . Por isso, convencer um médico a trabalhar nos distantes rincões, longe do conforto das cidades, não era uma tarefa fácil. Entretanto, um jovem médico em início de carreira podia ser persuadido a começar sua vida profissional em um pequeno povoado, longe da concorrência desleal das grandes cidades.

Seguindo esta linha de raciocínio e visando resolver o problema da falta de médicos residentes nas colônias, Savóia sugere às autoridades italianas que incentivem a vinda de “algum jovem médico italiano” para que ele pudesse aproveitar-se das circunstâncias e se estabelecer como médico das colônias. Desta forma, “estaria certo de amealhar uma pequena e honesta fortuna, tal que, como médico oficial nalgum pequeno município do Reino, nem poderia sonhar”.⁸

Na historiografia da medicina brasileira, assim como na historiografia local da região Sul de Santa Catarina, a ausência ou escassez de médicos aparece como um “problema”, um indicativo de falta de progresso e civilização. Geralmente, o discurso que destacava a falta de médico como um “problema” era difundido por um sujeito vindo de fora, um estrangeiro ou um profissional liberal oriundo dos principais centros urbanos do país, médico ou não; há também o discurso historiográfico que se reporta ao passado ancorado no padrão civilizatório do presente; e há ainda a incessante manifestação das organizações médicas e de setores industriais ligados ao ramo da saúde. Em 1960, por exemplo, a revista *Progressos da Medicina*, revista patrocinada pela Indústria Química e Farmacêutica S.A., descreve a situação do Brasil em relação ao número de médicos por habitantes, conforme a relação estabelecida pela Organização Mundial da Saúde, que era de um médico para cada mil habitantes. Os dados informam que a situação do Brasil era de um para 2.500, sendo que “a vasta maioria deste número reduzido de médicos se aglomerava nos grandes centros”. Em 1956, *Progressos da Medicina* informa que havia 750 municípios sem médicos. Por isso, “o problema da assistência médica às populações do interior do Brasil” era considerado “gravíssimo”, e só seria “resolvido pela ação, sem dúvida, gigantesca, dos Poderes Públicos”. Mesmo assim, conclui a revista, “durante muito tempo, grande parte destes municípios ficarão nas mesmas condições, ainda que duplique ou triplique o número de médicos, por não terem condições mínimas para a vida de um médico”.⁹

Não há dúvida de que a falta desses profissionais e de remédios constituía-se em um problema, mas a memória popular não se lembra desse “problema” porque o médico não fazia

⁸ Ibid., p. 64.

parte do seu ambiente de vida. Assim, recorda-se mais facilmente do tempo em que se usavam ervas medicinais e se procuravam os curandeiros/as, benzedeiras e parteiras. A historiografia local oferece múltiplas visões dessas lembranças. Dentre as diferentes perspectivas historiográficas, há aquela que evidencia a medicina popular para demonstrar que o progresso e a civilização ainda não haviam chegado; há as obras escritas por padres-historiadores e outros autores leigos que destacam a contribuição dos curandeiros/as “honestos” que prestavam relevantes serviços à comunidade, numa época em que havia escassez de médicos, hospitais, recursos tecnológicos e medicamentos de laboratório; há a perspectiva saudosista que valoriza o passado em contraposição a um presente degenerado; há autores que se preocupam em “resgatar” a experiência e o conhecimento da medicina caseira, já que eles foram esquecidos e extintos pelas forças do progresso e da modernização; há a perspectiva dos médicos-historiadores, que rotulam os praticantes da medicina popular de “charlatões” que facilmente enganam uma população “ignorante”, supersticiosa e dominada por crendices.

Na história de Urussanga, Mons. Baldessar relata os casos de morte de seus familiares e conhecidos, ressaltando que se houvesse uma assistência profissional muitas mortes poderiam ter sido evitadas. Lembra que o médico mais próximo residia na cidade de Tubarão, distante a uns cinquenta quilômetros de Urussanga. Um doente em estado grave era transportado em carro de boi, “torturado” pela lentidão, chuva ou sol. A imagem do médico é representada de duas formas: o avaro, que condiciona o pagamento da consulta em valores elevados e aquele que não se dispõe a se afastar do seu conforto para atender um doente que mora longe do seu consultório; e o médico humanitário, que não mede esforços para atender e salvar uma vida, independentemente do pagamento a que tem direito. Mons. Baldessar evidencia estas duas imagens por intermédio da história oral e das bibliografias que leu. A lembrança do “médico avaro” tem origem na obra do Pe. Luigi Marzano, que menciona o caso de um médico que morava em Tubarão e exigia certa quantia para vir atender os colonos de Urussanga: “o médico não se pejava de pedir até dois contos pela viagem, como relata o Pe. Luigi Marzano em seu livro”. Segundo Mons. Baldessar, o preço cobrado representava “três ou quatro vezes o valor do terreno comprado pelo imigrante e que lhe parecia caro e difícil de pagar nos seis anos exigidos pelo governo imperial”.¹⁰

Na representação do “médico humanitário”, Monsenhor destaca que “o primeiro médico de Urussanga, do qual se ouviu dizer que sempre atendeu a região das colônias dos

⁹ *Progressos da Medicina*, v. IX, 1960, p. 196-197.

¹⁰ Mons. Quinto Davide Baldessar, *Imigrantes: sua história, costumes e tradições no processo de colonização no Sul do Estado de Santa Catarina*, 1991, p. 121.

imigrantes, foi o dr. Victorio Giaccone”, que “montava seu fogoso cavalo e fazia longas viagens para atender os menos afortunados”.¹¹ Em seguida, Monsenhor Baldessar ilustra o caso de Nova Veneza, reproduzindo da obra de Zulmar Bortolotto o perfil do médico Carlos Gorini que em 1914 já morava nesta cidade. Retratado como um homem desprendido de apegos materiais e benevolente para com os pobres, Monsenhor relata que “quando alguém não podia pagar os serviços de Dr. Carlos Gorini, ele se contentava em receber um frango, um repolho, uma abobrinha, uma melancia ou outra coisa qualquer, ou mesmo nada”. Além disso, “nunca deixou de atender o pobre”. Para sorte da população rural de Nova Veneza, “neste mesmo caminho, continuou seu filho Dr. Dino Gorini”.¹²

Em Tubarão, Walter Zumblick enaltece a memória do médico Otto Frederico Feuerschütte, formado na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. O dr. Otto entrou para a galeria da memória oficial da cidade como o Sacerdote da Medicina e o Apóstolo da Caridade, quando o Rotary Clube providenciou a instalação de uma placa com o seu busto em uma das praças centrais. Zumblick enaltece a figura do dr. Otto como médico e político da cidade. Como médico, destaca a sua atuação no combate à “gripe espanhola” de 1918, epidemia que se propagou por diversos países e que também chegou a Tubarão. O pânico tomou conta da população, o comércio fechou suas portas, o convento suspendeu as aulas e o hospital ficou lotado, segundo o autor, acrescentando que a população de Tubarão tinha muito a agradecer ao seu médico conterrâneo, pois

fosse pelas horas mortas das madrugadas ou qualquer instante do dia, percorria Otto as casas da cidade que já não mais cerravam suas portas. Sem ser chamado, mas com uma obstinação invulgar, percorria o nosso médico todas as ruas. Muitas vezes levando, até, o remédio, numa verdadeira via-sacra mais que profissional porque era ditada pela nobreza do seu grande coração.¹³

Na história da colonização de Orleans, o Padre Dall’Alba lembra que as doenças eram combatidas com remédios caseiros, benzeduras e rezas. Em seus depoimentos, ele se lembra do tempo em que “havia grandes curandeiros” que praticavam a medicina por meio de rezas, ervas e “muito poder de sugestão”. O sr. Nicoladelli conta que, certa vez, quebrou a perna e foi tratado por um curandeiro. Até hoje, diz ele, sua perna “estava perfeita”, ao contrário de

¹¹ Ibid., p. 121-122.

¹² Ibid., p. 122.

¹³ Walter Zumblick, *Este meu Tubarão...!*, 1974, p. 231-232.

seu irmão que, em 1973, também quebrou a perna, mas foi tratado por um médico formado e, até hoje, “ainda anda manco, com o osso soldado fora do lugar”.¹⁴

Dall’Alba também relata o caso do agrimensor polonês Etienne Stawiarski, diretor da Empresa de Colonização de Orleans, que aprendeu a fazer remédios e praticou a arte de curar durante 45 anos. Começou a carregar medicamentos nos “peçuelos” em 1895, e durante a sua vida formou uma pequena biblioteca particular com diversos livros de medicina. Tornou-se famoso como enfermeiro e médico prático e montou sua própria farmácia, onde preparava remédios com funções homeopáticas.

Muitas famílias dominavam a prática de fazer remédios caseiros à base de ervas e, para os casos mais complexos, procurava a assistência de “pessoas mais práticas que davam remédios, em geral em meio a ritual de bênçãos e orações”. Além disso, “havia pessoas dotadas de forças parapsicológicas, que faziam curas extraordinárias”, comenta o Padre Dall’Alba.¹⁵ Quando a medicina popular não surtia efeito ou o caso era considerado muito grave, procurava-se o dr. Otto Feuerschute, no município de Tubarão. De acordo com Dall’Alba, este médico vinha de trem, duas vezes por semana, “para atender os mineiros”.

Em relação aos partos, Padre Dall’Alba conta que a gestante continuava com sua rotina de trabalho até a véspera do parto, que acontecia sem qualquer cuidado com higiene ou alimentação. E, claro, sem assistência médica. Era comum, segundo Dall’Alba, colocar-se estercor de gado no umbigo do recém-nascido, “resultando muitos casos de tétano umbilical”.¹⁶ Quando o parto era normal, não havia tantas dificuldades, mas do contrário, “as mães coitadas!”.

Para suprir as necessidades de educação e saúde, apelava-se para a caridade de congregações religiosas. Até a primeira metade do século XX, as comunidades de colonização italiana e alemã, principalmente, solicitam insistentemente a presença de padres e freiras para cuidarem de hospitais, escolas, asilos e outras instituições de caridade. Atendendo aos

¹⁴ João Leonir Dall’Alba, *Colonos e mineiros no grande Orleans*, 1986, p.188. O Padre João Leonir Dall’Alba é um dos sacerdotes preocupados com a memória e cultura das gerações passadas. Escreveu e traduziu obras sobre a época dos primeiros imigrantes que se fixaram no Sul de Santa Catarina. Natural de Caxias do Sul, RS, veio para Orleans em 1959 a fim de desenvolver suas atividades religiosas. Além de pesquisador de história, foi professor e fundador de entidades educacionais e culturais, como a Fundação Educacional Barriga-Verde, Museu da Imigração, Museu ao Ar Livre, entre outras atividades. Em suas fontes de pesquisas predominam documentos oficiais, jornais, fotografias e uma grande quantidade de entrevistas. *Colonos e mineiros no grande Orleans* retrata no período compreendido entre 1888 a 1963 os primórdios da colonização, as notícias marcantes da imprensa local, a geografia e a história nas lembranças dos mais velhos, a floresta e os “bubres”, os primeiros meios de transporte, os costumes, o lazer, a educação, a religião, a saúde, o comércio e a indústria, a política, as localidades e a mineração.

¹⁵ *Ibid.*, p. 190.

¹⁶ *Ibid.*, p. 188.

constantes pedidos, padres e freiras atravessaram o Atlântico com o intuito de estender seus serviços às comunidades que se sentiam abandonadas e isoladas.

Neste aspecto, Padre Agenor fala da “influência e ação civilizadora da Igreja” por meio da fé e da cultura. Lembra que os sacerdotes italianos que se fixaram em Urussanga não se restringiam a rezar missas. Eles foram também médicos, professores, enfermeiros, técnicos, lavradores, conselheiros políticos, etc. Na opinião do Padre Agenor, devido às expectativas frustradas, “promessas não cumpridas, privações de toda a ordem, agressividade da floresta”, os imigrantes italianos teriam se desviado do caminho religioso, “não fosse a presença confortadora de abnegados sacerdotes, sempre empenhados em evitar o desespero de causa e o abandono definitivo da terra”.¹⁷ Os “sacerdotes pioneiros”, na opinião do Padre Agenor, cumpriram uma importante caridade civilizadora na história de Urussanga.¹⁸

Ainda em relação à saúde dos imigrantes italianos de Urussanga, Monsenhor Baldessar destaca que o plano de colonização do governo imperial brasileiro nada previu sobre a saúde. O trabalho árduo dos primeiros anos de colonização deixava os corpos fragilizados e suscetíveis a doenças, lembra monsenhor. “Aos poucos foram entrando em uso os remédios caseiros da flora nativa”, mas antes

os remédios de farmácia existentes podiam ser contados nos dedos de uma mão. Era o óleo de rícino, purgativo, vendido em garrafinhas verdes, compridas e finas como uma vela de estearina. O ‘sal amargo’, também purgativo, tinha a mesma finalidade do anterior. A emulsão de Scott era um fortificante para as crianças que o disputavam, apesar de seu gosto enjoativo. Brigava-se quando tomado em grupo, distribuídos pela mãe quando a colher do outro estava mais cheia do que a da gente. Havia um comprimido para a dor. Era a cafiaspirina da Bayer, nada além disso, senão a cachaça que era remédio de valor universal, às vezes tomada ao café ou outros chás.¹⁹

Contra a picada de cobra, muito comum na primeira fase da colonização, Monsenhor Baldessar afirma que “na falta total de outros recursos, utilizavam os caseiros de acordo com a crença popular”. Na época, o alho, a cachaça, o querosene e outras “mandingas” faziam parte da botica caseira. Na perspectiva do Monsenhor, era uma época de dor, sofrimento e angústia porque as famílias ainda não tinham acesso aos recursos da medicina moderna. Por isso, “só Deus sabe o que nossos primeiros colonos suportaram de aflição e desespero neste *paese della cuccagna*”.²⁰

¹⁷ Mons. Agenor Neves Marques, História de Urussanga, p. 189.

¹⁸ Ibid.

¹⁹ Ibid., p. 118-119.

²⁰ Ibid., p. 122.

No final do século XIX, Padre Luigi Marzano veio para Santa Catarina para cumprir sua missão de sacerdote junto das famílias italianas que se fixaram no Sul do Estado. Sobre as condições de saúde dos colonos italianos, Marzano destaca com orgulho um estado salutar invejável, embora não deixe de evidenciar as doenças que os atinge. Em geral, diz que enquanto nos grandes centros do Brasil prevaleciam as infestações de doenças, febre amarela, peste bubônica e beribéri, o mesmo não acontecia nas colônias italianas da região Sul de Santa Catarina, uma vez que elas estavam “prostradas sobre colinas elevadas”, ficando “afortunadamente isentas de doenças contagiosas”. Segundo o religioso, a maioria dos italianos morria de “velhice ou de casos acidentais” e eram “raros os casos de tétano, tuberculose, e inflamação intestinal”. Todavia, acrescenta, a anemia imperava nos jovens, senhoras e crianças.²¹

Ao mesmo tempo em que destaca o bom estado de saúde das famílias italianas, Padre Marzano mostra-se preocupado com a ausência de médicos, pois o mais próximo morava no município de Tubarão, a sessenta quilômetros das famílias italianas que viviam nas florestas de Urussanga, Criciúma, Nova Veneza, Azambuja, Belluno, entre outras colônias. Para reforçar os seus comentários, Marzano apresenta alguns trechos do relatório do Cônsul Pio Savóia, remetido ao governo italiano em 1900, destacando a “absoluta” falta de higiene pública e particular em que viviam as famílias; comenta a base da alimentação dos colonos, feita de polenta e carne de porco; condena o uso da cachaça porque envenenava o sangue; lastima o elevado preço dos tecidos e fios de lã, que dificultava a compra das roupas necessárias para enfrentar o frio.

Sabendo que teria de suportar enfermidades num país desconhecido, e que não havia médicos nas colônias, antes de embarcar para o Brasil ele toma algumas providências. Assim, informa-se sobre as condições de vida nos núcleos coloniais de Santa Catarina, preocupa-se em conhecer as enfermidades que mais afetavam as famílias, estuda suas causas e os meios para combatê-las e coloca na mala uma boa provisão de medicamentos:

Nós, sabendo disso, antes de partir da Itália, tomamos umas lições sobre as moléstias mais comuns, suas causas e seus remédios. Levamos abundante provisão de medicinas e **muito freqüentemente agimos como médicos** [grifo meu]. O Cônego Sorásio obteve-nos as lições no hospital de Turim para os enfermeiros, especialmente

²¹ Cf. Pe. Luigi Marzano, *Colonos e Missionários Italianos nas Florestas do Brasil*, 1985, p. 178. Esta obra foi publicado na Itália em 1904 e traduzida no Brasil somente em 1985 pelo Pe. João Leoinir Dall’Alba. O Padre Marzano relata o que viu e o que vivenciou com os imigrantes. Fala do papel dos missionários, da travessia do Atlântico, das dificuldades dos imigrantes no primeiros anos da colonização, dos conflitos com os “selvagens”, descreve as características do clima, da fauna, da flora, dos hábitos, dos costumes, etc.

no que se relaciona a primeiros socorros. Um pouco de bem sempre se consegue fazer aos pobres infelizes que recorrem a nós com plena confiança, bem sabendo que nossas consultas são gratuitas.²²

Padre Marzano afirma que a sua principal função era cuidar bem das almas, mas não deixava de cuidar da saúde física e mental do seu rebanho. Orientava as famílias quanto aos hábitos de higiene pessoal, os cuidados no trabalho e os hábitos alimentares. Enfim, pode-se dizer que praticava o sacerdócio religioso e, diante das circunstâncias, exercia a arte de curar.²³

Em relação à inexistência ou escassez de médicos, a historiadora Nelma Baldin também compartilha e reforça desse tradicional discurso historiográfico. Ela afirma que a falta de uma estrutura de assistência médica não trouxe maiores problemas para as colônias de imigrantes italianos que se fixaram na região Sul de Santa Catarina porque o estado de saúde das famílias era relativamente bom, “muito provavelmente pela situação climática da região montanhosa onde estavam fixados”, pondera. A historiadora diz que a maioria dos colonos morria de velhice ou devido a algum acidente fatal, sendo “raros os casos de tétano, tuberculose ou inflamações intestinais”. Entretanto, salienta, além das doenças acidentais como mordidas de cobra, cortes com enxadas, quedas de cavalos, fraturas ou cortes no corpo, etc., “eram graves e freqüentes os problemas de epidemias de asma, gripes e resfriados e de crises de anemias, em especial, nas mulheres jovens e nas crianças”. Portanto, “não faltavam doenças, faltavam farmácias, farmacêuticos, remédios, parteiras, médicos”. O médico mais próximo poderia ser encontrado apenas em Tubarão ou Laguna, distantes das colônias cerca de sessenta quilômetros, numa época em que o principal meio de transporte ainda era o cavalo, o carro de boi ou o lombo de um burro. De forma geral, Baldin explicita a mesma visão contida em quase toda a historiografia da imigração de Santa Catarina, ou seja, enfatiza a inexistência do “médico formado” como um problema.²⁴

No seu livro “Criciúma dos primórdios”, Otilia Arns retrata a fase inicial de um pequeno povoado dos “curandeiros, dos chás caseiros e da parteira ‘curiosa’, muitas vezes vizinha”.²⁵ Ela se preocupa em valorizar a contribuição dos praticantes da medicina popular

²² Ibid., p. 180-181.

²³ Aliás, da mesma forma que o Padre Marzano, as famílias imigrantes também preocuparam-se em colocar na bagagem uma pequena “provisão de medicamentos” na travessia do Atlântico, e aqui “agir como médico”. Seria difícil imaginar indivíduos que, vindo para um “novo mundo”, não trouxessem sua experiência em lidar com certas doenças, carregar um mínimo de medicamentos caseiros ou que, nas circunstâncias em que viveram, não tivessem de “agir como médicos”.

²⁴ Nelma Baldin, *Tão fortes quanto a vontade: história da imigração italiana no Brasil*, 1999.p. 98.

²⁵ Otilia Arns, op. cit., p.178.

numa época em que a alternativa era abrir clareiras, picadas, estradas, ou seja, quando a estrutura civilizatória estava por ser construída. Nos primeiros tempos da colonização, diz a autora, não havia médicos, os remédios eram poucos e as estradas, ruins ou quase inexistentes. Em caso de doença grave, procurava-se o médico em Urussanga ou em Tubarão. No dia-a-dia, pedia-se ajuda a uma parteira, um curandeiro ou algum entendido da família ou da comunidade, como no caso das famílias italianas. Naquele tempo, continua Arns, usavam-se ervas, remédios caseiros e, mais tarde, produtos farmacêuticos. Na comunidade dos pioneiros, a criança nascia em casa sob a assistência de uma parteira ou “curiosa” da comunidade; também havia benzedadeiras e curandeiras. Atualmente, completa, “os descendentes dos pioneiros são atendidos por excelentes médicos locais e em hospitais bem equipados”,²⁶ e Criciúma desponha “entre os municípios de Santa Catarina mais bem servidos com relação ao atendimento médico e hospitalar”.²⁷

Em Forquilha, ex-distrito de colonização alemã, Benno Loch lembra que teve uma infância simples, “meio primitiva”, mas feliz. Embora o passado seja lembrado de forma positiva e, até certo ponto, saudosista, Benno faz sua retrospectiva de vida estabelecendo uma comparação entre a vida moderna e a antiga, “meio primitiva”, relação explicitamente expressa no título do seu livro de memórias: *Da lâmpada de querosene ao computador*. Diante de um computador, cuja imagem está cristalizada na capa de seu livro, recorda que teve uma vida relativamente boa e tranqüila, mas “éramos muito vulneráveis a diversas doenças, principalmente feridas nas pernas, pois sempre andávamos descalços, mesmo no meio de lama e pisando em excrementos e urina de animais e outras sujeiras”. Além disso, “de noite a gente lavava os pés, numa gamela, e ficava por isto mesmo”.²⁸

A obra de Benno e as demais citadas acima evidenciam não somente o processo de modernização da realidade social da região Sul de Santa Catarina, mas principalmente como essa mudança foi sentida e representada. Na região carbonífera, essa transição caracterizada na forma de um processo de metamorfose cultural intensificou-se a partir da década de 1920, e principalmente na década de 1930, culminando com a formação da classe operária mineira num contexto de exaltação da ideologia do progresso e do carvão, modernização e higienização. Enquanto o trabalhador/a e a família mineira forjavam sua própria identidade dentro dos limites impostos pela necessidade de sobrevivência material e pela ideologia do

²⁶ Ibid., p. 73-74.

²⁷ Ibid., p. 178.

²⁸ Benno Loch, *Da lâmpada de querosene ao computador: uma saga de labuta de pioneiros*, 1999, p. 72.

trabalho, instituiu-se e se disseminou uma série de serviços de saúde, visando a formação de uma família trabalhadora saudável, vigorosa e higienizada.

Entre as diversas fontes que revelam que a população promoveu uma significativa mudança de hábitos relativos aos cuidados com a saúde e controle das doenças, a memória médica é, talvez, a que mostra com mais precisão essa metamorfose. Em *Verdades e mentiras sobre médicos*, por exemplo, Dr. Mauricio Peregrino narra as lembranças de 32 anos de trabalho na região, principalmente nos municípios de Urussanga, Siderópolis, Içara e Criciúma. Como outros médicos, Peregrino estudou em um grande centro urbano e construiu sua carreira profissional no interior do país. Formou-se na Escola de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro em dezembro de 1968 e veio trabalhar na região carbonífera de Santa Catarina, em uma pequena cidade com aproximadamente vinte mil habitantes onde, na época, segundo o autor, não circulava jornal, não havia telefone, as estradas não eram pavimentadas, a televisão era restrita e pegava muito mal. Havia um único médico e um hospital municipal dirigido pela Ordem das Irmãs Beneditinas, “que, como não podia deixar de ser, mantinha a ordem e a limpeza com todo o rigor que lhes é peculiar”.

Em suas lembranças, Peregrino analisa o papel sensacionalista da imprensa em relação ao erro médico; fala do tradicional imaginário popular que acredita que todo “Doutor é rico”; da dificuldade de fazer um diagnóstico preciso devido ao linguajar da população, principalmente a de baixa escolaridade; da agressão que os médicos sofrem no cotidiano profissional; da prática de se consultar mais de um médico no mesmo dia; do problema ocasionado pela modernização da medicina e da proliferação das especialidades médicas; da saúde dos médicos e do estresse constante a que eles estão submetidos.

Do seu ponto de vista, o prestígio que o médico tinha no início do século XX, até pouco depois da Segunda Guerra Mundial, “ruiu estrondosamente”. Para ilustrar o processo de decadência dessa profissão, Peregrino recorda que havia um laboratório que costumava brindar os médicos com uma cartanagem formada por três gravuras. A primeira figura mostrava um médico com asas de anjo, atendendo a uma criança enferma; a Segunda, um médico de paletó e gravata, saindo da casa da doente; e a terceira, o diabo com rosto de médico, “tendo em uma das mãos seu tradicional tridente e na outra, a conta médica sendo apresentada ao pai da criança”.²⁹

Peregrino recorda de um passado em que “o médico gozava da estima, do carinho e da admiração de toda a população, que via nele um deus”. Ele era “recebido nas residências com

²⁹ Mauricio Peregrino, *Verdades e mentiras sobre médicos*, 2001. (Afirmações contidas na apresentação do livro).

a maior cerimônia, com o maior respeito, seu exame nunca era contestado pelos leigos que o procuravam e solicitavam seus préstimos”. Todavia, “num curto espaço de tempo, o médico perdeu seu *status*, seu reconhecimento, sua admiração”.³⁰ O autor recorda, ainda, que nos “tempos áureos da Rádio Nacional”, quando a televisão ainda não existia, havia o programa “Obrigado, doutor”, uma radionovela que contava a história de um médico do interior do Brasil. No horário do programa, explica, “não havia residência, por mais humilde que fosse, que não estivesse sintonizando esta emissora, com a família reunida à sua volta”. Atualmente o médico sente o desprezo da população, mas no passado

grande parte das vezes era único em sua localidade ou fazia parte de um número muito pequeno de profissionais. Até então, a profissão era liberal, atendendo a todos, ricos e pobres, sem distinção de crença ou raça. Atendia grande parte dos doentes na residência, lá chegando de charrete ou a cavalo ou mesmo em lombo de burro. Pernoitava, muitas vezes, na residência para onde era chamado, não só pelo cansaço que o impedia de voltar, como para acompanhar a evolução de algum caso mais grave. Seus recursos eram limitados, a observação da evolução da doença, notadamente em sua fase mais crítica, exigia a presença do médico. Fazia partos na residência, que, quando complicados, exigiam longa permanência e vigília junto à parturiente.³¹

Embora sua preocupação principal seja estabelecer a “realidade” dos fatos, especificando as “verdades e mentiras sobre médicos”, suas lembranças evidenciam parte de um processo de resistência e mudança de hábitos da população em relação aos cuidados da saúde. Em 1968, ano em que começou a trabalhar em Urussanga, Peregrino recorda que a maioria da população ainda não tinha o costume de procurar o médico nem o hospital. Segundo sua narrativa, houve uma mudança de mentalidade da população provocada pela melhoria das condições das estradas e dos transportes, da ampliação da estrutura de ensino, da eletrificação rural, da difusão do rádio e da televisão, da vinda de outros médicos, etc.³²

Num tempo e lugar um pouco mais distante, outro médico também revive seu passado em seu livro de memórias. Diferentemente de Peregrino, as memórias de Polydoro Ermani São Thiago contam a história de um o jovem que se deslocou do interior para um grande centro urbano em busca de formação profissional. Dr. Polydoro percorreu o caminho inverso de Peregrino, nasceu em São Francisco do Sul, SC, formou-se na Faculdade de Medicina do Rio

³⁰ Ibid.

³¹ Ibid., p. 12.

³² Peregrino informa que em Urussanga, onde cerca de cinco mil habitantes moravam no perímetro urbano e os demais quinze mil na zona rural, as famílias praticavam a agricultura de subsistência, eram auto-sustentáveis e dependiam pouco dos bens comercializados na cidade. Em função das condições das estradas e das dificuldades dos meios de transporte, bem como do sistema de crenças e costumes, a tradicional família agrícola só procurava o médico ou o hospital quando as receitas caseiras não davam resultados e a situação se agravava. Assim, era comum, recorda Peregrino, atender casos em situações quase irreversíveis.

de Janeiro em 1935 e voltou para clinicar em sua terra natal em dezembro deste mesmo ano. Ele revela que o seu desejo, depois de formado, era exercer a medicina em sua terra natal, mas as dificuldades econômicas impostas pela pequena cidade, além da tradicional cultura paternalista da população local, obrigaram-no a se transferir para Florianópolis, em meados de 1937, cerca de um ano depois de sua volta a São Francisco do Sul. No pouco tempo em que trabalhou nesta pequena cidade, recorda, os honorários eram mínimos, “e até irrisórios”, pois “ninguém pagava ao médico, só ao farmacêutico, com as suas tisanas”. Naqueles tempos, lembra, “ninguém podia imaginar que médicos também tivessem dificuldades econômicas”. Além do imaginário do “médico rico”, havia o imaginário do “médico caridoso”, sinônimo de “médico de graça”, uma vez que “ninguém me pagava porque o paciente era meu parente, mesmo afastado, ou amigo, afirmando que se tratava de ‘bom médico’ e ‘muito caridoso’”.³³

Nessa época, Dr. Polydoro confessa ter praticado “um misto de empirismo, de medicina alternativa e da medicina científica”. Sobre a medicina científica, afirma ter aprendido no curso de graduação da faculdade e nos hospitais do Rio, onde já havia “alguma tecnologia moderna em diagnóstico e terapêutica”. Já a respeito da experiência empírica e a medicina alternativa, Polydoro afirma que as assimilou pressionado pelas circunstâncias, ou seja, quando tinha de atender doentes que moravam em “sítios distantes, em choupanas de pau-a-pique cobertas de palha, e num ambiente primitivo, quase silvícola, altamente anti-higiênico e totalmente contaminado”. Ele se recorda de que aquela “pobre gente” — constituída por uma “incultura quase absoluta, de mistura com credences primitivas, superstições e misticismos” —, vivia na condição de “verdadeiros párias”, “submetidos a uma alimentação defeituosa” e sem cuidados com a saúde. Por isso, “adoeciam cedo, envelheciam precocemente e pereciam moços”. Em certas ocasiões, “tive de atendê-los, até de emergência, em locais distantes, sem condições de transporte, com terapêutica caseira, à base de cozimentos de ervas medicinais, de cujo conhecimento me inteirara de propósito, ao voltar para o interior, e de uma fisioterapia com balneoterapia, quase empírica”. Por sorte, salienta o médico, “tive me adestrando, durante o curso de graduação e sobretudo no pronto-socorro, em manobras traumatológicas e obstétricas, estas na Pró-Matre, em extrações instrumentais e em versões de fetos com apresentações distócicas”.³⁴

³³ Polydoro Ernani de São Thiago, *A medicina que aprendi, exerci e ensinei*, 1996, p.70-71. Tudo indica que a comunidade de São Francisco do Sul também desenvolvia relações de troca de favores. Assim, quem tivesse algum grau de parentesco ou amizade com o médico podia ter o privilégio de fazer um consulta sem pagamento em dinheiro, ficando obrigada, no entanto, a lhe prestar apoio político quando necessário.

³⁴ *Ibid.*, p. 68-69.

A memória seletiva do médico Polydoro fala de uma “pobre gente” que ainda não havia sido beneficiada com o conforto do progresso, ou melhor, de uma pequena cidade onde a modernidade ainda não havia chegado. Na região carbonífera, Peregrino destaca as melhorias propiciadas pela modernização da sociedade e pelo progresso da medicina. Atualmente há serviços de saúde e médicos em todas as cidades da região, mesmo nos pequenos municípios. A população, principalmente a rural e urbana de baixa renda e pouca escolaridade, já está habituada a usufruir dos serviços públicos de saúde. Peregrino evidencia um processo de mudança de hábitos e costumes devido ao crescimento da estrutura de controle das doenças e da difusão dos serviços médicos (preventivos e curativos), junto com as melhorias de saneamento básico e educação sanitária, aspectos que contribuíram para diminuir o quadro de morbidade e mortalidade. Em contrapartida, mostra os efeitos colaterais desse progresso, ou seja, os novos “vícios” ou os mecanismos de resistências desenvolvidos pela população contra a ordem médica. Atualmente, acrescenta, “há doentes que pegam ficha para consultar dois médicos no mesmo dia, da mesma especialidade, para ver se as opiniões divergem”; há pacientes que saem do consultório, falando “esse médico é um burro, não sabe nada!”; há os que consultam o médico em busca de exames; há os que simulam doenças para conseguir atestado médico para dispensa do trabalho; há os que consultam o médico em busca de remédios; e há os hipocondríacos, que acreditam em doenças imaginárias.³⁵

Em *verdades e mentiras sobre médicos*, Peregrino recorda ainda as agressões físicas e difamatórias a que os médicos estão sujeitos no seu cotidiano de trabalho. Lembra que eles são agredidos por pacientes ou seus familiares, “pelos motivos mais fúteis”; que esses profissionais vivenciam um estresse constante, desgastes físicos, “tendo que se deslocar para três ou quatro lugares de trabalho”, e pouco tempo de sono por causa do plantão noturno, etc. Além disso, destaca Peregrino, há os repórteres de porta de hospital, ávidos por notícias sensacionalistas “visando ao lucro fácil, com a venda de matéria sempre palpitante, como os fatos médicos negativos”.³⁶

³⁵ O costume de ter muitos filhos também mudou. Peregrino lembra que era comum as famílias terem doze ou mais filhos e “o padre da cidade, com idéias medievais, frente a uma população extremamente católica, pregava abertamente que era pecado evitar filhos”. Assim, quanto maior o número de filhos maior era a probabilidade de se ter um parto com complicações. Quando a família rural foi convencida de que era mais seguro e vantajoso ter menos filhos, diminuiu drasticamente o número de partos e o número de incidência de mortalidade.

³⁶ Mauricio Peregrino, op. cit., p. 80. Nas últimas décadas produziu-se, no Brasil, um conjunto de obras sobre a história da medicina que procura demonstrar o processo de conquista e colonização da ordem médica sobre o império dos curandeiros/as. Nessas obras, adota-se o mesmo modelo explicativo de conquista dos europeus em relação às “indefesas” populações nativas americanas. Assim, evidencia-se um processo sistemático de dominação dos agentes da medicina moderna sobre os praticantes da medicina popular, assim como um processo de medicalização/cristianização da população “inculta”. Nessa perspectiva, destaca-se o poder soberano do médico, a força obscura da indústria farmacêutica e os interesses corporativos dos sistemas privados que

A proliferação da especialidade médica e a obsessão pelos aparatos tecnológicos também produziram efeitos colaterais. Na perspectiva de Peregrino, a modernização da prática médica desestruturou a tradicional soberania da clínica geral. Segundo o dr. Damião Nobre de Medeiros, citado por Peregrino, “neste admirável mundo novo nos tornamos escravos não apenas das máquinas mas dos poderosos cartéis que as produzem e têm de despejá-las no mercado”. Sob a lógica da modernidade capitalista, “temos de todos os anos trocar o aparelho por um de melhor resolução, bem como temos de substituir o antibiótico que usamos há décadas – com sucesso – nas infecções mais banais pelo de nova geração, por livre e espontânea pressão da indústria farmacêutica”. Além disso,

estão desaparecendo os clínicos, os pediatras e formando uma geração que só quer lidar com máquinas, pois só quem lida com máquina goza de *status* e ganha dinheiro. Agora o médico é a máquina, somos simples intérpretes, intermediários de robôs, de computadores. Inocentes úteis, estamos sendo substituídos rapidamente por elas, num país onde a maior doença é a ignorância, quando a maioria de nossos doentes precisa é de educação, de orientação, de um prato de comida, de um ombro amigo (...) ³⁷

No Brasil da Primeira República, boa parte da intelectualidade brasileira sentiu e expressou seus sentimentos sobre a vida moderna que se anunciava. Na década de 1920 e 1930, período em que a estrutura urbana e industrial das grandes capitais já estava no ritmo sedutor e perturbador da vida moderna, um sentimento de desenraizamento pairava sobre as cidades. Enquanto alguns experimentavam a vida moderna de forma eufórica, seduzidos pela produção material e pelo conforto do progresso industrial, outros a sentiam de forma melancólica, como se estivessem presenciando o início da decadência moral de toda a sociedade.

Tomando como exemplo um desses intelectuais que pressentiu a força avassaladora da modernidade, cabe explicitar a sensibilidade do médico Silva Mello, que do Rio de Janeiro, em 1937, explicita a sua percepção sobre a “nova era” que estava mudando a configuração cultural da humanidade e, particularmente, as feições sócio-culturais de sua cidade. Quase todo o universo, diz ele, estava passando por “um período de enorme efervescência”,

comercializam serviços de saúde. Há ainda abordagens que demonstram que o Estado está a serviço da ordem médica ou da indústria da saúde. Evidentemente, todos estes aspectos podem ser facilmente identificados. Todavia, quando se privilegia determinados aspectos em detrimento de outros, sem perceber a complexidade e dinâmica que movimentam a teia social, corre-se o risco de enxergar apenas partes fragmentadas da realidade. Neste sentido, cabe salientar que o Estado não está apenas sob o domínio e influência de um grupo ou uma força político-econômica, assim como não se pode deixar de evidenciar os diversos mecanismos de resistência, luta e manipulação da população diante do movimento médico que “invadiu” seu cotidiano de vida e trabalho.

³⁷ Damião Nobre de Medeiros apud Mauricio Peregrino, op. cit., p. 86.

provocando profundas alterações nos valores e no modo de vida da população. O apego aos bens materiais e a preocupação demasiada em ganhar dinheiro eram considerados sinais de uma nova mentalidade que estava proliferando. Para evitar o contágio do aspecto mais imoral da mentalidade moderna, o jovem universitário deveria “se libertar dos pontos de vista do burguês, de ver as coisas e a vida de um ponto de vista mais elevado”, e “se tornar um mentor da opinião pública em vez de se deixar por ela guiar”.³⁸

Silva Mello foi contemporâneo de diversos intelectuais que vivenciaram a frenética e conturbada cultura urbana das primeiras décadas do século XX. Ao contrário dos modernistas, e talvez para manter os laços com suas raízes, destaca os efeitos mais perturbadores da vida moderna. A época, diz,

é do arranha-céu, do auto, do cinema, do radio. Há pouco lugar e pouco tempo para as tendencias subjectivas. O recolhimento, a vida intima, o isolamento vão desaparecendo. O homem tem soffrido um processo de extroversão, tudo o solicita para o exterior. É a facilidade de conducção, a rapidez de transporte, a multiplicidade das attracções externas, os cinemas, os portos, os restaurantes, tudo na preocupação de viver e gozar o momento actual. A propria casa não é mai a habitação, o lar onde se levava uma vida interior, de intimidade. Os aposentos foram reduzidos de proporções, tornaram-se quasi commodos de passagem e, mesmo dentro delles, vive-se ainda a vida do exterior, que é trazida pelo barulho das ruas, pelo telephone, pelas repetidas edições dos jornais, pelas transmissões do radio proprio e as do vizinho, tudo não deixando muita sobra de tempo ou até impedindo o estudo, o recolhimento, a meditação. Falta, por essa razão, o repouso de espirito, o silencio, a quietude, todo esse ambiente de calma, que tem sido talvez o segredo maior das grandes culturas. Além disso houve uma surprehendente diminuição da superficie da terra, uma crescente uniformização na maneira de comprehendel-a [sic!].³⁹

Guardadas as devidas proporções, pode-se dizer que as famílias que se fixaram no Sul de Santa Catarina também presenciaram e sentiram a força da modernização. A princípio, é possível afirmar que elas atravessaram a primeira metade do século XX sem conhecer uma estrutura básica de saneamento e higiene pública e sem poder contar com uma regular assistência médica feita por médicos de fato. Todavia, da mesma forma que em outras regiões do país, no decorrer do século XX as forças do progresso industrial e da modernização foram edificando e ampliando a estrutura civilizatória na região. Em menos de um século, a soberania da paisagem natural e da cultura conservadora do mundo rural, constituída por crenças, práticas de curas e um modo de vida incompatível com o ideal de uma sociedade industrial civilizada, foi cedendo espaço para a arquitetura peculiar do mundo urbano-

³⁸ A. Silva Mello, Problemas do ensino médico e de educação, 1937, p. 227.

industrial do carvão, e se defrontando com os sujeitos sociais do mundo moderno, que representavam um mundo considerado superior, mais desenvolvido e, acima de tudo, mais civilizado.

Em suma, a população da região carbonífera também passou por um intenso processo de modernização; ela vivenciou um constante sentimento de euforia e angústia, progresso e crise. Não há dúvidas de que essa transformação fez parte de um movimento modernizador de nível mundial e nacional. Todavia, nessa região a fonte propulsora da modernização foi potencializada pela indústria e ideologia do carvão, sob um ritmo acelerado de transformação e um elevado custo sócio-ambiental.⁴⁰

Os marcos iniciais da modernização industrial na região carbonífera

O Sul de Santa Catarina inseriu-se na primeira fase de desenvolvimento da Revolução Industrial através da imigração europeia do século XIX e, principalmente, das primeiras iniciativas para explorar o carvão mineral, num período em que a era do ferro e do carvão estava no seu auge. Como o carvão representava a principal fonte energética do mundo industrial, era comum qualificá-lo metaforicamente de “ouro negro”.⁴¹ Por isso, a perspectiva de encontrar uma reserva de carvão economicamente viável despertava o interesse de investidores, mesmo do outro lado do Atlântico.⁴² Nessa época, o governo imperial brasileiro

³⁹ Ibid., p. 222-223.

⁴⁰ O sentimento de crise e a percepção de que a tradicional estrutura de funcionamento da sociedade está sendo corroída pode ser identificada em culturas de várias épocas. Todavia, diferentemente de outros tempos, na sociedade moderna que se consolidou principalmente a partir dos séculos XVIII e XIX, surgiu a sensação de que tudo estava se transformando muito rapidamente. Marx e Engels, por exemplo, distinguiram a sociedade burguesa de todas que a antecederam porque ela não podia “existir sem revolucionar constantemente os instrumentos de produção, portanto as relações de produção, e por conseguinte todas as relações sociais”. Enquanto a característica predominante dos modos antigos de produção era conservar as relações de produção, a burguesia instaurou um sistema que se alimenta e sobrevive por meio da transformação contínua da produção, provocando “o abalo incessante de todo o sistema social”. Assim, “as relações rígidas e enferrujadas, com suas representações e concepções tradicionais”, foram dissolvidas, e as mais novas tornaram-se antiquadas antes mesmo de se consolidar. Por isso, “tudo que era sólido” parecia estar desmanchando no ar, “tudo que era sagrado” era profanado, e as pessoas eram “finalmente forçadas a encarar com serenidade sua posição social e suas relações recíprocas” (Cf. Karl Marx e F. Engels. O manifesto comunista. In: Daniel Aarão Reis Filho (org.). O manifesto comunista 150 anos depois. Rio de Janeiro: Contraponto; São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 1998. p. 11).

⁴¹ Foi nessa época que se propagaram os primeiros discursos de modernização e progresso industrial na região carbonífera de Santa Catarina. A indústria representava o progresso e ambos eram considerados produtos da civilização moderna, algo, portanto, positivamente superior.

⁴² É importante observar que no contexto mundial ocidental do século XIX, a economia industrial já havia se constituído em um modelo característico das sociedades ditas civilizadas, modelo esse forjado na Europa durante

associou-se aos ingleses na tentativa de viabilizar uma estrutura de exploração do carvão descoberto na região Sul de Santa Catarina, mas as ações ficaram restritas aos interesses e condições financeiras dos ingleses. A exploração efetiva de carvão teve início em 1883, quando o governo imperial autorizou a companhia inglesa *The Tubarão Coal Maining Company Limited* a iniciar o processo de exploração na região onde atualmente está localizado o município de Lauro Müller, no Sul do Estado. A solicitação de concessão de lavra foi feita pelo Visconde de Barbacena que, por sua vez, atraiu os industriais ingleses para investir na exploração de um minério que significava, na época, uma garantia de riqueza e prosperidade. Em 1860, o Visconde de Barbacena pediu permissão oficial para construir uma estrada de ferro no território catarinense, iniciada em 1880 e inaugurada em 1884, com o nome de *Dona Tereza Cristina Rail Way Company Limidet*. A estrada de ferro foi construída pela *James Perry & Company* e ligava as minas da região de Lauro Müller até os portos de Laguna e Imbituba.⁴³

Ao mesmo tempo em que se necessitava de uma estrutura ferroviária para transportar o carvão, também exigia-se o aparelhamento de um dos portos da região. Em junho de 1890, uma comissão de especialistas, designada pelo General Francisco Glicério, Ministro da Agricultura, Comércio e Obras Públicas, finalizou um estudo sobre os portos de Laguna e Imbituba, para o que deveria ser feito para embarcar o carvão transportado pela estrada de ferro Dona Tereza Cristina, os meios mais eficientes para melhorar as estradas e as reais condições das jazidas de carvão do vale do Tubarão, “de modo a habilitar o Governo Federal a tomar, a respeito, uma decisão definitiva”. A comissão era composta pelo engenheiro chefe das obras hidráulicas do Maranhão, por um membro da Comissão Geológica do Estado de São Paulo e pelo engenheiro fiscal da estrada de ferro Dona Tereza Cristina.

Sobre os portos, a comissão concluiu que o de Laguna era o que mais oferecia condições técnicas e geográficas para a entrada e saída de navios e vapores. Apesar das limitações estruturais, o movimento anual do porto de Laguna foi considerado significativo pelos especialistas. Em comparação com o porto de Imbituba, a comissão argumenta que os

a Revolução Industrial. A industrialização e a expansão do mercado mundial impulsionaram um movimento de mudanças e perturbações em nações com diferentes formas e níveis de desenvolvimento, gerando um novo tipo de progresso junto com um conjunto de problemas sociais. As desigualdades tecnológicas e econômicas entre os países industrializados e os de economia tradicionalmente agrária acentuaram-se drasticamente, resultando num novo processo de ordenamento geopolítico mundial dominado por potências industrializadas. No contexto dos países subdesenvolvidos houve um crescimento de movimentos nacionalistas, cuja meta era romper com o legado da estrutura colonial, visando atingir um padrão de crescimento econômico para competir com os países desenvolvidos. Assim, parte das elites dos países de economia rural passou a defender reformas internas para modernizar e industrializar o país, visando sair da condição de nação subdesenvolvida, atrasada e dominada (Cf. Tom Kemp, *A revolução industrial na Europa do século XIX*, 1985, p. 18-19).

⁴³ Em 1887, os ingleses abandonam as minas e a ferrovia no Sul do Estado. Em 1902, a companhia foi encampada pelo governo brasileiro e arrendada para diversas empresas nacionais até a década de 1960.

investimentos necessários ao porto de Laguna seriam menores, ao mesmo tempo em que diminuiria a distância para transportar o carvão da região de Passa Dois, atual Lauro Müller, pois o porto de Imbituba ficava vinte quilômetros ao norte de Laguna. Apesar do parecer contrário da comissão, anos mais tarde o porto de Imbituba recebeu os investimentos necessários para possibilitar a entrada e saída de embarcações que levariam o carvão da região carbonífera de Santa Catarina até os centros consumidores do país.⁴⁴

Tal como a indústria carbonífera, a história da ferrovia Dona Tereza Cristina percorreu um sinuoso caminho, marcado por diversos momentos de crise e outros de crescimento. Mesmo assim, ao longo de décadas a ferrovia do carvão foi abrindo novas estradas, interligando povoados e delineando uma nova paisagem geográfica na região Sul de Santa Catarina. A construção da ferrovia teve início durante o Brasil Imperial e continuou no período da Primeira República – ela era, ao mesmo tempo, um produto e um instrumento difusor da modernidade, símbolo de progresso e riqueza.

Em 1884, Dona Tereza Cristina contava com cerca de 110 quilômetros de linha férrea, 44 pontes – uma delas tinha 1.430 metros – 120 pontilhões, 25 muros de arrimo, 2 túneis-abrigos de ferro zincado, 234 boeiros e 90 *drains*, 7 estações e 5 pontos de paradas, 5 armazéns instalados nas principais estações e oficinas instaladas em Imbituba.⁴⁵ Em 1890, outro documento informa que a situação financeira de *The Dona Thereza Christina RailWay Company Limited* não era estável. Mesmo assim, sua extensão tinha cerca de 110 quilômetros de linha férrea; 8 locomotivas; 8 carros de passageiros com lugares para primeira, segunda e terceira classes; tinha 281 vagões, 150 para carvão, 100 para mercadorias em geral, 10 para gado, 10 para madeira e os demais para manutenção e acidentes. A linha começava na estação de Imbituba, passava por Vila Nova, margeava pequenas lagoas, terrenos pantanosos e atravessava o pequeno rio Paes Leme por uma ponte. Depois de Vila Nova, a linha passava por Gaiuva, Roça Grande, “atravessando capoeiras, terrenos com pequena cultura e pantanais” até chegar à localidade de Paulista, onde havia uma bifurcação com um ramal que se dirigia a Laguna. Voltando para a linha principal, percorria-se uma “extensa zona arenosa, cortada em alguns pontos por pequenos morros de sambaquis”, até chegar à ponta de Cabeçuda e atravessar um viaduto de 1.430 metros, chegando no lado oposto até a ponta das

⁴⁴ Apesar da significativa estrutura de transportes construída em função dos interesses da indústria carbonífera e da economia nacional, até a década de 1960, pelo menos, os proprietários das companhias mineradoras não deixaram de tecer críticas ao governo federal por falta de maiores investimentos. Nos discursos, queixam-se da precariedade do sistema de transporte, destacando a necessidade de modernizar os portos e ampliar os ramais ferroviários.

⁴⁵ J. da S. VIANNA, Relatório remetido ao “Instituto Polytechnico Brasileiro”, em 24 de outubro de 1884. In: Walter Zumblick. Tereza Cristina: a ferrovia do carvão, 1987, p. 36-37.

Laranjeiras, em São Thiago. Passando por São Thiago chegava-se ao Brejo Grande, onde se atravessava o rio Morto por uma ponte de 10 metros. Em seguida, a linha subia o morro do Berbigão, cortava um sambaqui e atravessava o vale do rio Capivari, passando por mais uma ponte de 10 metros de comprimento. Antes de chegar à Vila de Piedade, a ferrovia atravessava, pela primeira vez, o rio Tubarão por “uma importante ponte de 184 metros”. A partir da estação de Piedade, a linha margeava o rio e a estrada, cortando inúmeras sangas que eram atravessadas “por pontes de ferro, apoiadas em pilares e encontros de pedra”, passando pelas localidades de Guarda, Pedrinhas e Pedras Grandes. Antes de chegar no povoado de Orleans, a ferrovia mantinha sua sinuosidade geográfica, cortando mais uma vez o rio Tubarão, próximo do vilarejo denominado Cachoeira Feia, atravessando “uma ponte de treliça de quatro vãos de 24 metros”. Continuando pela margem esquerda desse rio, passava por Palmeiras, Paredão do Miranda, morro da Erva, Ranchinho e Pedra de Amolar. Depois da estação de Orleans, a linha cruzava mais uma vez o rio Tubarão, pela ponte João Rabello, e em seguida atravessava o rio Oratório para, finalmente, atravessar o rio Tubarão pela “quinta e última vez”. Seguindo a margem direita do rio, passava pela Restinga do Cedro, Restinga do Jucá, Poço do Tigre, Paredão do Veado e Paredão do Roncador. Chegando em Bom Retiro, o rio Tubarão dividia-se em rio Bonito e Passa Dois, onde ficava a estação terminal das minas, atual Lauro Müller.⁴⁶

Além da tecnologia em construção das ferrovias e mineração de carvão, os ingleses trouxeram normas disciplinares, de higiene e políticas de assistência médica. Entre as regras estabelecidas para os empregados da *Dona Thereza Christina Railway Company Limited*, a companhia determinava que a moradia de cada trabalhador deveria estar registrada na estação à qual ele estava vinculado; o empregado deveria apresentar-se para o trabalho “vestido com asseio e decência (usando o respectivo uniforme, distintivo, boné ou número em bom estado)”; qualquer empregado que estivesse embriagado deveria ser imediatamente demitido; nenhuma pessoa podia caminhar pelo leito da estrada ou usar os terrenos à margem da estrada sem uma prévia autorização por escrito da companhia.⁴⁷

A companhia inglesa manteve o controle da ferrovia até 1902, quando ela foi encampada pelo governo brasileiro. Em 1910 a ferrovia foi arrendada para a Companhia São Paulo-Rio Grande e, em 1918, para a Companhia Brasileira Carbonífera de Araranguá (CBCA). De acordo com os termos de arrendamento, a CBCA obteve o direito de concessão

⁴⁶ Cf. Fábio Hostilio de Moraes Rego et alli, Relatório apresentado ao exmo. Sr. General Francisco Glicerio, Ministro da Agricultura, Comércio e Obras Públicas, 1890, p. 21-23.

⁴⁷ Cf. Walter Zumblick, Tereza Cristina: a ferrovia do carvão, op. cit., p. 130-132.

até dezembro de 1966, ficando obrigada a construir a linha Tubarão-Criciúma-Araranguá, além de ramais até as minas do rio Deserto e Rio América, no município de Urussanga, e de Lauro Müller até as jazidas de carvão de Treviso, na antiga Beluno. A linha Tubarão-Criciúma, com 56 quilômetros, foi inaugurada oficialmente em janeiro de 1923, enquanto o trecho Criciúma-Araranguá, até a estação de Barranca, foi inaugurado em janeiro de 1927. O trecho Tubarão-Urussanga, construído por intermédio da Companhia Carbonífera de Urussanga, foi inaugurado em 1925. Em 1940, o governo brasileiro assumiu mais uma vez o controle da companhia, permanecendo até 1957. Nesse ano, o governo instituiu legalmente a Rede Ferroviária Federal S. A. (RFFSA) e a Estrada de Ferro Dona Tereza Cristina (EFDTC) tornou-se uma unidade da rede federal.⁴⁸

No âmbito interno, Dona Tereza Cristina desenvolveu uma política de assistência médico-social para os seus empregados e familiares. Por meio da Divisão de Assistência ao Ferroviário (DAF), instituiu serviço de assistência escolar, assistência habitacional, estrutura e atividades de lazer, e assistência médica. Na década de 1960, segundo Zumblick, a “assistência caseira” era desenvolvida pelo Serviço de Assistência ao Ferroviário (SAF, que substituiu a DAF, em 1966) e pelo Círculo Ferroviário, que contava com mais de mil associados e uma estrutura assistencial composta de ambulatório, farmácia, serviço médico e odontológico. O SAF, por sua vez, colocava à disposição dos ferroviários empréstimos financeiros de emergência, exames médicos, bolsas escolares, serviço de ótica, auxílio para funeral, entre outros serviços.⁴⁹

Até a década de 1960, a ferrovia do carvão e as companhias carboníferas percorreram os mesmos trilhos da história. Enquanto a mina extraía o “ouro negro”, a ferrovia o transportava até os portos de Laguna e Imbituba. Inicialmente, Dona Tereza Cristina tinha sido idealizada para transportar o carvão das minas até os portos, mas no decorrer dos tempos ela se tornou o principal meio de integração econômica e cultural da região. Na memória de Walter Zumblick, a ferrovia,

desde os recuados tempos de sua construção, açambarcou para si as atenções de toda esta região. Tornou-se figura central, obrigatória, de primeiro plano. À sua volta, giravam negócios, interesses, emoções. A passagem diária dos trens de passageiros emprestava momentos de vida até as mais desprezíveis paradas. Era como os ponteiros de um invisível relógio, marcando instantes precisos no grande mostrador do tempo.⁵⁰

⁴⁸ Ibid.

⁴⁹ Ibid., p. 143-146.

⁵⁰ Ibid., p. 101.

Para Dorval do Nascimento, a Estrada de Ferro Dona Tereza Cristina passou a fazer parte do cotidiano da população da região Sul de forma significativa. O transporte de mercadoria e passageiros propiciava integração, socialização e normatização de conduta. Por meio dela a população, inclusive as camadas populares, aprendia e assimilava valores e códigos de conduta da cultura moderna. Nascimento diz que a ferrovia estava integrada nos hábitos das pessoas, nas paisagens e no seu modo de ver o mundo,⁵¹ mas seria mais correto afirmar que ela era uma *locomotiva da civilização* que difundia hábitos de urbanidade e formava uma típica paisagem urbano-industrial. As estações de embarque e desembarque eram espaços de difusão da modernidade, de cruzamento e encontros da diversidade cultural, de circulação de informações, espaço onde meninos e meninas procuravam vender seus produtos caseiros, entre tantas outras funções.

A ferrovia foi, sem dúvida, o principal meio de integração da região Sul de Santa Catarina até a década de 1960. Era por meio dela que se transportava o carvão e a produção agrícola da região, além de outras mercadorias, inclusive remédios e vacinas; através dela circulavam passageiros dos municípios da região, passageiros vindos da capital catarinense e de outros Estados; pela ferrovia também circulavam os “doutores” da cidade grande, como médicos, advogados, engenheiros, empresários, políticos e autoridades governamentais. Conforme mostra a tabela abaixo, no período de 1910 a 1960 a Estrada de Ferro Dona Tereza Cristina (EFDTC) transportou cerca de 15 milhões de passageiros e 33 milhões de toneladas de mercadorias:

Tabela 04 – Passageiros e Mercadorias Transportados na EFDTC (1910-1960)

Anos	N.º de Passageiros	Encomendas (toneladas)	Mercadorias (toneladas)
1910	29.586	504	10.672
1915	56.726	141	17.217
1920	123.585	1.124	62.879
1925	170.183	1.546	111.307
1930	93.198	923	68.007
1935	123.228	631	147.243
1940	182.288	669	272.402
1945	349.000	1.863	932.601
1950	441.838	1.361	1.358.372
1955	1.154.206	2.611	2.664.242
1960	525.955	2.643	2.664.242
Total	15.887.716	62.995	33.685.077

Fonte: Lando Rogério Kroetz. As Estradas de Ferro de Santa Catarina. Curitiba: UFPR, 1975. (Dissertação de Mestrado).

⁵¹ Cf. Dorval do Nascimento. As curvas do trem: a presença da estrada de ferro em Criciúma, 2000, p. 56 (Dissertação de Mestrado em Geografia).

Em relação à indústria carbonífera de capital nacional, instalada no Sul de Santa Catarina nas duas primeiras décadas do século XX, destaca-se a vinda de empresários dos centros mais urbanizados do Brasil, principalmente do Rio de Janeiro e São Paulo, que vislumbraram na região a possibilidade de explorar a principal fonte energética da Revolução Industrial da época. As primeiras companhias surgiram no contexto da Primeira Guerra Mundial. Nesse período, o governo brasileiro decretou uma nova fase de incentivos para estimular os empresários brasileiros a investirem na exploração de carvão no Sul do país.⁵²

Em 1925, o Serviço Geológico e Mineralógico do Brasil, vinculado ao Ministério da Agricultura, Indústria e Comércio, configurou a Região Carbonífera do Estado de Santa Catharina, mapeando os trechos da estrada de ferro Dona Tereza Cristina, demarcando dez furos de sondagens, 58 afloramentos e sete empresas carboníferas que foram instaladas nas duas primeiras décadas do século XX. Das minas registradas nessa época, cinco estavam situadas na região de Criciúma (Cia. Brasileira Carbonífera de Araranguá, Cia. Carbonífera União Brasileira, Sociedade Carbonífera Ítalo-Brasileira, M. C. Boa Esperança e Cia. Carbonífera Próspera Ltda.), uma em Urussanga (Cia. Carbonífera de Urussanga) e uma no distrito de Lauro Müller (Cia. Nacional de Mineração Barro Branco).⁵³

No âmbito da assistência médica, tanto a Dona Tereza Cristina como as companhias de mineração implantaram alguns serviços básicos de assistência médica, como a presença do médico ou do enfermeiro e um pequeno espaço para os primeiros socorros. No livro de registro de receita e despesas da Companhia Carbonífera de Urussanga (CCU), por exemplo, consta que no período de 1918 a 1929 a empresa tinha um gasto regular com uma Caixa de Socorros e serviço médico.⁵⁴

Em Lauro Müller, distrito carbonífero do município de Orleans, o empresário carioca Henrique Lage instalou uma das maiores e mais antigas companhias de mineração de carvão da região carbonífera. No mesmo período, Henrique Lage viabilizou a criação da Companhia Nacional de Mineração de Carvão Barro Branco, em 1922, e a construção do histórico Castelo de pedra de Lauro Müller, no período de 1919 a 1924. Durante toda a sua existência, a

⁵² Ver Sindicato Nacional da Indústria de Extração do Carvão, A legislação sobre o carvão nacional: programas e planos governamentais, 1961.

⁵³ Cf. José Fiuza da Rocha, Carvão de Pedra no Sul do Estado de Santa Catarina, 1928. A Companhia Brasileira Carbonífera Araranguá S/A foi fundada em 1917; a Cia. Carbonífera Urussanga S/A, em 1918; a Cia. Carbonífera Próspera S/A, em 1921; a Cia. Carbonífera Ítalo-Brasileira Ltda., também em 1921; e a Cia. Nacional Mineração Barro Branco S/A, em 1922. As duas primeiras companhias e a última tinham sede no Rio de Janeiro; as outras duas, em Criciúma.

⁵⁴ Livro de registro de receita e despesas da CCU. In: Arquivo do Projeto Memória e Cultura do Carvão. Criciúma: UNESC, 2003.

Companhia Nacional foi o principal centro de poder econômico e político dessa região. Ela exercia o papel de prefeitura e de polícia; promovia educação escolar; propiciava assistência médica e hospitalar; implantou estruturas de lazer; providenciava a construção de casas para as famílias mineiras, energia elétrica para as vilas operárias; construiu os ramais ferroviários Lauro Müller-Barro Branco e Lauro Müller-Rocinha. Na visão de um dos seus antigos funcionários do setor administrativo,

a Companhia Barro Branco nesse tempo praticamente representava a administração da vila de Lauro Müller, sendo o gerente, autoridade máxima. Somente com sua licença era possível instalar qualquer estabelecimento ou outro ramo de trabalho qualquer. Autorizava a construção de casas particulares em terrenos de sua administração. Embora parecendo um regime severo, os operários tinham casa para morar, pagando simbólicos aluguéis. Construiu as vilas operárias de Lauro Müller, Guatá e Barro Branco.⁵⁵

Em 1935, o engenheiro Marcello Taylor Carneiro de Mendonça, designado para os serviços de inspeção e fiscalização das minas de Santa Catarina, relata que em Lauro Müller a Companhia Nacional de Mineração Barro Branco mantinha um médico, um enfermeiro, um pequeno consultório e uma sala para curativos; e havia também uma “modesta” farmácia e um farmacêutico. Em caso de acidentes ou doenças mais graves, o paciente era levado até o Hospital de Tubarão, distante cerca de cinquenta quilômetros.⁵⁶

Em Criciúma, a Companhia Brasileira Carbonífera de Araranguá (CBCA) foi uma das primeiras carboníferas a instituir uma política de assistência médica aos seus operários. Em agosto de 1920, o jornal *Imprensa*, de Orleans, noticiou de forma eufórica a contratação do médico Otto Fuerschutte, do município de Tubarão, para atender os trabalhadores da CBCA. Além do médico, o jornal informa que a empresa mantinha convênio com a Estrada de Ferro Dona Tereza Cristina, visando disponibilizar medicamentos aos trabalhadores mineiros, e que estava sendo providenciada a construção de um hospital, uma farmácia e uma vila operária. Desta forma, os donos da CBCA estavam prestando “mais um inestimável serviço à classe operária, dando-lhe habitações mais confortáveis e, sobretudo, pondo à disposição farmácia e hospital, estabelecimentos indispensáveis em empresas como as carboníferas, em cujos serviços emprega-se tão elevado número de pessoas”.⁵⁷

⁵⁵ In: João Leonir Dall’Alba, *Colonos e mineiros no grande Orleans*, 1986, p. 360.

⁵⁶ Cf. Marcello Taylor Carneiro de Mendonça, *A situação atual da indústria carbonífera do Sul de Santa Catarina*, In: *Mineração e Metalurgia*, setembro-outubro/1936, p. 142.

⁵⁷ *Imprensa*, Orleans, 01/08/1920, In: Mário Belolli et. Al, *A história do carvão de Santa Catarina*, 2002, p. 263-265.

Em que pese os diversos períodos de instabilidade econômica da ferrovia do carvão e da indústria carbonífera, foi por meio delas que se desenvolveu uma economia industrial que resultou na transformação do espaço geográfico, propiciou a formação da classe operária mineira e a construção da paisagem social da região carbonífera. O período de 1880 a 1930 representa a fase de edificação dos marcos iniciais da cultura do progresso industrial e da modernidade, quando também surgiram as primeiras políticas de assistência médica, de tipo urbano, voltadas aos trabalhadores/as e seus familiares.

Geografia, cultura e ideologia do carvão

Na Criciúma de ontem, o que contava, o que pesava, o que influía e decidia era a indústria carbonífera.⁵⁸

Na primeira metade do século XX, edificou-se uma estrutura urbano-industrial no interior do tradicional espaço rural e natural da região Sul de Santa Catarina. O conhecimento da existência do “ouro negro”, numa época em que o mundo industrial ainda era movido a carvão, motivou a construção de uma estrutura industrial que mudou drasticamente a paisagem geográfica e social da região. Assim, ao longo de algumas décadas forjou-se uma paisagem peculiar que identifica a região carbonífera de Santa Catarina, cujos elementos mais marcantes eram as minas, a arquitetura de mineração, a ferrovia, as vilas operárias, os centros recreativos dos trabalhadores – incluindo estádios de futebol e clubes de dança – a poluição provocada pelos depósitos piritosos e o peculiar odor dos gases sulfurosos proveniente da combustão da pirita. Na lógica do capital desenvolveu-se a ideologia do carvão, do progresso, do trabalho e da modernidade, e se construiu os monumentos da memória oficial, eternizadas estrategicamente em praças, nomes de ruas e edifícios públicos. No âmbito do ambiente de vida e trabalho surgiram a classe operária, os sindicatos, as greves, a identidade do homem das minas e da família mineira, as ruas empoeiradas ou enlameadas, a poeira do carvão impregnada nas casas e nos corpos dos trabalhadores/as, entre outros aspectos.⁵⁹

⁵⁸ Manif Zacharias, *Minha Criciúma de ontem*, 1999, p. 19-20.

⁵⁹ A configuração da denominação “região carbonífera” também está caracterizada na AMREC, Associação dos Municípios da Região Carbonífera, e na LARM, Liga Atlética da Região Mineira.

Em torno da economia do carvão configurou-se uma nova formação sócio-econômica, uma região cujas primeiras edificações foram construídas na mesma época em que se desencadeou o processo de povoamento e colonização européia do final do século XIX, quando a principal fonte energética da Revolução Industrial ainda era o carvão mineral. Assim, a paisagem social da região carbonífera de Santa Catarina constituiu-se historicamente sob o impulso de dois grandes movimentos: o da imigração e o da mineração. A indústria carbonífera e a cultura do carvão desenvolveram-se num espaço geograficamente povoado por populações de origem luso-brasileiras, afro-brasileiros e por famílias de italianos, alemães e poloneses.

No século XX, principalmente a partir de 1930, a indústria carbonífera foi gradativamente ampliando sua ocupação territorial para fins de mineração, mediante autorização legal obtida por meio de concessões para exploração de carvão. Alguns pequenos proprietários rurais, cujas terras estavam sobre reservas de carvão, foram praticamente obrigados a vendê-las às companhias mineradoras, pressionados por dispositivos legais. Houve casos em que o dono tentou resistir à venda, casos em que decidiu tornar-se um minerador e casos em que comercializou a terra e foi trabalhar nas minas. Além das áreas ocupadas para a extração do carvão, a indústria carbonífera também expandiu seu campo geográfico por meio de grandes plantações de eucaliptos e construções de vilas operárias. Além disso, contaminou solos e rios com depósitos de rejeitos e resíduos descartados do processo de beneficiamento, gerando um processo permanente de degradação ambiental e uma paisagem peculiar que também identifica a região carbonífera.

Em algumas décadas, o pequeno produtor rural da região carbonífera de Santa Catarina foi absorvido e silenciado devido à euforia do progresso industrial, aos discursos de modernidade e ao crescente imaginário do mundo urbano, ao mesmo tempo em que presenciou a construção da paisagem social do carvão. Da mesma forma que em outras regiões do país, a produção agrícola da região passou a desempenhar funções voltadas para atender as necessidades da indústria e dos centros urbanos. A própria denominação “região carbonífera” revela a força ideológica do “progresso” vinculado à indústria do carvão, que a partir da década de 1930 tornou-se a principal referência econômica e política da região.

No período que antecede a Segunda Guerra Mundial, a paisagem rural e as atividades agrícolas eram predominantes, em termos geográficos e econômicos. Os discursos oficiais destacavam as atividades do homem do campo e imperava a ideologia da imigração, dos pioneiros, dos desbravadores. Com o crescimento da indústria carbonífera e a difusão da

ideologia do carvão, considerado símbolo de progresso, deslocou-se o centro das atenções para a economia industrial da mineração, enquanto uma nebulosa camada de ar empoeirado cobriu a economia de subsistência rural da região, obscurecendo a presença e a contribuição da família agrícola para o desenvolvimento da região carbonífera. Durante mais de meio século, a indústria e a cultura do carvão tiveram os seus anos de glórias, cuja riqueza material podia ser identificada pelas vilas operárias mineiras, pelos clubes recreativos, campos e estádios de futebol, armazéns e cooperativas, pela arquitetura das minas, ferrovia, etc.

No processo de formação do trabalhador/a e da família mineira desenvolveu-se também uma identidade cultural peculiar, visivelmente percebida no modo de falar, vestir, morar, trabalhar e se organizar como classe operária. Trata-se de uma formação construída nos limites de um ambiente de vida e trabalho circunscrito nas vilas operárias e minas de carvão. Em relação ao homem mineiro, especificamente, tanto a literatura quanto os próprios trabalhadores acentuam a imagem do sujeito valoroso, destemido e forte, uma identidade forjada entre o cruzamento do olhar externo com o da auto-imagem, ambos reforçando o vigor físico e a coragem.⁶⁰

A possibilidade de perder a vida no subsolo das minas resultou na necessidade de criar mecanismos defensivos, reforçando, neste caso, valores de coragem, força e exaltação da masculinidade, como forma de impedir o aparecimento de sentimentos de fraqueza que poderiam colocar em risco a vida dos companheiros de trabalho. Para os trabalhadores, essa era a melhor forma de enfrentar o medo que surgia no interior das “trevas”. Assim, quando um novato descia à mina para o seu primeiro dia de trabalho, os mineiros mais experientes faziam uma série de brincadeiras com o propósito de medir o seu grau de coragem.⁶¹ As brincadeiras representavam um ritual de coragem e destreza no trabalho, um teste inventado pelos mineiros antigos, visando manter a segurança no trabalho.⁶²

⁶⁰ Cf. Terezinha Gascho Volpato, *Vidas marcadas: trabalhadores do carvão*, 2001, p. 63-64.

⁶¹ *Ibid.*, p. 63-64.

⁶² A título de ilustração e comparação, o processo de formação da identidade do trabalhador mineiro poder ser conferido em *Germinal*, de Émile Zola, principalmente quando ele narra a trajetória de Etienne, personagem vindo de outra cidade para trabalhar em uma mina de carvão. Zola descreve minuciosamente as características do trabalho no subsolo da mina, o esforço físico, as brincadeiras e a forma como Etienne tornou-se um “verdadeiro mineiro”, sendo reconhecido e aceito pelos demais trabalhadores. Pela riqueza da narrativa, cabe aqui uma citação: “Com o tempo, Etienne começou a acostumar-se à umidade e ao abafamento do filão onde trabalhava. O respiradouro já lhe parecia fácil de subir, como se tivesse encolhido e pudesse agora passar por fendas onde antes não teria ousado enfiar a mão. Respirava sem dificuldade a poeira do carvão, via muito bem no escuro, suave e tranquilamente, adaptado à sensação das roupas molhadas colando-se ao corpo de manhã à noite. E mais, já não gastava inutilmente suas forças, adquirira rapidamente uma destreza que espantava os companheiros. Ao cabo de três semanas era citado entre os bons gradadores da mina: ninguém melhor do que ele rodava seu vagonete até o plano inclinado embalando-o a seguir com tanta correção. Sua pequena estatura lhe permitia entrar em qualquer lugar, seus braços, apesar de brancos e finos como de mulher, pareciam de ferro sob a delicadeza da pele, tanta força punha no trabalho. Nunca se queixava, sem dúvida por orgulho, mesmo quando já não podia mais de tanto

A identidade social do trabalhador mineiro também estava crivada no seu próprio corpo. O trabalho na mina imprimia as marcas do desgaste físico e a poeira do carvão ficava impregnada no corpo, na face, nos olhos, nas unhas, nas orelhas, tornando-o inconfundível. Nos “bons tempos” da mina, ou seja, na época em que “ser mineiro era um indicativo de pertencimento a uma categoria de trabalhadores que gozava de certo prestígio social e econômico”, as marcas eram “naturalmente” aceitas porque elas identificavam o trabalhador-mineiro, considerado destemido, bravo e heróico.⁶³

A imagem do trabalhador heróico encaixava-se perfeitamente no quadro social que concebia o trabalho na mina de carvão como uma atividade extremamente perigosa, de extenuante desgaste físico e elevado grau de poluição. Enquanto o mineiro reforçava a auto-imagem de operário destemido, a sociedade exaltava a bravura desse guerreiro que arrancava a riqueza mineral das entranhas das “trevas” porque sua coragem gerava “progresso” para a região. Assim, ao longo de décadas formou-se uma espécie de sinfonia que tocava a melodia do “soldado heróico” e que era constituída por instrumentistas de todas as classes sociais, inclusive por poetas:

Tu és na sucessão das horas lentas
A imagem sempre viva de **um herói**,
Que a História cada vez mais ilumina
E a voragem do tempo não destrói

Teu **corpo suarento e empoeirado**
Esgueira sinuoso a galeria,
A **treva subterrânea** indiferente
Ganhando alegre o pão de cada dia.

Soldado heróico do labor constante,
Que o mudo bronze forças a cantar,
Acende a luz do teu gasômetro
E vem nosso destino iluminar [grifo meu].⁶⁴

cansaço. Acusavam-no apenas de não saber brincar, ficava logo todo eriçado assim que alguém lhe fazia uma piada. **Com o tempo acabou sendo aceito e olhado como um verdadeiro mineiro** [grifo meu], escravizado pelo hábito que o reduzia um pouco cada dia à função de máquina” (Émile Zola, *Germinal*, 1981, p. 144-145).

⁶³ Cf. Carlos Renato Carola. *Dos subterrâneos da história: as trabalhadoras das minas de carvão de Santa Catarina*. Criciúma: UFSC, 2002. p. 228. De um modo geral, o mineiro tinha três marcas distintivas. A primeira, e talvez a principal, era o seu corpo, em cuja superfície afluía o suor empoeirado de carvão, o desgaste físico e a força muscular. Um segundo aspecto de identificação era a família, espaço de reprodução social, de socialização dos valores, hábitos e costumes do modo de vida da classe operária mineira. A terceira característica que distinguia o mineiro dos demais trabalhadores era o seu comportamento no âmbito das questões do trabalho, principalmente em relação às atitudes no cotidiano das minas, à organização sindical e as formas de luta (Cf. Terezinha Volpato, *Vidas marcadas*, op. cit., p. 79).

⁶⁴ In: José Pimentel & Mário Belolli, *Criciúma: amor e trabalho*, 1976.

Em Criciúma, Siderópolis, Urussanga e Lauro Müller, os monumentos da memória oficial do carvão estão presentes nas praças centrais, nos nomes de prédios públicos, nas ruas e avenidas. Na Capital Brasileira do Carvão, que oficialmente atribui a saga dos imigrantes pioneiros como fundadores da cidade, instituiu-se a memória do carvão na década de 1940. Em 1946, no centro da praça Nereu Ramos, ergueu-se uma escultura de bronze de um mineiro que ainda mantinha os traços característicos do trabalhador da roça. Embora estivesse segurando o gasômetro e a picareta, ainda não tinha capacete nem bota, como se veria mais tarde. Trata-se de uma imagem que marcou a metamorfose do colono-mineiro naquele momento. Na parte inferior do pedestal que elevava a figura anônima do trabalhador até uma altura que expressava o seu valor patriótico, fixaram-se os bustos de empresários e autoridades, devidamente identificados. Ao centro, crivaram-se palavras para homenagear “os homens do carvão”, esquecendo das trabalhadoras que nessa época também faziam parte do cotidiano das minas.

A memória do carvão também é lembrada nos símbolos e festas oficiais. No caso de Criciúma, o hino da cidade evoca a idéia de que ela nasceu menina em “berço plasmado em carvão”, tornando-se uma “aurora brilhante” que gerou “uma nova e feliz geração”. No salve, salve, exalta-se o desejo de servir o Brasil, salientando-se que o carvão foi o seu berço e o progresso, o seu porvir.⁶⁵ Nas festividades oficiais, comemora-se também a festa das etnias, para manter viva a lembrança dos fundadores da cidade, e a festa de Santa Bárbara, protetora dos mineiros e amiga dos mineradores. Nessa festa, instituiu-se, a partir de determinado momento, a prática de coroar a rainha do carvão, de premiar o “operário padrão” e de entregar o troféu “o Gasômetro”, aos homens que tinham prestado relevantes serviços ao carvão nacional.

Na historiografia dos municípios que compõem a região carbonífera, assim como nos livros de memórias, há sempre um espaço dedicado ao carvão, seja para destacar os tempos gloriosos de progresso, seja para evidenciar o custo social e ambiental desse mesmo progresso. O jovem médico paranaense Manif Zacharias, por exemplo, narra suas lembranças mais significativas desde que chegou em Criciúma, no dia 1.º de maio de 1944, no contexto efervescente da Segunda Guerra Mundial. Nessa época, recorda, “o que contava, o que pesava, o que influía e decidia era a indústria carbonífera”. Tudo girava em torno da economia do carvão, desde o comércio, o emprego e o lazer. Os jovens “abandonavam a propriedade rural paterna e mergulhavam no subsolo, nas galerias intrincadas e abafadiças, a dezenas de

⁶⁵ Ibid.

metros de profundidade, em busca de um ganho aparentemente mais fácil e rápido”. Em pouco tempo percebia-se que se tratava de um “ganho ilusório”, pois além do “custo do esforço físico desgastante”, pagava-se o tributo “irreparável da saúde”.⁶⁶ Em dias úmidos, acrescenta, “gases sulfurosos, resultantes da combustão espontânea da pirita, pesavam, mefíticos, irrespiráveis, na atmosfera de toda a região”. Para uma cidade que mal havia saído de sua “meninice vilarinha, sem outras atrações que, no cotidiano, pudesse prender e alvoroçar-lhe a juventude inquieta e sequiosa de maiores contatos com o exterior”, a estação de trem da ferrovia do carvão, Dona Tereza Cristina, tornou-se um importante espaço de sociabilidade, de encontros, de comércio, de novidades, de conflitos e controle social da Criciúma ainda menina.

Segundo seu arquivo de memória, nessa época Criciúma “era ainda cidadezinha tímida, modesta, acanhada mesmo”, uma cidade provinciana com poucas ruas pavimentadas, a maioria era esburacada, “estradas estreitas, sinuosas e quase imperviáveis, empoeiradas ou lodacentas”. Em relação a um centro urbanizado como Curitiba, “tudo lhe minguava, a começar pelo saneamento básico”. Além de não existir água encanada nem rede de esgoto, a energia elétrica era insuficiente e precária.⁶⁷

A estação de trem representava, nessa época, um dos principais símbolos de urbanidade da pequena cidade. Era um ponto de encontro com a modernidade, com o mundo dos grandes centros urbanos do país. Dr. Manif recorda que ao cair da tarde, quando chegava o trem de passageiros da Dona Tereza Cristina, moças e rapazes formavam “o *footing* obrigatório ao longo da plataforma da gare ferroviária, onde estadeava sua simpática autoridade o nosso querido e saudoso Artur Souza, assessorado pelo Vieira e pelo Manequinha”.⁶⁸

A Rádio Eldorado, fundada em 1948, também faz parte da memória e cultura do carvão. O nome Eldorado, segundo Manif, surgiu no período do “surto expansionista da indústria do carvão”, quando Criciúma estava transformando-se “em ponto de confluência de muitos aventureiros sem maiores responsabilidades, que aqui chegavam em busca do dinheiro que – propalava-se lá fora – corria a rodo por estas bandas”. Dr. José De Patta, um dos fundadores, dizia “repetidamente que esta nossa terra estava se transformando num autêntico ‘Eldorado’, similar ao dos filmes do *far west* norte-americano”.⁶⁹

⁶⁶ Ibid., p. 19-20.

⁶⁷ Cf. Manif Zacharias, op. cit., p. 12.

⁶⁸ Ibid., p. 12.

⁶⁹ Ibid., p. 25.

Ao mesmo tempo em que Criciúma passou a experimentar os prazeres da modernidade, começou também a sentir os “males inerentes às grandes concentrações urbanas”. Mesmo na sua fase mais inocente e provinciana, Dr. Manif identifica os primeiros problemas característicos de uma cidade que estava vivenciando o início de um processo de urbanização desordenado. Surgiu a “maracangalha”, aumentou “o número de desocupados, proliferavam os mendigos, alastrava-se a malandragem”; as autoridades tiveram de se preocupar com “os roubos e arrombamentos audaciosos, de vulto, perpetrados por profissionais do crime, vindos de fora”.⁷⁰ No âmbito da saúde, o crescimento urbano tornava visíveis as péssimas condições de saúde da população, crianças morriam diariamente, havia poucos médicos, a estrutura da assistência médico-social era deficiente, e a de controle da higiene pública, precária. Assim, Criciúma era uma “cidade humilde e pacata”, mas “sofredora sob múltiplos aspectos”. Tudo ainda estava por ser feito, mas o jovem médico acreditava fervorosamente no progresso. Por isso, “eu sonhava me agigantar” com Criciúma, cidade onde

cliquei, atendi emergências, pratiquei a cirurgia, fiz partos; tratei de homens e mulheres, velhos e crianças, pobres e ricos, no centro da cidade e em sua periferia, doentes crônicos ou afetados de males agudos, acidentados, baleados, feridos a faca... Ajudei Deus a curar, como já disse alguém. Colaborei com mães desveladas – quantas vezes aflitas, em desespero mesmo! – na defesa da saúde de seus pequeninos filhos, que assim se criaram.⁷¹

A *Criciúma de ontem* desapareceu na “voracidade do tempo”, relata Dr. Manif, absorvida “pela avassaladora onda de um progresso que teria de vir, era fatal, impelido pela própria evolução dos tempos e carreado pelo dinamismo e espírito empreendedor de seus habitantes”. Por isso, “a Criciúma de hoje, tão mudada, tão crescida, já adulta, não a reconheço mais”. De forma melancólica, finaliza sua retrospectiva histórica fazendo crer que a pequena cidade provinciana foi completamente absorvida pela marcha civilizatória do progresso industrial.

No âmbito da memória e da historiografia regional, o imigrante europeu também recebeu um lugar de destaque. A obra de Pimentel e Belolli, de 1974, sobre a história de Criciúma, caracteriza bem a historiografia dominante da região Sul de Santa Catarina. Em sua “Explicação Indispensável”, Pimentel esclarece o conteúdo dominante da obra. Ao lamentar as dificuldades de acesso às fontes documentais, sobretudo porque as famílias italianas e

⁷⁰ Ibid., p. 75. “Maracangalha” era o nome popular que se usava para caracterizar as casas de prostituição.

⁷¹ Ibid., p. 105.

alemãs viram-se obrigadas a destruir qualquer vestígio que as colocasse como suspeitas de colaborar com o nazi-facismo da Segunda Guerra Mundial, Pimentel explicita sua visão histórica do passado:

Esses cidadãos que encaneceram no desbravamento da floresta defendida pelos silvícolas e no amanho da terra, de mãos calosas e de corpo e espírito fatigado, plantadores que foram de uma civilização hoje florescente, como a que nos orgulhamos de possuir, que modificaram a geografia de uma região, acentue-se.⁷²

Pimentel e Belolli destacam nitidamente a ação dos pioneiros da imigração italiana, seguida dos alemães e poloneses, para enfatizar as origens de Criciúma. Ao longo do texto, percebe-se que os homens da imigração e os da mineração são os principais sujeitos da história. A obra está dividida em duas partes: a primeira aborda os “fatos históricos” que resultaram na fundação da cidade e na transformação desta em Capital Brasileira do Carvão. A segunda parte registra a Criciúma do presente, seus aspectos geográficos, suas edificações, atividades econômicas, a educação, estrutura urbana, administração municipal, etc.⁷³

Nas comemorações oficiais do centenário de fundação de Criciúma, o prefeito Altair Guidi preocupou-se em apresentar uma história científica sobre a origem e o desenvolvimento da cidade. Assim, surgiu o livro *Criciúma 1880-1980: a semente deu bons frutos*, escrito por Otilia Arns. Em comparação com a historiografia não acadêmica, trata-se de um texto bem mais fundamentado em termos teóricos e cuidados com as fontes. Arns fez questão de ressaltar o caráter científico da obra, lembrando que na “comemoração do primeiro centenário de Criciúma, como conscientização histórica, não podia encerrar-se sem uma avaliação científica dos conteúdos que a ensejaram”.⁷⁴ Mesmo assim, Arns mantém a linha tradicional predominante em toda a história da região Sul de Santa Catarina. Destaca a atuação pioneira das etnias italiana, alemã e polonesa, acrescentando as etnias lusa e negra que haviam sido “esquecidas” nas obras anteriores.

Seguindo uma ordem evolucionista caracterizada por uma hierarquia entre passado, presente e futuro, Arns reconstitui um cenário histórico de harmonia entre as etnias, apresentando as características e contribuições de cada uma delas para a formação histórica de Criciúma. Nesta mesma lógica, a autora reforça a visão oficial que estabelece uma relação

⁷² José Pimentel & Mário Belolli, *Criciúma: amor I*, 1974, p. 09.

⁷³ Na historiografia dos municípios da região carbonífera, a história está alicerçada sob duas matrizes ideológicas: a ideologia dos pioneiros imigrantes e a ideologia do carvão.

⁷⁴ Otilia Arns, *Criciúma 1880-1980: a semente deu bons frutos*, 1985, p. 09. Otilia Arns nasceu em Criciúma e fez seus estudos no Paraná, onde fixou residência e se doutorou na Universidade Federal do Paraná. Seu trabalho foi contratado pelo prefeito Altair Guidi em 1983, como parte do programa comemorativo do centenário da cidade.

harmoniosa e promissora entre economia agrícola e economia do carvão, entre mundo rural e mundo das minas, entre colono e mineiro. A “avaliação científica” proposta por Otília Arns inclui uma concepção de história, cuja ênfase é a reconstituição de um cenário histórico de harmonia, bravura dos pioneiros e progresso industrial. O presente é resultado de um passado difícil, mas glorificante, por isso o título da obra *Criciúma 1880-1980: a semente deu bons frutos*. Deve-se aos italianos a fundação de Criciúma, “que há cem anos se fundava no barracão da mata virgem”. Depois se juntaram outras etnias, cuja “ação conjunta” se ergueu “contra o céu para impor-se como um dos principais pólos de progresso do Estado de Santa Catarina”. Arns ressalta ainda que o povo de Criciúma conserva, “no fundo de seu coração, a mesma fé e a mesma esperança de dias cada vez melhores para seus filhos”.⁷⁵

O culto ao imigrante pioneiro cobre a maior parte da obra. Nas festividades da comemoração do centenário da cidade organizou-se um concurso para selecionar o Hino do Centenário. Um total de quarenta e dois candidatos concorreram; uma comissão de especialistas constituída por representantes de todas as entidades educacionais de Criciúma avaliou a letra, e outra, composta por profissionais ligados à área musical, avaliou a qualidade da melodia. Conforme mostra a citação a seguir, o hino escolhido sintetiza a história oficial de Criciúma, uma história que enaltece a contribuição pioneira dos imigrantes, o árduo trabalho dos primeiros colonos e o progresso impulsionado pelas minas de carvão:

Faz cem anos que o nosso imigrante
Nesta terra selvagem pisou
E com a força de um bravo pioneiro
Uma nova cidade fundou

Ó Criciúma, de tantos janeiros,
Ó Criciúma, no teu centenário,
As novas gerações te saúdam
Ó Criciúma, torrão legendário

Das itálicas plagas partiram
Argonautas buscando o **Eldorado**
E aos poucos Criciúma surgiu
Do trabalho de um povo arrojado.

O italiano, alemão, polonês,
africano e o luso irmanados
entoaram a música rude
Dos engenhos, das minas e arados.

⁷⁵ Ibid., p. 171.

Ecoaram os sinos saudosos
Nesta terra tupi-guarani
E o imigrante piedoso rezou
A oração do divino Rabi.

Ó Criciúma, sereia morena,
Que nasceste no verde sertão
Do teu seio **jorraram as minas**
E das minas **jorrou o carvão** [grifo meu].⁷⁶

Na conclusão da obra, mais precisamente no “epílogo”, faz-se um último apelo para que todos não se esqueçam da história “que nossos antepassados escreveram com suor e prece”. Se Criciúma “ostenta o progresso de uma cidade centenária”, é preciso lembrar as etnias que transformaram “a terra inóspita em sementeira de bens materiais e espirituais”. Mais uma vez evoca-se o passado das cinco etnias que, movidas “por um ideal comum”, plantaram a semente que deu bons frutos:

Cinco etnias deram-se as mãos para a tarefa que lhes exigiu espírito de trabalho, de sofrimento, de luta, por um ideal comum. Abriram clareiras, picadas, estradas e sulcos fundos na terra. Dessa terra brotou a bênção do trabalho: o pão, pela agricultura, o carvão e a argila para o progresso.⁷⁷

A obra de Arns representa a sedimentação científica da versão oficial da história de Criciúma. Mesmo assim, manteve-se a mesma matriz ideológica contida nas outras obras, ou seja, uma harmoniosa fusão entre a memória da imigração com a do carvão. Glorifica-se um passado difícil para destacar o grau de evolução e o desenvolvimento de um povo vencedor. Depois de descrever e destacar a contribuição dos imigrantes pioneiros, principalmente italianos, alemães e poloneses, Arns destaca as atividades econômicas mais significativas na história da cidade, ressaltando que “o carvão marcou o maior impulso de progresso do município de Criciúma”. Descreve resumidamente a descoberta do carvão, o impulso à indústria do carvão nacional propiciado pelas duas Guerras Mundiais, a criação da Companhia Siderúrgica Nacional e as primeiras leis que tornaram obrigatório o consumo do carvão brasileiro.

A junção entre trabalhador rural e trabalhador das minas de carvão também inspirou uma das obras do Padre Dall’Alba. Em *Colonos e mineiros no grande Orleans*, Padre Dall’Alba retrata, no período compreendido entre 1888 a 1963, os primórdios da colonização, as notícias marcantes da imprensa local, a geografia e a história nas lembranças dos mais

⁷⁶ Ibid., p. 224.

⁷⁷ Ibid. p. 237.

velhos, a floresta e os “bugres”, os primeiros meios de transporte, os costumes, o lazer, a educação, a religião, a saúde, o comércio e a indústria, a política, as localidades dos primeiros tempos de colonização, assim como toda a dinâmica desenvolvida em torno das minas de carvão de Lauro Müller, Guatá e Barro Branco, distritos carboníferos do município de Orleans.

Em relação à história de Urussanga, Padre Agenor Neves Marques reconstituiu um cenário histórico centrado em três personagens principais: os Xokleng, os colonos imigrantes e os trabalhadores mineiros. O religioso conta a saga dos pioneiros italianos movidos pela emoção e pela paixão. Ficção e realidade permeiam uma história revestida pelo folclore, poesia e romance. A aventura do cotidiano é retratada por cenas de alegrias, tristezas e saudades. Praticamente metade da obra é dedicada a esses sujeitos históricos que foram vítimas de um processo de violência distinto. Paradoxalmente, ao mesmo tempo em que evidencia a bravura dos imigrantes italianos que resultou no desenvolvimento da cidade, relata os conflitos entre colonos e índios, assumindo a perspectiva do índio como os donos originais das terras invadidos pelos brancos, ressaltando-se, no entanto, que a invasão e a violência já haviam começado muito antes da vinda dos imigrantes italianos para o Sul do Brasil. Sobre os mineiros e a indústria de carvão, padre Agenor retrata o trabalhador como herói e a mina como fonte de progresso e destruição. Do seu ponto de vista,

todo o grande surto de progresso gerado pelo carvão, que ampliou as cidades, construiu arranha-céus, palácios e luxuosas mansões, deixou no seu rastro não só as escórias intoxicantes e as poluições, a destruição da fauna e da flora, mas, pior do que tudo isto, a miséria, a doença e a morte prematura de inúmeros trabalhadores, heróis anônimos das riquezas acumuladas.⁷⁸

A visão crítica de Padre Agenor em relação ao custo social do progresso do carvão emergiu no período em que a indústria carbonífera estava próxima de enfrentar a sua pior crise. Além disso, nessa época (década de 1980) outras indústrias já representavam os marcos econômicos de uma região que havia diversificado o seu parque industrial. A indústria do carvão era apenas mais uma dentre tantas outras, como a indústria da cerâmica e do azulejo, do calçado e do vestuário. Sob vários aspectos, a dependência da economia do carvão estava com os dias contados. De qualquer forma, mesmo levando em consideração as críticas e descontando possíveis exageros, a percepção do Padre Agenor revela características peculiares da região carbonífera:

Vale dizer que, se das escuras galerias sai a luz, é lá que o mineiro encontra as trevas de sua vida; se no seio da terra se acumulam as forças do progresso, é nas suas entranhas que o homem esgota as suas energias; se as sólidas veias de carvão proporcionam vidas às cidades, as veias líquidas da terra, os rios, perderam por completo a vida; as mesmas cristalinas águas que levam a moinha para os fornos de coque, logo a seguir, poluídas, contaminam as vargens, esterilizam as sementes, silenciam as atafonas, os moinhos e as fecularias; se as gigantescas escavadeiras revolvem o solo, para racionalizar a céu aberto a extração do minério com o mínimo de esforço e o máximo de rendimento, transformam de outro lado o paraíso verde num inferno de crateras entregues à erosão; se o braço jovem se contratou para a mina, deixou à agricultura o braço cansado do velho colono, a olhar melancólico o abandono da terra e a morte dos parreirais.⁷⁹

Padre Agenor não se esqueceu de mencionar que a indústria do carvão trouxe benefício para milhares de famílias pobres de Santa Catarina, mas questiona o custo social e ambiental do modelo de progresso imposto para a região. Em suas lembranças, menciona a “vila operária, pobre, sem conforto, sem higiene, sem água, sem esgoto, onde as crianças vivem à solta, carregando marmitas, vendendo roscas, bolinhos ou amendoim torrado”.⁸⁰ Sobre patrões e operários, afirma que havia homens de diferentes classes sociais sem vícios, honestos e imbuídos da dignidade do trabalho. Se, por um lado, existia “o chefe magnânimo, compreensivo e cristão, como também, o patrão ambicioso, carrasco, prepotente e opressor”, existia “igualmente o trabalhador honesto e disciplinado, imagem do operário-padrão, sem excluir ao seu lado o homem improdutivo, fraudulento e sabotador”.⁸¹

Alguns documentos e publicações também revelam a versão dos próprios mineradores sobre a história da indústria carbonífera. Depois da Segunda Guerra Mundial, proprietários, dirigentes e defensores da indústria carbonífera brasileira desencadearam um movimento em defesa do carvão nacional, caracterizado pelo nome sugestivo de *a batalha do carvão*. De forma geral, os mineradores colocaram em prática diversas estratégias para conquistar um espaço estável no mercado brasileiro, que na época era majoritariamente dominado pelo

⁷⁸ Mons. Agenor Neves Marques, *História de Urussanga*, p. 165. Suas fontes provêm de suas lembranças, de relatos orais dos descendentes de italianos, de relatórios de padres que o antecederam, de recortes de jornais e de publicações locais.

⁷⁹ *Ibid.*, p. 166.

⁸⁰ *Ibid.*, p. 162.

⁸¹ *Ibid.*, p. 161. No período em que a indústria carbonífera era a principal geradora de capital e de empregos para a região, as poucas vozes que ousavam denunciar as péssimas condições de trabalho das minas foram sufocadas pela força avassaladora do discurso do progresso. Ao mesmo tempo em que se exaltava a importância do carvão nacional, também se desenvolvia a ideologia do progresso associada à economia carbonífera. Desde a década de 1920, mineradores, dirigentes e defensores da indústria carbonífera nacional difundem discursos, procurando associar valores patrióticos e ideais de progresso em defesa do carvão brasileiro. Os discursos exaltavam a necessidade de conquistar a soberania nacional por meio da exploração do “ouro negro”, que até a década de 1950 ainda era considerado o pilar da civilização moderna.

produto importado. Reconhecendo que os capitalistas internacionais estavam pelo menos cem anos à frente, em termos de experiência e tecnologia de extração mineral, além de dispor de capital muito maior, a única possibilidade de garantir a existência e sobrevivência da indústria carbonífera nacional era contar com as mãos protetoras do Estado. Isso explica, em parte, a engrenagem constituída por discursos que destacavam a importância da indústria carvoeira para a soberania nacional diante do desinteresse das autoridades governamentais pelo carvão brasileiro.⁸²

Nessa mesma perspectiva surgiu o discurso da crise do setor carbonífero, veiculado tanto em documentos oficiais quanto na imprensa local e nacional no decorrer do século XX. De fato, houve vários momentos em que a família mineira sentiu as consequências do desemprego, minas foram fechadas e vilas operárias entraram em decadência. Todavia, as fontes revelam que o discurso da crise também era usado pelos proprietários como forma de defender seus interesses. Em certo sentido, tal estratégia indica que no período de surgimento, crescimento e consolidação da história da indústria carbonífera catarinense formou-se uma “ideologia da crise”. Assim, sempre que se prenunciava a chegada de uma nova crise, desencadeava-se um conjunto de discursos antecipando e alertando a população, e as autoridades governamentais, sobre as consequências sociais para a região, destacando principalmente o desemprego em massa e a diminuição da arrecadação de impostos municipais.

Na mesa redonda ocorrida no Rio de Janeiro em 1949, por exemplo, na qual todos os segmentos envolvidos com a indústria carbonífera do país estavam representados, a câmara de vereadores de Criciúma remeteu memorial contendo 23 reivindicações em defesa do desenvolvimento da indústria carbonífera catarinense. O documento procura chamar a atenção das autoridades governamentais para a “séria crise” que afetava “milhares de operários” que dependiam do emprego nas minas, crise que comprometia o progresso da região e os “interesses” nacionais. No documento, os vereadores da Capital Brasileira do Carvão colocam-se como porta-vozes da “gente aflita” da região carbonífera e que estavam aguardando “com ansiedade, os resultados positivos e palpáveis dessa mesa redonda”. Utilizando o sentimento nacionalista e o dever patriótico, os vereadores apelam para as autoridades federais, argumentando que não era apenas Criciúma que lutava “pela sua sobrevivência”, era o Brasil que reclamava e exigia “a salvaguarda de seus interesses sobre os

⁸² A Batalha do Carvão foi um movimento organizado pelos mineradores, cujas diretrizes iniciais foram estabelecidas em duas Mesas Redondas Nacionais realizadas no Rio de Janeiro, em 1947 e 1949, para discutir os problemas e o futuro da indústria carbonífera nacional.

de terceiros” e que ansiava e clamava “pela sua defesa e integridade”; era o Brasil que apelava para o “patriotismo de sua gente”; era o Brasil que pedia e suplicava sua soberania econômica, pois “uma vez liberto de quaisquer peias, há de marchar confiante e ufano, rumo a melhores dias e mais gloriosos”.⁸³

Na mesma ocasião, o prefeito Addo Caldas Faraco recordou-se da “torrente de fartura financeira” proporcionada pela exploração do “ouro negro” no contexto da Primeira Guerra Mundial. Faraco proferiu um discurso, baseando-se em fatos históricos, para destacar o progresso propiciado pela indústria carbonífera brasileira. Em certo momento da história, diz o prefeito,

quando a primeira Grande Guerra Mundial fez periclitarem as conquistas da civilização, o carvão nacional, com especialidade o que se esconde no solo catarinense e, neste, o trato valiosíssimo do município de Cresciúma, o ouro negro representou o papel de decisiva importância nas condições gerais da nossa vida industrial e econômica. E, graças à torrente de fartura financeira que o carvão nacional propiciou, surgiram cidades, as terras valorizaram-se e grandes populações brasileiras gozaram a alegria das comodidades que excelentes condições econômicas proporcionaram [sic!].⁸⁴

Ao mesmo tempo em que se exalta a ideologia do progresso, lamenta-se da crise endêmica que periodicamente afetava a indústria carbonífera devido à inexistência, ou insuficiência, de uma política protecionista que assegurasse o desenvolvimento estável da indústria do carvão nacional. Nesse contexto, identifica-se, portanto, a difusão história de dois discursos que representavam as duas faces de uma mesma moeda: o discurso do progresso e o discurso da crise. O discurso do progresso era usado para justificar a necessidade da “soberania nacional”, uma vez que o carvão ainda gozava de prestígio como fonte energética estratégica; e para exacerbar o desenvolvimento econômico da região produtora e, conseqüentemente, o desenvolvimento do país. O discurso da crise era acionado principalmente para acusar a indiferença das autoridades governamentais em relação à inexistência de uma política nacional estável e sólida de incentivo à produção e ao consumo do carvão brasileiro.

Seguindo esta lógica, Addo Caldas Faraco, prefeito de Criciúma, em discurso sobre a história da indústria carbonífera, ao mesmo tempo em que enaltece a riqueza propiciada pela

⁸³ Sindicato Nacional da Indústria da Extração de Carvão, *A batalha do carvão: subsídios para a história da indústria carvoeira no Brasil*, 1950, p. 312-313.

⁸⁴ Addo Caldas Faraco, In: Sindicato Nacional da Indústria da Extração de Carvão. *A batalha do carvão*, op. cit., p. 61.

exploração do “ouro negro”, também lamentava a inexistência de uma política governamental estável em relação ao carvão nacional. Em estilo literário, Faraco narra “a história angustiosa do ouro negro”, salientando que o carvão nacional havia recebido atenção efetiva por parte do governo federal somente no contexto das duas guerras mundiais. No caso da primeira grande guerra, quando a indústria carbonífera nacional havia sido convocada para servir a nação, Faraco lembra-se de que ela não hesitou em exercer o seu “papel patriótico”. Entretanto, depois do conflito mundial, teve de enfrentar uma dura crise provocada pela “**invasão avassaladora** dos mercados estrangeiros, em face do quase **indiferentismo impatriótico** dos nossos governantes”, criando “aquele panorama pavoroso de desmoronamento duma indústria que, naquela fase angustiosa da civilização, pode conservar a atividade produtora do nosso parque industrial”, que na época tornou-se “a **hemoglobina do gigantesco organismo nacional**”. Assim, continua,

as cidades e os campos mirraram e a pobreza de populações inteiras chorou o abandono em que o desaparecimento da extração carbonífera as reduziu. Tinha-se a impressão de que um **cataclisma** assolara zonas onde antes **cantava a alegria da vida**. Voltou ao **esquecimento criminoso** o nosso subsolo, donde fluíra a riqueza e que se constituíra em garantia da nossa segurança de povo livre. E assim começou a arrastar-se, desoladoramente, a nossa indústria hulheira, sem laivo de esperança e saudosa do tempo em que espalhara a **fatura** e satisfizera a ânsia e a necessidade econômicas de populações numerosas [grifo meu].⁸⁵

Na Segunda Guerra Mundial, a “tragédia humana” voltou a abalar a ordem mundial, desta vez ainda de forma mais estremecedora do que a primeira. Mais uma vez os “alicerces da civilização” estremeceram, fazendo “acordar as nossas minas da longa letargia em que choraram o sonho desfeito do progresso”. Novamente a indústria hulheira nacional foi convocada a cumprir o seu “papel patriótico” que, por sua vez, apelou “para os músculos vigorosos dos nossos mineiros”. Enquanto a Europa sucumbia em mar de sangue e violência, na região Sul do Brasil ressurgia a esperança e florescia a vida, pois

os comboios ferroviários e a nossa frota marítima agitaram os nossos mares; realizaram-se instalações caríssimas, como usinas e aparelhamentos dos portos; as nossas máquinas e os nossos navios de guerra, as nossas estradas de ferro e rodovias encheram os ares com o estrídulo entusiasmador da sua vibração enriquecedora; e as **cidades ressurgiram, cantantes, e legiões de famílias brasileiras voltaram a sorrir à alegria da fatura** [grifo meu].⁸⁶

⁸⁵ Idem, p.61.

⁸⁶ Idem, p.61.

Eis que finda o flagelo da guerra mundial, e quando “nós, das zonas carboníferas, ainda comemorávamos a libertação da humanidade dos horrores da tirania, a vitória da democracia e da paz”, ressurgiu a desgraça social. Outra vez o “carvão alienígena” invadiu o mercado brasileiro, teimando em “nos subtrair aquela cota que a lei destinava a alimentar a movimentação das nossas minas e conservá-las sempre operantes”, e ameaçando de paralisação a indústria hulheira nacional.⁸⁷

Enfim, a memória e a cultura do carvão da região carbonífera de Santa Catarina estão sedimentadas e arquivadas em múltiplos lugares, em diversas fontes e em várias publicações. De um modo geral, ao mesmo tempo em que se edificou uma estrutura material para arrancar o “ouro negro” dos subterrâneos das “trevas”, transformando e formando uma nova paisagem social, também se edificou uma estrutura cultural, psicológica e simbólica que pode ser identificada no modo de vida da família mineira, nos monumentos de memória, na historiografia local, nos discursos oficiais e não oficiais, nos nomes de ruas e bairros, nos nomes de prédios públicos, na memória das pessoas e nos lugares de memória.

A estrutura de mineração da indústria do carvão

O contexto e as necessidades geradas durante as duas guerras mundiais, bem como a mudança no modelo de desenvolvimento econômico do país, foram fatores decisivos para a expansão da indústria carbonífera catarinense. Na década de 1930 foram decretadas novas leis para a exploração e proteção do carvão nacional. Em 1931, o governo federal determinou que “qualquer carregamento de carvão estrangeiro importado, em bruto ou em briquettes”, dependeria da “apresentação da prova de ter sido feita pelo importador a aquisição de uma quantidade de carvão nacional correspondente a 10% da quantidade que ele” pretendia

⁸⁷ No contexto das duas guerras mundiais, principalmente no período da Segunda Guerra, intensificaram-se os discursos em defesa do carvão nacional. Passado o drama e a euforia da grande guerra, mais uma vez entrou em cena os discursos oficiais da crise no setor carbonífero, gerada porque o governo federal suspendeu a aquisição de toda a produção nacional e porque o carvão importado retornou ao mercado interno. Com o restabelecimento das relações comerciais do mercado mundial, a indústria brasileira voltou a consumir o suposto “carvão alienígena”, que, de acordo com os dirigentes da indústria carbonífera nacional, fazia uma concorrência desleal e ainda feria o princípio “patriótico” da soberania econômica do país. Essas eram as razões predominantes da crise e, para sair dela, os especialistas (engenheiros, técnicos, geólogos, empresários) apontavam para a mesma direção: a modernização do sistema de produção e beneficiamento das minas de carvão. Uma modernização que deveria ser assegurada através de políticas protecionistas e de liberação de recursos públicos para a indústria carbonífera nacional.

importar.⁸⁸ Em 1937, outro decreto aumentou a cota obrigatória de 10 para 20%. Sabe-se que nem sempre as leis eram cumpridas, mas o montante de leis decretadas entre as décadas de 1930 e 1950 indica que houve um significativo crescimento da indústria do carvão na economia brasileira.⁸⁹

Desde a década de 1920 verifica-se um crescimento gradual do carvão nacional no mercado interno, o que permitiu a consolidação e expansão da indústria carbonífera brasileira, concentrada no Sul do país. No caso da região Sul de Santa Catarina, pode-se dizer que a população sentiu e experimentou os primeiros sinais da modernidade por meio da ferrovia do carvão e da indústria carbonífera. Assim, percebe-se que a partir da década de 1930 os problemas e necessidades referentes aos produtores rurais foram gradativamente ficando à margem da indústria carbonífera, uma vez que o carvão representava o progresso, a industrialização e a modernização.

A partir de uma visão geral da estrutura de mineração das maiores companhias, pode-se medir a importância do setor industrial carbonífero catarinense. A Companhia Carbonífera de Urussanga (CCU), fundada em 1918, com escritório central no Rio de Janeiro, tinha em 1928, na região de Urussanga, uma estrutura de mineração com equipamentos mecânicos importados da Alemanha. Nessa época, a mina do rio Deserto dispunha de uma estrutura semi-mecanizada composta por caixas de lavagem; lavador de carvão com capacidade para lavar 300t/h/dia; transporte no interior da mina feito por locomotiva elétrica e vagonetas metálicas; cortadeiras e perfuratrizes.⁹⁰

A lavagem do carvão já era efetuada num sistema semi-mecanizado. O carvão era trazido do interior da mina em vagonetas rebocadas por uma locomotiva elétrica, pesado em uma balança mecânica automática e despejado em um basculador acionado mecanicamente.. O carvão caía numa grade fixa inclinada, sendo que a parte “miúda” ia para um depósito geral, e o “grande” ia para uma “mesa de catação (*Klambage*) com cinco metros de eixo a eixo, dotada de um movimento lento e contínuo (mesa sem fim)”. Pelo visto, tratava-se de uma mesa de escolha, onde meninos faziam “a separação do folhelho e dos blocos de pirita”.⁹¹

É interessante observar que o geólogo José Fiúza da Rocha menciona a presença de “meninos” no processo de “catação” ou escolha do carvão. Entretanto, segundo pesquisa já

⁸⁸ Cf. Sindicato Nacional da Indústria de Extração do Carvão, A legislação sobre o carvão nacional: programas e planos governamentais, 1961, p. 36.

⁸⁹ Ibid. Nos anos 30 foram criadas em torno de dez a quinze leis para regulamentar, financiar e incentivar a exploração do carvão nacional; nos anos 40 criaram-se, entre portarias, decretos-lei e leis, mais de 150 regulamentações, e nos anos 50, mais de 250.

⁹⁰ Cf. José Fiúza da Rocha, Carvão de Pedra no Sul do Estado de Santa Catarina, op. cit., p. 105.

⁹¹ Ibid., p. 106.

publicada, no período de 1930 a 1960 este tipo de trabalho era feito predominantemente por mulheres, moças e meninas. A escolha manual tinha o objetivo de eliminar o folhelho e a pirita do carvão bruto, trabalho este realizado por:

(...) mulheres – escolhedeiras – sobre mesas providas de uma peneira dotada de furos cujo diâmetro varia de 1 cm. Nestas mesas é feita a separação do carvão graúdo da moinha. As escolhedeiras, munidas de martelos, retiram o folhelho e a pirita jogando-os próximo à mesa de escolha ou então em silos de onde são retirados por caminhões.⁹²

Ainda sobre a estrutura das minas, percebe-se que na década de 1920 as instalações das principais companhias já desfrutavam de um grau relativamente elevado de mecanização, para a época. Somente empresários dos grandes centros do país ou estrangeiros dispunham de capital suficiente para abrir uma mina com uma estrutura semi-mecanizada. Depois de alguns anos, os membros mais abastados da comunidade local organizaram-se em pequenos grupos e se aventuraram no ramo da mineração de carvão. A princípio abriram pequenas minas ou empreiteiras a serviço das grandes companhias.

Na região da “Vila de Cresciúma”, por exemplo, havia em 1928, pelo menos, cinco empresas de mineração de carvão cujos proprietários eram da região, exceto a Próspera e CBCA. Havia a Companhia Carbonífera União Brasileira, sociedade composta de vários sócios que explorava o carvão existente no terreno da viúva Simão, situada a oito quilômetros do centro da Vila de “Cresciúma”; a Sociedade Carbonífera Ítalo-Brasileira, de Antônio de Luca e filhos, localizada nas proximidades da praça central, em terreno da família de Luca; a Mina Carbonífera Boa Esperança, de propriedade de Frederico Minatto e Marcos Rovaris; a Sociedade Carbonífera Próspera Limitada, situada na margem da linha férrea Tubarão-Araranguá; e a Companhia Brasileira Carbonífera de Araranguá (CBCA), a mais antiga de Criciúma.

Na Companhia Carbonífera União Brasileira, o carvão, depois de beneficiado, era transportado em vários carros de boi até a estação de Criciúma. O carvão era “beneficiado a mão por meio de meninos que separavam o produto comercial do folhelho e da pirita”.⁹³ Trabalhavam na mina três turmas constituídas por dois homens, um mineiro e um vagoneteiro. A jornada de trabalho era de oito horas diárias, sendo que oito mineiros, durante dez horas por dia, dedicavam-se a escolher o carvão.⁹⁴

⁹² Manoel Moreira, *Higiene das minas de carvão de Santa Catarina*, 1952.

⁹³ José Fiuza da Rocha, *Carvão de Pedra no Sul do Estado de Santa Catarina*, op. cit. p. 128.

⁹⁴ *Ibid.*, p. 128.

A Sociedade Carbonífera Ítalo-Brasileira produzia mensalmente de 100 a 150 toneladas. Durante a inspeção do geólogo José Fiuza da Rocha, havia um depósito de 600 toneladas de carvão escolhido e 200 toneladas de carvão bruto, e mais 200 toneladas em Laguna, aguardando transporte. Na mina trabalhavam oito turmas constituídas de mineiros, ajudantes e vagoneteiros. Na superfície da mina trabalhavam “12 menores na escolha de carvão”.⁹⁵ Em 1922 a companhia comercializou 600 toneladas de carvão; em 1923, 1.500 toneladas; e em 1924 baixou para 700 toneladas. Rocha aponta a falta de capital e a dificuldade de transporte por via férrea como os principais obstáculos para o crescimento da empresa.

A Mina Carbonífera Boa Esperança ficava a 2,4 quilômetros da estação de Criciúma. Trabalhavam na mina nove turmas compostas por mineiros, ajudantes e vagoneteiros. A produção diária variava entre oito e dez toneladas. Segundo Rocha, havia 800 toneladas de carvão escolhido depositado no pátio da mina à espera de transporte. Além disso, havia também 300 toneladas de “carvão escolhido já vendido”. Segundo o geólogo, a qualidade do minério era tão boa que não faltava “nunca compradores, havendo sempre pedidos em quantidade superior a capacidade da produção da mina”.⁹⁶ O pagamento de salário era feito por empreitada, os mineiros recebiam uma certa quantidade de dinheiro por vagoneta. A escolha do carvão também era paga por empreitada, “a razão de 170 réis por cada padiola com 60 kg de carvão limpo”. O minério beneficiado era transportado até a estação de Criciúma em carro de boi, que conseguia carregar, em média, uma tonelada.

A Sociedade Carbonífera Próspera, constituída em 1920 por um grupo de doze sócios, em 1924 havia sido vendida a um “poderoso sindicato Teuto-Brasileiro”, e já despontava, então, como uma empresa de médio porte. A produção diária da mina era 60 toneladas de carvão bruto. No ano em que o geólogo esteve nesta mina, havia um depósito de 500 toneladas de carvão escolhido na empresa e mais 640 toneladas estocadas em Laguna. Para transportar o carvão vendido, a sociedade adquiriu um vapor cargueiro, denominado O Próspera. O cargueiro tinha capacidade para 800 toneladas; a classificação e limpeza do carvão eram feitas por uma grade fixa inclinada, e que o carvão retido era depositado em “mesas dispostas sob um grande barracão, onde vários meninos separavam o carvão do folhelho e da pirita” a ele agregados.⁹⁷

⁹⁵ Ibid., p. 131.

⁹⁶ Ibid., p. 133.

⁹⁷ Ibid., p. 140.

A Companhia Carbonífera de Araranguá (CBCA) era “a mais importante de todas as minerações de Criciúma”, relata Rocha. O carvão era beneficiado por meio de lavagem em dois lavadores do *tipo Draper* com capacidade para 400 toneladas em dez horas de trabalho. No processo de beneficiamento, entre 500 e 600 quilos de carvão eram trazidos por vagonetas e despejados em uma grade para uma primeira classificação. Posteriormente, o carvão era colocado no *trommel*, onde passava por uma grade. Depois disso, seguia diretamente para as caixas de lavagem, sendo que a parte mais grádua, retida nas grades do *trommel*, ia para um britador e depois para uma peneira, resultando em uma nova classificação. O carvão gráduo, isto é, o retido na peneira, ia para o lavador, onde era mais uma vez classificado, desta vez por densidade e não por tamanho.

Rocha afirma que a CBCA pretendia adquirir novos lavadores, “lavadores do tipo *Elmore bac a partes*” com capacidade para 55 toneladas/hora. No novo sistema de beneficiamento, o carvão passaria por um processo de peneiramento, escolha e britagem antes de chegar ao lavador. A escolha seria feita em uma “mesa de catação” dotada de um movimento lento e contínuo, onde vários meninos fariam “manualmente a separação do folhelho e piritá”.⁹⁸ O serviço de extração seria por empreitada. O mineiro-empreiteiro custearia o explosivo, o estopim, o gasogênio, o carbureto e os salários do ajudante e do vagoneteiro. Em compensação, a companhia forneceria ao mineiro as ferramentas, os preparos e o madeiramento. Em média, extraía-se 1,5 toneladas de carvão por dia, mas os “mais tenazes” chegavam a até duas toneladas. A ventilação era natural, feita por “chaminés” em determinadas galerias. Todo carvão era transportado até o porto de Imbituba.⁹⁹

Em Lauro Müller, em 1928, a Companhia Nacional de Mineração do Carvão de Barro Branco, fundada em 1922, era praticamente dona de toda a estrutura do distrito. Havia duas minas, a Barro Branco Nova (Mina Nova) e a Barro Branco Velha (Mina Velha). Na Mina Nova, os trabalhos de extração começaram em 1923, quando o carvão era extraído do subsolo e da superfície. Havia 25 turmas de dois, três e quatro operários, conforme a largura da frente de trabalho. A produção diária atingia 50 toneladas – 20 toneladas eram provenientes da mina a céu aberto. Toda a extração era empreitada e o empreiteiro subempreitava o serviço a cada chefe de turma. As vagonetas eram de madeira, com capacidade para transportar uma tonelada de carvão. No plano inclinado as vagonetas eram puxadas por um guincho. Os mineiros

⁹⁸ Ibid., p. 142.

⁹⁹ Ibid., p. 148. De acordo com os contratos de venda, a CBCA comercializava sua produção para a Central do Brasil; Marinha de Guerra Nacional; Fábrica de Vidros Santa Marina, de São Paulo; Docas de Santos; Companhia Luz e Força, de Santos; e vários mercados no Rio Grande do Sul.

trabalhavam dez horas por dia e tinham uma hora para o almoço e vinte minutos para o café. A produção mensal da mina atingia, em média, 1000 toneladas.

A Mina Velha produzia diariamente de 130 a 140 toneladas de carvão, e a extração era empreitada diretamente pelo mineiro, sem um empreiteiro intermediário. O mineiro-empregado pagava o salário do ajudante e do vagoneteiro, além das despesas de iluminação. A maior parte do desmonte era feita com cunhas e picaretas, usava-se pouco explosivo devido às características das camadas de carvão. Depois de britado e peneirado, o carvão seguia para o lavador *Elmore*. Um lavador tipo *Draper* lavava o carvão fino.

Em 1926, a imprensa de Orleans destacou o progresso trazido pela firma Lage & Irmãos, proprietária da Companhia Barro Branco, ressaltando que ela havia transformado o distrito de Lauro Müller, “outrora despovoado”, em uma “magnífica vila operária”. O jornal informa que a oficina da companhia era composta por “serraria, ferraria, uma grande xarqueada, estabelecimentos munidos dos mais aperfeiçoados aparelhos para a lavagem do carvão, uma ideal fábrica de telhas e tijolos refratários, sendo que tudo isso era movido por uma colossal usina elétrica”.¹⁰⁰

Na década de 1930, a tradicional população rural da região Sul de Santa Catarina presenciou mais uma expansão e o crescimento da arquitetura industrial das companhias carboníferas. Em 1936, por exemplo, a Companhia Carbonífera de Urussanga (CCU) já era detentora de um complexo industrial carbonífero considerável para os padrões da época. Da mesma forma que a Companhia Nacional de Mineração do Barro Branco, em Lauro Müller, a CCU tinha somente em Rio Deserto um complexo industrial formado por uma usina elétrica, lavadores de carvão, embarcador, escritório, oficinas mecânicas, laboratório para análise do carvão, almoxarifado, serraria, etc., além de uma vila operária. Aproximadamente 105 operários trabalhavam na mina.¹⁰¹

Na mina de Rio América, da Companhia Minas do Rio Carvão, empresa criada pelos mesmos acionistas da CCU, cerca de 197 operários faziam funcionar uma estrutura composta por uma mina, uma oficina de ferreiro, uma subestação para transformação de corrente elétrica e um almoxarifado. Além disso, a companhia havia construído uma vila operária com cem casas de madeira, uma farmácia e uma escola pública.

Na região de Lauro Müller, também na década de 1930, a Companhia Nacional de Mineração do Barro Branco já dispunha de uma infra-estrutura suficiente para executar as

¹⁰⁰ O Direito, Orleans, 21/11/1926. In: M. BELOLLI, História do carvão de Santa Catarina, op. cit., p. 274.

¹⁰¹ Cf. Marcello Taylor Carneiro de Mendonça, A situação atual da indústria carbonífera do Sul de Santa Catarina, In: Mineração e Metalurgia, novembro-dezembro/1936, p. 155-157.

atividades de extração do carvão e suprir as necessidades básicas de moradia, alimentação e assistência médica para toda a população operária. Em 1936, a companhia mantinha cerca de 1.111 trabalhadores, entre operários, pessoal administrativo, engenheiros e outros funcionários. Nessa época, os trabalhadores já eram filiados à Caixa de Aposentadoria e Pensões e a fiscalização das condições de trabalhos cabia a um agente do Ministério do Trabalho, cujo escritório ficava em Tubarão, a sessenta quilômetros de Lauro Müller. A companhia tinha atividades de mineração nas localidades de Barro Branco Velho, Guatá e Lauro Müller. Todo o carvão extraído das minas de Barro Branco Velho e de Guatá era transportado em vagões de 20 toneladas e caminhões, respectivamente, até o lavador de carvão, em Lauro Müller, composto por diversos equipamentos que, em conjunto, realizavam o processo de beneficiamento mecanizado, britagem, peneiramento e lavagem. Antes, porém, de chegar ao Lavador, fazia-se uma escolha preliminar e manual do carvão.¹⁰² O complexo industrial era constituído por lavadores de carvão, central elétrica, oficinas mecânicas, uma serraria, almoxarifado, residências para os engenheiros, chefias e pessoal administrativo, além de uma vila operária com 54 casas de madeira.¹⁰³

Cada casa operária de Lauro Müller tinha uma sala de estar, dois ou três quartos, uma cozinha e um vaso sanitário, conhecido popularmente por “patente”. A companhia cobrava um aluguel de 25\$000 mensais. Na vila, havia iluminação elétrica, mas nas casas a iluminação era feita com lâmpadas de querosene ou de acetileno. Nas minas do Barro Branco, a alguns quilômetros da estação de Lauro Müller, 25 casas de madeira, construídas pela companhia, constituíam uma pequena vila operária. As casas eram divididas em três cômodos e a companhia cobrava um aluguel mensal de 15\$000. Segundo o engenheiro Mendonça, fiscal de minas do Departamento Nacional de Produção Mineral (DNPM), existiam “também algumas casas maiores cujo aluguel” variava “de 30 a 50\$000 mensais, e algumas casas particulares mandadas construir pelos próprios mineiros por um empreiteiro local” que cobrava “400\$000 por cada casa de madeira com três cômodos”.¹⁰⁴

Na mesma época, o geólogo Fiuza da Rocha, que inspecionou mais uma vez a região carbonífera em 1938, descreve praticamente toda a estrutura de mineração da região carbonífera, abrangendo os municípios de Urussanga, Orleans e Criciúma. Em Urussanga, a indústria do carvão era composta pela Companhia Carbonífera de Urussanga (CCU), pela

¹⁰² Cf. José Fiuza da Rocha & Evaristo Pena Scorza, *Estratificação do Carvão em Santa Catarina*, 1940.

¹⁰³ Cf. Avelino de Oliveira, DNPM/Serviço de Fomento da Produção Mineral, *Relatório da Diretoria*, 1937, p.140-141.

¹⁰⁴ Marcello Taylor Carneiro de Mendonça, *A situação atual da indústria carbonífera do Sul de Santa Catarina*, In: *Mineração e Metalurgia*, setembro-outubro/1936, p. 103.

Companhia Minas do Rio Carvão, Cabo Aéreo, Sociedade Brasileira Carbonífera Santa Clara Ltda., Sociedade Brasileira Carbonífera Visconde Taunay Ltda., e Sociedade Brasileira Carbonífera Cocal Ltda.

Nos distritos carboníferos de Lauro Müller, Guatá e Barro Branco, Fiuza da Rocha descreve a “impressionante” estrutura construída pela Companhia Nacional de Mineração Barro Branco. Segundo seu relatório, nas imediações do lavador da companhia, em Lauro Müller, havia uma vila operária composta de 120 casas de madeira, “todas do mesmo tipo e geminadas”. Na sua opinião, tratava-se de uma

verdadeira vila operária, porque o que há nas imediações do Barro Branco Velho não passa de um aglomerado de habitações mal feitas, provisórias, que abrigam o pessoal não permanente do serviço. Fato singular: 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.¹⁰⁵

;

Na Mina do Barro Branco Velho, cerca de 500 operários eram responsáveis por uma estrutura constituída por uma usina de energia com capacidade de 350 cavalos de força; sete perfuratrizes, também chamadas de rafadeiras; locomotiva elétrica para transporte de carvão; e vagonetas de madeira sobre trilhos também de madeira. Nas proximidades da mina não havia uma típica vila operária, mas sim um conjunto de casas dispersas, afirma Rocha. Na vila operária de Barro Branco, no entanto, existiam cerca de sessenta casas, uma Igreja e uma escola.

A Companhia Barro Branco também desfrutava de uma impressionante estrutura de beneficiamento, ou lavador de carvão, como era chamado pelos mineiros. O carvão era transportado das minas por meio de vagões de 20 toneladas, através de ramal férreo até o lavador instalado em Lauro Müller, composto de britadores, peneiras, esteira transportadora, mesas concentradoras para moinhas e *Jig*; nas proximidades do lavador havia, ainda, uma usina de 400 cavalos de força, movida a carvão, uma olaria, uma serraria e uma vila operária com 120 casas de madeira.¹⁰⁶

Na mina de Guatá, outro distrito próximo de Lauro Müller, o sistema de extração do carvão era praticamente manual, ou seja, com picaretas e poucos explosivos. O carvão era transportado em vagonetas de madeira sobre trilhos também de madeira. Segundo Fiuza da

¹⁰⁵ José Fiuza da Rocha & Evaristo Pena Scorza, *Estratificação do Carvão em Santa Catarina*, op. cit., p. 128.

¹⁰⁶ *Ibid.*

Rocha, planejava-se construir duas vilas operárias, com cem casas cada uma, nas quais haveria água encanada, iluminação elétrica e fossas sanitárias.¹⁰⁷

Na década de 1940, o patrimônio industrial da Companhia Nacional Barro Branco cresceu consideravelmente. Além do complexo industrial de mineração, os distritos carboníferos de Lauro Müller, Guatá e Barro Branco tinham sido “agraciados” por uma moderna estrutura de lazer constituída por campo de futebol, clubes recreativos e cinema. A companhia também dispunha de serviço médico, farmácia e ambulatório; e escolas de ensino primário, cujas professoras eram funcionárias da empresa.¹⁰⁸ Em 1970, a Companhia Barro Branco contava com setor de assistência médica, setor de educação, recreação, habitação, seguros de vida e serviço de transportes. Nesse ano, a Barro Branco contava com 1.091 trabalhadores/as, sendo que 767 trabalhavam no subsolo das minas; 239, na superfície; 57, nas oficinas; e 28 no setor administrativo. No serviço de assistência médica, a empresa mantinha um médico e um enfermeiro para atender os trabalhadores e seus familiares, mesmo na época em que todos eram segurados do INPS; no setor educacional havia prédios escolares nas vilas operárias; na área de recreação, a companhia era proprietária da Sociedade Recreativa Cruz de Malta e outros três clubes com praças de esporte, além de três cinemas, um em Lauro Müller e os outros dois nos distritos de Guatá e Barro Branco; no setor habitacional, os operários pagavam por suas casas “módicos alugueis”. No âmbito municipal, a companhia mantinha um serviço de abastecimento de água para toda a população, disponibilizando, inclusive, torneiras públicas em locais onde era impossível fazer ligações domiciliares; e também era dona do único serviço telefônico do município.¹⁰⁹

No município de Urussanga, Fiuza da Rocha relata a estrutura construída pela Companhia Carbonífera Urussanga (CCU) e seu moderno sistema de cabo aéreo existente em 1938. Rocha descreve a estrutura edificada pela Companhia Minas do Rio Carvão, pela Sociedade Brasileira Carbonífera Santa Clara Ltda. e pela Sociedade Brasileira Carbonífera Visconde Taunay Ltda. Constituída em 1918 por empresários de Minas Gerais, a CCU tinha, em 1938, uma estrutura mecanizada composta por um lavador de carvão com capacidade de 300 t/10h, instalado em 1922, considerado o mais moderno da época; uma mesa de escolha dotada de movimento lento e contínuo; uma caixa de lavagem, um tipo de *Jig*; uma usina de energia termoelétrica que fornecia energia elétrica às minas, ao lavador, à vila operária,

¹⁰⁷ Ibid..

¹⁰⁸ Estima-se que durante a Segunda Guerra Mundial o número de empregados da companhia tenha chegado a 2.500 trabalhadores, e a população de Lauro Müller tenha aumentado para cerca de 35 mil habitantes. (Cf. Mário Belolli et. Alii. A história do carvão de Santa Catarina (1790-1950). Criciúma: Imprensa Oficial do Estado do Estado de Santa Catarina, 2002).

oficina, serraria e ao escritório da companhia. Nas minas, a companhia dispunha de equipamentos mecanizados usados nas frentes de serviço, entre os quais cortadeiras movidas a ar comprimido.¹¹⁰

Em termos de equipamento moderno, nada se comparava ao sistema de transporte por cabo aéreo. O carvão escolhido era transportado da mina do Rio América até o lavador de Rio Deserto. Esse moderno sistema de transporte era composto de três cabos: um para as caçambas carregadas; um para o retorno das caçambas; um de tração de cerca de 7.000 metros de extensão; e vinte torres de madeiras para o repouso dos cabos por onde circulavam 32 caçamba com capacidade de 500 kg. Além disso, o cabo aéreo tinha dois carros para transportar passageiros, sendo quatro pessoas por carro. Segundo a inspeção feita pelo geólogo José Fiuza da Rocha em 1938, a segurança do cabo aéreo era “perfeita”, a sensação da viagem não era “desagradável” e a paisagem que se avistava “sobre os vales dos rios” era “soberba!”.¹¹¹ Na década de 1970, quando ainda estava em funcionamento, Carvão de Pedra caracterizou esse sistema da seguinte forma:

O teleférico, que tem a idade do funcionamento de Urussanga, foi uma obra verdadeiramente ciclópica. Construído na Alemanha (torres, cabos e troleis), como aliás a maioria das máquinas e equipamentos da empresa, ainda está em pleno funcionamento. Uma obra dessa natureza seria hoje impraticável pelo seu custo elevado. A Urussanga pagou por ele, à época, 250 contos de réis.¹¹²

A estrutura de mineração da CCU impressionava não somente a população, mas também visitantes, engenheiros e geólogos vindos dos principais centros urbanos do país. Na Companhia Minas do Rio Carvão, onde trabalhavam 123 operários nas minas do Rio América, Fiuza da Rocha informa que havia guincho para puxar as vagonetas carregadas de carvão proveniente do subsolo da mina; que havia locomotivas elétricas, vindas da Alemanha, com capacidade para rebocar 25 vagonetas metálicas carregadas de carvão. Na vila operária, as cem casas de madeira dispunham de um só fogão e eram “mais confortáveis” do que as casas de Rio Deserto, onde havia sessenta casas de madeira, “modestas, cômodas, higiênicas e isoladas”, além de uma Igreja, uma escola, um clube esportivo e um armazém.¹¹³

¹⁰⁹ Cf. Carvão de Pedra. Rio de Janeiro, jul.-ago.-set.-out./1970, p. 48.

¹¹⁰ Cf. José Fiuza da Rocha & Evaristo Pena Scorza, *Estratificação do Carvão em Santa Catarina*, op. cit., p. 128.

¹¹¹ Ibid., p. 113. O cabo aéreo de Urussanga, importado da Alemanha, tinha cerca de 3.500 metros de comprimento.

¹¹² Carvão de Pedra. Rio de Janeiro, set.-out.-nov.-dez./1975, p. 59.

¹¹³ José Fiuza da Rocha & Evaristo Pena Scorza, op. cit., p. 128.

A estrutura da indústria carbonífera de Criciúma, na década de 1930, também chamava a atenção dos inspetores do DNPM. Em 1936, a Companhia Carbonífera de Araranguá, também arrendatária da Estrada de Ferro Dona Tereza Cristina, mantinha cerca de 120 operários e quarenta casas de madeira, compostas de uma sala, dois quartos e uma cozinha, além da tradicional “patente”.¹¹⁴ Dois anos depois, o geólogo Fiuza Rocha enaltece o progresso de Criciúma, “sem desprimor para outras cidades do sul do Estado, que também estão em franco progresso”, afirmando que era uma das cidades de Santa Catarina onde, nos últimos doze anos, havia ocorrido “maiores melhoramentos”.¹¹⁵ Nessa época, a indústria do carvão de Criciúma podia ser dividida em quatro grupos:

Quadro 05 – Empresas de Mineração de Criciúma em 1938			
Empresas do Grupo 01	Empresas do Grupo 02	Empresas do Grupo 03	Empresas do Grupo 04
Cia. Brasileira Carbonífera de Araranguá (CBCA)	Soc. Carbonífera Próspera S.A.	Mina Angeloni & Cia. Ltda.	Mina Boa Vista de Paulo Bernardo Rovaris
Mina João Cechinel	Mina Celeste Zilli	Mina Colonial de José Casagrande & Cia. Ltda.	Soc. Brasileira Carbonífera União Ltda.
Soc. Brasileira Carbonífera Progresso Ltda.	-	-	Montanha Carbonífera S. A.
Mina Fiorente Meller	-	-	Cia. Metropolitana S. A.
-	-	-	Mina Felisberto Zanetta
-	-	-	Mina José Zanetta

Fonte: José Fiuza da Rocha; Evaristo Pena Scorza. Estratigrafia do carvão em Santa Catarina. Rio de Janeiro: DNPM, Boletim n.º 104, 1940.

Entre as minas de Criciúma descritas, apenas duas contavam com equipamentos mecanizados, tipo perfuratrizes automáticas e lavadores. As demais desenvolviam a mineração com processos rudimentares, praticamente trabalhos manuais de lavra e beneficiamento.¹¹⁶ A CBCA tinha quatro lavadores de moinha, guincho para transportar o carvão escolhido até o depósito; o trabalho de beneficiamento era manual – havia 190 operários para os serviços de extração, 65 operárias para a escolha e cem para os demais serviços (escritório, ferraria, carpintaria, pesquisas de carvão, etc.). A vila operária era composta por 49 casas com luz elétrica, uma igreja e uma escola. A Mina João Cechinel pertencia a um grupo de colonos, empreiteiros da CBCA. A proprietária do terreno era a viúva de Gabriel Benedetti, que recebia 400 reis por tonelada de carvão. “a título de indenização pelos prejuízos que a exploração” trazia “aos seus trabalhos de lavoura e pelos estragos

¹¹⁴ Marcello Taylor Carneiro de Mendonça, A situação atual da indústria carbonífera do Sul de Santa Catarina, op. cit., 1936.

¹¹⁵ José Fiuza da Rocha & Evaristo Pena Scorza, op. cit., p. 131.

sofridos pelo solo da propriedade”.¹¹⁷ Na mina, trabalhavam 23 turmas de operários compostos de mineiros, ajudantes e vagoneteiros, além de vinte moças no serviço de escolha. Na Sociedade Carbonífera Próspera trabalhavam sessenta turmas de operários também formados por mineiros, ajudantes e vagoneteiros, e mais cinquenta moças na escolha. A vila operária era constituída por cerca de cem casas de madeira, todas pintadas com tinta vermelha produzida pela própria indústria do carvão. A Mina Angeloni & Cia. Ltda., assim como a maioria das minas registradas pelo inspetor Fiuza da Rocha, também era uma empreiteira da CBCA, onde trabalhavam catorze turmas de operários, dez escolhedeiras e mais catorze trabalhadores encarregado dos transporte e administração.¹¹⁸

Nesse período, a Companhia Metropolitana S.A., que vinte anos mais tarde tornou-se uma das mais promissoras empresas carboníferas da região, contava com uma estrutura de mineração relativamente pequena. A extração do “ouro negro” era feita por sete turmas de trabalhadores (mineiros, ajudantes e vagoneteiros) e a escolha do carvão estava a cargo de um grupo de cinco mulheres. A produção diária variava de seis a sete toneladas e a mensal atingia cerca de 150 toneladas.¹¹⁹

Na década de 1960, a estrutura de mineração da Metropolitana era qualificava como uma das melhores do país. Além de uma impressionante estrutura semi-mecanizada, com capacidade para produzir 14 mil tonelada mensais, dispunha de um complexo social-esportivo composto pelo Centro Recreativo dos Trabalhadores; pelo “famoso” Esporte Clube Metropol; pelo estádio de futebol Euvaldo Lodi; por um conjunto de casas devidamente diferenciadas para operários, engenheiros e funcionários do setor administrativo; e serviços de assistência médica e dentária. No Recreio do Trabalhador, os mineiros podiam jogar basquete, vôlei, futebol de salão, usar a biblioteca, participar de bailes e ainda assistir, gratuitamente, projeções cinematográficas.¹²⁰

Outro aspecto que merece uma breve descrição analítica é sobre a produção e expansão da indústria carbonífera catarinense. Como foi salientado anteriormente, as duas guerras mundiais impulsionaram a abertura de minas e o crescimento da produção de carvão. Utilizando novamente as palavras do prefeito de Criciúma, Addo Caldas Faraco, a guerra

¹¹⁶ As Minas do Grupo 1 estavam localizadas na região Linha Rio Criciúma; as do Grupo 2, ao longo da estrada Criciúma-Jaguaruna; as do Grupo 3, na Linha Estrada Criciúma-Cocal; e as Minas do Grupo 4, na Linha Rio Sangão (Cf. José Fiuza da Rocha & Evaristo Pena Scorza, op. cit.).

¹¹⁷ José Fiuza da Rocha & Evaristo Pena Scorza, op. cit., p. 138.

¹¹⁸ Ibid.

¹¹⁹ Ibid., p. 152. Até a década de 1960, a maioria das minas funcionava sob o regime de empreitada para as grandes companhias. No espaço de trabalho, o mineiro também trabalhava por empreitada, tendo certa autonomia para formar a sua equipe de trabalho (ajudante e vagoneteiro).

¹²⁰ Carvão de Pedra. Rio de Janeiro, mar.-abr.-mai.-jun./1970, p. 49.

serviu, mais uma vez, para “acordar as nossas minas da longa letargia em que choraram o sonho desfeito do progresso”.¹²¹ Em termos de produção, conforme mostra a tabela abaixo, durante a Segunda Guerra Mundial houve um aumento do consumo do carvão nacional em relação ao estrangeiro, fator decisivo para consolidar o consumo do carvão brasileiro pelo mercado

Tabela 05 - Percentagem de Consumo do Carvão Nacional e do Estrangeiro na Economia Brasileira (1937-1948)

Anos	Carvão Nacional	Carvão Estrangeiro
1937	33%	67%
1938	37%	63%
1939	43%	57%
1940	52%	48%
1941	56%	44%
1942	74%	26%
1943	77%	23%
1944	79%	21%
1945	74%	26%
1946	64%	36%
1947	56%	44%
1948	66%	34%

Fonte: Mineração e Metalurgia. A política do carvão. Rio de Janeiro, v. XIV, n.º 83, janeiro-fevereiro/1950.

Mesmo considerando que no período pós-guerra o carvão importado tenha voltado a ocupar boa parte do mercado, houve, pelo menos, dois aspectos que contribuíram para consolidar a indústria do carvão nacional. Primeiramente, a indústria carbonífera do país demonstrou que tinha capacidade para abastecer o mercado interno. Segundo, as contingências da guerra ensinaram ao governo brasileiro, mais uma vez, que não era seguro nem estratégico depender tanto do carvão “alienígena”.

Entre as medidas tomadas pelo governo brasileiro durante a Segunda Guerra Mundial, cabe lembrar que em agosto de 1942 ele reservou para si, isto é, para o país, toda a produção de carvão de Santa Catarina, e “institui, como medida de emergência, a entrega obrigatória ao governo federal de todo o carvão nacional”.¹²² Nessa época, os mineiros eram convocados a trabalhar e, se recusassem, estavam sujeitos a ser presos por insubordinação ou “impatriotismo”. Como a venda do carvão era garantida, a região de Criciúma transformou-se numa espécie de “eldorado do ouro negro”, pois em todo o lugar abriu-se uma boca de mina, fato que levou alguns engenheiros a caracterizar a extração de carvão como uma forma de garimpagem. Conforme mostra a tabela abaixo, no decorrer do século XX surgiram centenas

¹²¹ Sindicato Nacional da Indústria da Extração do Carvão, A batalha do carvão, op. cit., p. 61.

de empresas de mineração de carvão na região carbonífera de Santa Catarina, sendo que o maior número de minas abertas ocorreu durante a Segunda Guerra Mundial:

Tabela 06 - Número de Empresas Carboníferas de SC (1925-1968)

Ano	N.º de Empresas	Produção de Carvão Bruto (t)
1925	07	85.197
1939	31	204.181
1942	118	432.594
1947	24	1.030.211
1955	26	1.325.512
1968	13	3.489.543

Fontes: José Fiúza da Rocha, DNPM, boletins de 1928 e 1940; DNPM, Relatório de diretoria de 1948; Carvão de Pedra, nov.-dez./1968 e jan.-fev./1969; Mário Belolli. A história do carvão de Santa Catarina, 2002.

De acordo com os dados contidos na tabela acima, observa-se que a diminuição do número de empresas carboníferas não resultou na diminuição da produção de carvão. Em geral, houve uma concentração de capital, em que as grandes companhias compraram e incorporaram as pequenas empreiteiras no âmbito de suas atividades. Em 1940, o jornal A Imprensa, de Tubarão, informa que somente em Criciúma havia 32 empresas carboníferas em funcionamento (Anexo 2), e Mário Belolli afirma que em 1942 – ano em que Getúlio Vargas declarou guerra contra a Alemanha e seus aliados, e decretou a aquisição de toda a produção nacional de carvão como medida de emergência do estado de guerra – havia 118 empresas de mineração na região carbonífera de Santa Catarina (Anexo 3). Neste ano, Belolli informa que entre pequenas, médias e grandes companhias, 93 situavam-se na região de Criciúma; 13, em Urussanga; 09 em, Lauro Müller; e 03, em Siderópolis.¹²³

Em comparação com os outros Estados produtores, Santa Catarina foi o Estado que mais abriu minas de carvão no século XX. Das 39 empresas carboníferas existentes no país em 1955, por exemplo, 26 estavam em Santa Catarina; seis, no Paraná; cinco, no Rio Grande do Sul; e duas, em São Paulo. Em 1968, o número de empresas carboníferas do Brasil diminuiu para dezenove, sendo treze em Santa Catarina, três no Rio Grande do Sul e três no Paraná.¹²⁴ No caso de Santa Catarina, a década de 1960 representa o início efetivo de um amplo processo de concentração de capital nas grandes companhias e da mecanização do sistema de lavra e beneficiamento das minas.

¹²² Decreto-lei n.º 3.605, de 10/09/1941 e decreto-lei n.º 4.613, de 25/08/1942. In: Sindicato Nacional da Indústria de Extração do Carvão. A legislação sobre o carvão nacional: programas e planos governamentais. Rio de Janeiro: 1961.

¹²³ Cf. Mário Belolli et. Alli, A história do carvão de Santa Catarina, 2002, p. 149-150.

¹²⁴ Cf. Carvão de Pedra. Rio de Janeiro, nov.-dez./1968 – jan.-fev./1969.

Em geral, os obstáculos encontrados pela indústria carbonífera em sua trajetória histórica foram muitos, mas mesmo com os regulares períodos de crise, a partir de 1930 o setor carbonífero catarinense continuou expandindo a estrutura industrial de mineração por toda a região. Conforme mostra a tabela abaixo, a partir de 1929 a produção do carvão catarinense foi aumentando gradativamente, até que, em 1946, Santa Catarina assumiu a liderança na produção nacional. Os dados informam também que no período das duas guerras mundiais a produção cresceu e, no pós-guerra, diminuiu. Em termos de produção, de 1924 a 1968 houve vários períodos de queda, mas os anos de crescimento foram muito maiores:

Tabela 07 – Produção Catarinense de Carvão Bruto (1924-1968)

ANOS	PRODUÇÃO (Toneladas)	Crescimento/Queda Produção Carvão SC	% RELAT. PRODUÇÃO NACIONAL
1924	82.696	Crescimento	22,39
1925	85.197	Crescimento	21,75
1926	63.050	Queda	17,70
1927	48.216	Queda	14,10
1928	8.859	Queda	02,72
1929	40.629	Crescimento	10,90
1930	46.409	Crescimento	12,06
1931	67.352	Crescimento	13,65
1932	57.118	Queda	10,52
1933	100.516	Crescimento	15,55
1934	134.378	Crescimento	18,40
1935	150.888	Crescimento	17,96
1936	137.167	Queda	20,72
1937	106.078	Queda	13,90
1938	171.010	Crescimento	18,85
1939	204.181	Crescimento	19,51
1940	265.638	Crescimento	19,88
1941	334.962	Crescimento	23,79
1942	432.594	Crescimento	24,38
1943	678.451	Crescimento	32,65
1944	638.788	Queda	33,48
1945	815.678	Crescimento	39,35
1946	914.300	Crescimento	48,20
1947	953.118	Crescimento	47,69
1948	1.040.884	Crescimento	51,41
1949	1.125.908	Crescimento	52,88
1950	1.005.174	Queda	51,31
1951	983.619	Queda	50,11
1952	892.821	Queda	45,57
1953	943.504	Crescimento	46,59
1954	996.013	Crescimento	48,46
1955	1.325.512	Crescimento	56,44
1956	1.326.452	Crescimento	58,03
1957	1.245.791	Queda	58,87
1958	1.406.079	Crescimento	63,84
1959	1.436.398	Crescimento	66,84
1960	1.439.434	Crescimento	66,63
1961	1.461.554	Crescimento	65,21
1962	1.561.696	Crescimento	64,10
1963	1.581.052	Crescimento	61,49
1964	2.123.213	Crescimento	65,41

1965	2.240.140	Crescimento	66,45
1966	2.575.657	Crescimento	70,26
1967	3.097.300	Crescimento	71,39
1968	3.489.543	Crescimento	72,28

Fontes: Eugenia Exterkoetter Heidemann. O carvão em Santa Catarina, 1918-1954. Curitiba: UFPA, 1981 (Dissertação de Mestrado).

Maurício Aurélio Santos. Crescimento e crise na região sul de Santa Catarina. Florianópolis: UDESC, 1997.

Como já foi salientado anteriormente, o estado de guerra fez da década de 1940 uma década de ouro para a indústria carbonífera catarinense, principalmente para alguns mineradores. Enquanto diversas indústrias do país entraram em crise no período da Segunda Guerra Mundial, no Sul de Santa Catarina a indústria carbonífera expandiu sua estrutura de mineração e conquistou um espaço no mercado nacional. Foi também na década de 1940 que foi criada a Companhia Siderúrgica Nacional (CSN). Iniciada em 1941 e inaugurada em 1946, pode-se dizer que a partir da CSN o Brasil começou a construir a sua estrutura industrial em bases nacionais. E se para a indústria brasileira a CSN foi importante, para a indústria carbonífera catarinense foi fundamental. A instalação da CSN não só marcou o início da intervenção estatal na exploração efetiva do carvão, como também marcou a presença do Estado no processo de venda, distribuição e consumo do carvão nacional. No Sul de Santa Catarina, na segunda metade da década de 1940, a CSN implantou um complexo industrial constituído por minas de carvão (Siderópolis e Criciúma), usina de beneficiamento em Capivari (Tubarão) e a Usina Termoeletrica de Capivari (UTE), em Tubarão.¹²⁵ Além disso, construiu vilas operárias, estádios de futebol, escolas, igreja, clubes recreativos, armazéns, estradas, instalações no porto de Imbituba e ainda desenvolveu um amplo serviço de assistência médica e social às famílias mineiras.¹²⁶

Enfim, no século XX, principalmente no período de 1930 a 1970, formou-se na região carbonífera de Santa Catarina uma paisagem configurada pela economia e cultura desenvolvida em torno da indústria do carvão. A estrutura de mineração construída na região evidencia diversos aspectos, entre os quais a inserção do setor carbonífero no processo de industrialização do país, a transformação drástica da paisagem geográfica, a edificação de uma arquitetura urbana peculiar e a formação da classe operária mineira. De um modo geral, cada companhia de mineração comportava, no mínimo, uma estrutura de extração do carvão,

¹²⁵ Oswaldo Pinto Veiga, O problema do carvão catarinense, 1961.

¹²⁶ De um modo geral, a CSN estabeleceu um padrão em relação à tecnologia de extração do carvão, nas relações de trabalho e nas políticas de assistência aos trabalhadores e seus familiares, e também foi modelo em termos de degradação ambiental.

um conjunto de trabalhadores/as e uma vila operária, e também serviços de assistência médica, políticas de subsídio à alimentação e à moradia.¹²⁷

A importância e o crescimento da indústria carbonífera, bem como a formação de uma classe operária numerosa e politicamente organizada por um movimento sindical forte e atuante, resultou na ampliação de serviços médicos e políticas de saúde pública. Assim, os maiores investimentos e recursos para melhorar o estado de saúde da população foram destinados aos mineiros, ferroviários e suas famílias. As políticas de saúde, no entanto, não visavam apenas atender os interesses da economia regional. A julgar pelas constantes reclamações dos mineradores em relação à falta de recursos para cumprir as normas estabelecidas pelo código de higiene e segurança nas minas, e à resistência em cumprir requisitos determinados pela legislação trabalhista, que obrigava a prestação de serviços médicos no ambiente de trabalho, conclui-se que os serviços de saúde implementados na região carbonífera constituíram-se como políticas de Estado. Ao contrário da visão que explica o desenvolvimento de políticas de saúde subordinadas aos interesses da indústria carbonífera, houve uma intervenção do Estado com o propósito de elevar o padrão de saúde da população, considerando o ideal de construção de uma sociedade industrial moderna. Esse ideal de sociedade, no entanto, não sofreu resistência apenas da classe empresarial, mas também de uma população original e culturalmente habituada com o trabalho agrícola e a pesca.

A batalha do carvão e o projeto de modernização da indústria carbonífera nacional

Após a Segunda Guerra Mundial, surge mais uma crise no setor carbonífero nacional, quando então tem início a Batalha do Carvão, um conjunto de estratégia criada pelos dirigentes da indústria carbonífera nacional para pressionar e convencer o governo federal a assegurar o comércio do carvão nacional, investir em infra-estrutura de transporte, disponibilizar recursos financeiros para modernizar as minas e ainda providenciar políticas de assistência médico-social às famílias mineiras. Essa batalha foi oficializada no Rio de Janeiro

¹²⁷ Essa configuração econômico-cultural começou a se modificar na década de 1960, época em que a economia do carvão ainda era considerada a principal força propulsora do progresso regional. Criciúma, a Capital Brasileira do Carvão, era uma das cidades catarinense que mais crescia, uma “cidade moderna” cujo principal fator de desenvolvimento era a indústria carbonífera. A partir daí intensificou-se um processo de diversificação

em 1947 e 1949, numa série de reuniões, debates e conferências realizadas em duas mesas redondas nacionais, organizadas para discutir e equacionar os problemas da indústria do carvão nacional. O evento contou com a participação de engenheiros, diretores, técnicos, proprietários de minas, políticos e autoridades governamentais. A temática da “modernização” apareceu praticamente em todas as discussões.

A polarização dos debates resultou das divergências entre os representantes das companhias carboníferas particulares e os da Companhia Siderúrgica Nacional (CSN). Uma das divergências foi explicitada na 502ª. Sessão Ordinária da mesa redonda de 1949, momento em que o Cel. Oswaldo Pinto da Veiga, representante da CSN, expôs os motivos que justificaram a posição contrária ao aumento de preço da cota de carvão, reivindicada pelo Sindicato da Indústria Nacional do Carvão. Na ocasião, o Cel. Pinto da Veiga reafirma, de forma contundente, que a meta da CSN era produzir carvão mais barato e de melhor qualidade; informando que o complexo de mineração instalado em Siderópolis e Criciúma estava extraindo carvão com um custo menor do que o extraído pelas companhias carboníferas privadas; que a CSN tinha a “melhor usina de beneficiamento instalada no Brasil” e, que além de produtora, era a maior consumidora do carvão catarinense; ressalta que a política que deveria ser implementada para solucionar o problema do carvão nacional era “a de sua racional extração, de seu beneficiamento econômico, de sua boa qualidade, de sua padronização, de seu mercado (...)”. Na avaliação do Cel. Pinto da Veiga, a indústria carbonífera catarinense formava uma “dispersão de pequenas companhias”, seus equipamentos tinham baixo rendimento e os mineiros produziam pouco. Era necessário, portanto, mudar esse quadro mediante uma política de mecanização das minas e “a fusão de várias companhias em uma só”.¹²⁸

Os mineradores das companhias particulares estavam cientes de que precisavam investir na mecanização de suas minas, mas alegavam que não tinham recursos suficientes para implementar os investimentos necessários. Assim, na 505.ª sessão ordinária, Heriberto Hülse, representante dos mineradores de Santa Catarina, refutou os argumentos da CSN. Hülse questionou a afirmação feita pelo Cel. Pinto da Veiga de que a CSN estava produzindo carvão a um custo mais baixo. Argumentou que se a empresa estatal estava conseguindo extrair o carvão com um custo menor, era porque ela havia tido o privilégio de dispor de

industrial na região e a economia do carvão passou a figurar como uma das indústrias dentre outras que foram surgindo.

¹²⁸ Oswaldo Pinto da Veiga, In: Sindicato Nacional da Indústria de Extração do Carvão, A batalha do carvão, op. cit., p. 101-113.

recursos para investir na mecanização de suas minas, e ainda contava com outras “facilidades” tributárias:

Alega a CSN que está extraindo carvão por preços inferiores aos que adquire dos demais mineradores. Admitamos esta afirmativa e devemos ponderar que, nesse custo baixo, estão incluídas as minerações a céu aberto e subsolo, esta, no momento, quase totalmente paralisada. A CSN poderá extrair o carvão por preço mais baixo, em virtude de ter obtido do governo os necessários recursos para mecanizar suas minas, no que foram empregadas dezenas de milhões de cruzeiros, além de ter assegurado o consumo de sua produção em Volta Redonda, ao passo que as demais empresas não dispuseram dos recursos necessários para melhorar os métodos da sua produção e estão à mercê das necessidades da CSN, sem possibilidade de obterem mercados de caráter permanente. Esta companhia, durante a última guerra, tinha prioridade, e continua tendo, para importação de máquinas necessárias à sua mecanização, enquanto que as empresas particulares não conseguiam importar máquinas, apesar de todos os esforços desenvolvidos neste sentido. Outras facilidades tem ainda a CSN, como isenção de direitos de importação, isenção de impostos, taxas, selos, contribuições e quaisquer outras tributações estaduais e municipais, conforme o decreto 3.002, de 30 de janeiro de 1941, inclusive o direito de desapropriação. Goza ainda do abatimento de 15% nos fretes marítimos e ferroviários para os materiais necessários ao seu consumo.[sic!]¹²⁹

A mecanização e a racionalização dos métodos de trabalho eram apontadas como forma de baixar os custos de produção e tornar o carvão competitivo com o importado, considerado melhor e relativamente mais barato. Mas para a modernização das minas, era preciso obter os privilégios de que dispunha a CSN. Segundo Heriberto Hülse, o setor carbonífero nacional precisava de “uma legislação capaz de garantir o investimento de novos capitais a fim de podermos modernizar o sistema de extração e padronização, equiparando-nos com a CSN nas vantagens, direitos e obrigações – única maneira de produzirmos por menor preço e dar estabilidade à indústria”.¹³⁰ Os mineradores, portanto, concordavam com o diagnóstico exposto pelo Cel. Pinto da Veiga, mas exigiam as mesmas vantagens da companhia estatal.

No cenário nacional, sobretudo nos Estados do Rio de Janeiro e São Paulo, observa-se que os ideais de modernização e racionalização da indústria nacional já faziam parte dos discursos de uma jovem geração de empresários e profissionais liberais desde a década de 1920. Nas décadas posteriores intensificou-se o discurso da racionalização, materializando-se em políticas institucionais disseminadas e implementadas nos principais centros industriais

¹²⁹ Heriberto Hülse, In: Sindicato Nacional da Indústria de Extração do Carvão, *A batalha do carvão*, op. cit., p.152.

¹³⁰ Idem, p.152.

do país.¹³¹ Nessa época, o engenheiro-industrial Roberto Simonsen estava convicto de que a racionalização do sistema de produção era a solução para superar as deficiências econômicas e os problemas sociais. Simonsen defendia a indústria moderna, salientando que se tratava do modelo atual de desenvolvimento das sociedades mais avançadas, mais civilizadas. Do seu ponto de vista, a independência econômica de uma grande nação passava necessariamente por um processo nacional de industrialização. Argumentava que os países que estavam na vanguarda da civilização consideravam a indústria nacional um empreendimento da nação e não apenas um negócio individual. Assim, cabia ao Estado o papel de coordenador e disciplinador do processo de modernização.¹³²

Voltando ao cenário da indústria carbonífera nacional, nos bastidores da Batalha do Carvão, deflagrada no final da década de 1940, os mineradores de Santa Catarina reivindicavam a intervenção do Estado para assegurar um mercado estável e seguro para o carvão brasileiro. Entretanto, esta intervenção deveria acontecer de acordo com as diretrizes estabelecidas pela indústria carbonífera privada. Com base nessa premissa, os representantes das companhias carboníferas particulares, presentes na mesa redonda de 1949, criticaram o decreto n.º 9.826, de 10 de setembro de 1946, que determinava que todo o carvão produzido em Santa Catarina deveria ser entregue à Companhia Siderúrgica Nacional, com preço, características, produção e distribuição fixados por ela. Além disso, definia o valor de fretes ferroviários e hidroviários, bem como as taxas e outras despesas portuárias.

Os mineradores de Santa Catarina afirmam que tinham interesse em uma política legislativa para o carvão nacional, mas alegam que não haviam sido chamados ou ouvidos para expor seu ponto de vista a respeito da indústria carbonífera catarinense. Heriberto Hülse diz reconhecer o esforço do governo brasileiro com a indústria do carvão, mas explicita as restrições do setor carbonífero catarinense em relação a alguns artigos do decreto 9.826, e lamenta a atitude dos órgãos competentes que não discutiram com os mineradores, por meio do sindicato. A principal crítica apontada por Hülse era em relação à CSN, pois o decreto estabelecia que a produção do carvão deveria ser entregue a ela, com preço e características impostos pela estatal. Da mesma forma, João Macari, outro representante dos mineradores catarinenses, resumiu o problema criado pelo decreto da seguinte forma:

¹³¹ Cf. Bárbara Weinstein, (Re)formação da classe trabalhadora no Brasil, 2000, p. 34.

¹³² Ibid., p. 38-39. Se a indústria nacional era um “negócio da nação”, cabia ao Estado desempenhar um determinado papel nesse processo. Segundo Weinstein, “Simonsen e outros passaram a atribuir ao Estado a responsabilidade de fomentar relações harmoniosas entre capital e trabalho, chegando a considerar o Estado como um mecanismo potencialmente útil para disciplinar os membros de sua própria classe.” (Ibid., p. 71). Nesse sentido, pode-se dizer que a ideologia da modernização e da racionalização tinham de ser incutida também na própria burguesia industrial do país.

O último decreto, de n.º 9.826, de 10-9-46, que monopolizou a produção catarinense em favor da Cia. Siderúrgica Nacional, deixou os produtores sempre à mercê dessa empresa, embora entregassem à mesma a sua produção; êsse decreto-lei, que favoreceu a mesma, concedendo-lhe direitos de toda a espécie, estabeleceu tipos de carvão, tabelou preços e facultou-lhe, ainda, a liberdade exagerada e dominadora de receber a quantidade e qualidade de carvão que quizesse, com o que desnortou os planos de trabalho dos produtores, deixando-os para sempre perplexos e em situação confusa [sic!].¹³³

Cel. Pinto da Veiga contra-argumenta, salientando que o decreto não havia propiciado grandes vantagens à Companhia Siderúrgica Nacional, como supunha Hülse. Ressalta que o polêmico decreto criou para os mineradores “absoluta garantia de mercado” e que a CSN era “a garantia ou o fiel da balança do carvão de Santa Catarina”, ou seja, “foi exatamente este decreto que deu aos mineradores de Santa Catarina um amplo mercado para todos os seus tipos de carvão”.¹³⁴ Os mineradores das companhias privadas reconheciam a importância da estatal, mas recusavam-se a ficar subordinados a ela. João Macari, um dos mineradores, explicita claramente o dilema em questão: a CSN era uma “antagonista de nossa classe”, e paradoxalmente representava “uma garantia para a sobrevivência do carvão catarinense”.¹³⁵

Outros atores importantes do movimento de defesa do carvão nacional foram os engenheiros e geólogos. Na mesa redonda de 1949, a comissão de lavra apresentou seu relatório. A forma como estavam sendo exploradas as minas em Santa Catarina, segundo o expositor da comissão, dificultava um desenvolvimento racional da mineração. O afloramento das jazidas, isto é, a baixa profundidade onde se encontrava o minério, facilitava a sua exploração por qualquer cidadão desprovido de capital e tecnologia, “qualquer um improvisava com êxito a mineração”. Nessas condições, era provável que houvesse na região carbonífera de Santa Catarina, na década de 1940, cerca de “1.000 bocas de minas praticadas em afloramentos”, trazendo como consequência explorações improvisadas, manuais, falta de capital e planejamento. Do ponto de vista do engenheiro José do Patrocínio Motta, a “facilidade de ataque imediato gerou o individualismo e a limitação da mineração a pequenas áreas, tendo se constituído numa evolução do proprietário colono ao proprietário de mina”. Assim, para solucionar os problemas causados pela exploração “desordenada”, propõe um

¹³³ João Macari, In: Sindicato Nacional da Indústria de Extração do Carvão, A batalha do carvão, 1950, p. 73-74.

¹³⁴ Oswaldo Pinto da Veiga, In: Sindicato Nacional da Indústria de Extração do Carvão, A batalha do carvão, 1950, p. 153-154.

¹³⁵ João Macari, In: Sindicato Nacional da Indústria de Extração do Carvão, A batalha do carvão, 1950, p. 74.

planejamento para diminuir o custo de produção, aumentando o rendimento por meio da racionalização e da mecanização das minas.¹³⁶

Nessa primeira fase da Batalha do Carvão, o engenheiro Ernani Cotrim, presidente do Sindicato Nacional da Indústria da Extração do Carvão, apresentou uma proposta de Projeto de Lei de Amparo à Indústria Carbonífera Nacional. Dentre os dezessete artigos do projeto, o 5.º recomendava que o governo autorizasse o Banco do Brasil a conceder “empréstimos a prazo longo e juros mínimos” às empresas que pretendiam mecanizar o sistema de produção e beneficiamento de suas minas de carvão. No âmbito dos transportes, o artigo 6.º determinava que o governo implementasse um programa de obras e equipamentos, visando ampliar e fazer reformas na Estrada de Ferro Dona Tereza Cristina, na rede ferroviária Paraná-Santa Catarina, nos portos de Imbituba e Laguna, e ainda providenciasse a constituição de uma frota carvoeira para transportar o carvão a um baixo custo. Para assegurar o consumo do carvão nacional, o artigo 12 propunha que fosse concedido

isenção de direitos e taxas de importação para o material e a maquinária, que não puderem ser construídos no país, destinados às fábricas de cimento, cerâmica, amônia sintética, hidro-carburetos e produtos siderúrgicos, que utilizarem exclusivamente os carvões nacionais e de ácido sulfúrico e fertilizantes que empregarem piratas de carvão e ácido sulfúrico deles derivados [sic!].¹³⁷

A preocupação dos mineradores em relação ao transporte ferroviário não se referia apenas ao custo que incidia sobre o valor final do carvão. Antes de o sistema ferroviário nacional incorporar o uso do óleo diesel, as ferrovias representavam um importante setor de consumo do carvão brasileiro. Conforme mostra o quadro abaixo, no período de 1953 a 1956 a média de consumo das ferrovias brasileiras do carvão, em relação ao importado, era muito maior:

Tabela 08 - Consumo de Carvão Nacional e Importado nas Ferrovias Brasileiras (1953-1956)

Ferrovias Consumidoras		1953	1954	1955	1956
Estrada de Ferro Central do Brasil; Viação Férrea do Rio Grande do Sul; Estrada de Ferro Leopoldina; Rede Mineira de Viação; Rede de Viação Paraná-Santa Catarina; Estrada de Ferro Dona Tereza Cristina; Estrada de Ferro Jacui;	Nacional	837.191	802.439	805.530	701.015

¹³⁶ Eng. José do Patrocínio Mota. In: Sindicato Nacional da Indústria de Extração do Carvão. A batalha do carvão, 1950, p. 165-167.

¹³⁷ Sindicato Nacional da Indústria de Extração do Carvão. A batalha do carvão, 1950, p. 266-267.

Estrada de Ferro Santos-Jundiaí; Estrada de Ferro Noroeste do Brasil; Estrada de Ferro Vitória-Minas; Estrada de Ferro Sorocabana; Cia. Estrada de Ferro e Minas de São Jerônimo; Cia. Mogiana de Estrada de Ferro; e Estrada de Ferro Araraquara.	Importado	126.292	103.251	149.793	85.441
Total Geral		963.483	905.690	955.323	786.456

Fonte: Sindicato Nacional da Indústria de Extração do Carvão. A legislação sobre o carvão nacional. Rio de Janeiro: s. e., 1961.

A crise do final da década de 1940 estendeu-se até 1954. Passado o *boom* da Segunda Guerra Mundial, a instabilidade e a incerteza para a indústria carbonífera nacional, inclusive para o setor catarinense, voltaram revigoradas. Agora, além da concorrência desleal com o suposto “carvão alienígena”, as companhias ferroviárias começavam a substituir a antiga Maria Fumaça por locomotivas movidas a diesel. Em face da diminuição no consumo, provocada principalmente pela utilização de diesel nas ferrovias, o futuro da indústria carbonífera ficou mais uma vez ameaçado.¹³⁸ Assim, com base nos problemas levantados na Batalha do Carvão e nos diagnósticos feitos na década de 1950, o Estado foi acionado para impulsionar um amplo processo de modernização do setor carbonífero nacional. De um modo geral, a coordenação e execução desse processo foi desempenhada por três instituições federais: o Departamento Nacional de Produção Mineral (DNPM), a Companhia Siderúrgica Nacional (CSN) e a Comissão Executiva do Plano do Carvão Nacional (CEPCAN).

Embora discursos e práticas de modernização já estivessem presentes no Sul de Santa Catarina nas primeiras décadas do século XX, principalmente com a abertura das primeiras companhias ocorridas entre 1913 e 1922, o maior impulso para o processo de modernização da indústria carbonífera ocorreu em 1953, com a criação do Plano do Carvão Nacional e a Comissão Executiva para executá-lo. Antes, porém, o DNPM já atuava na região carbonífera de Santa Catarina desde a década de 1920, instituindo normas técnicas no sistema de produção e fiscalizando a higiene e segurança nas minas. E o setor de mineração da CSN já estava funcionando em Siderópolis e Tubarão desde 1946. Nessa época, o setor carbonífero da Companhia Siderúrgica Nacional era considerado moderno em comparação com a maioria das empresas particulares, cuja produção geralmente era baseada na força de trabalho manual, por

¹³⁸ Na década de 1950, os principais consumidores do carvão catarinense eram as empresas ferroviárias, empresas de navegação, indústria metalúrgica, usinas termoeletricas e indústria de gás. Com a utilização do diesel nos sistemas de transporte ferroviário e hidroviário “a CEPCAN se viu forçada a aconselhar contenção da produção a partir de 1956, ao mesmo tempo que despendia esforços na conquista de um mercado estável, capaz de garantir completo escoamento da produção atual” (Cf. Sindicato Nacional da Indústria de Extração do Carvão. A legislação sobre o carvão nacional, op. cit., p. 148).

meio de pás e picaretas, e métodos de trabalhos “primitivos”, segundo a visão dos engenheiros.

Para suprir as necessidades industriais do mercado nacional, os próprios técnicos do governo diagnosticavam a necessidade de modernizar o sistema de extração e produção do carvão nacional. A modernização era apontada como uma solução para concorrer com o carvão importado, mediante o crescimento da produção e a melhoria da qualidade. Os industriais europeus e os norte-americanos tinham um carvão de melhor qualidade, maior capacidade de investimentos, gozavam de políticas protecionistas de seus países e contabilizavam cerca de cem anos de experiência em extração de carvão. Para competir em condições de igualdade com o chamado “carvão alienígena”, os mineradores brasileiros passaram praticamente todo o século XX reivindicando a intervenção do Estado com o objetivo de criar uma política protecionista para o carvão nacional, resolver o histórico dilema do transporte e disponibilizar créditos para modernizar e mecanizar a indústria carbonífera brasileira. Boa parte dessas reivindicações foi atendida no governo de Getúlio Vargas, primeiramente no período de 1930-1945, e depois na década de 1950, com a criação do Plano do Carvão Nacional e a Comissão para executar o Plano (CEPCAN).

A Comissão Executiva do Plano Nacional do Carvão foi autorizada a liberar recursos para concretizar o velho sonho de harmonizar capital e trabalho, sobretudo em uma época em que o comunismo assombrava as elites brasileiras. Técnicos do DNPM e engenheiros de diversas companhias destacavam a necessidade de acabar com o sistema de “garimpagem” que havia proliferado durante a Segunda Guerra Mundial. Para modernizar o sistema de exploração do carvão, no entanto, exigia-se grandes recursos financeiros, que somente as grandes companhias tinham condições de conseguir por meio de empréstimos subsidiados. Assim, a partir de 1953 o governo federal estimulou a concentração de capital nas grandes empresas, situação que resultou na incorporação das pequenas empreiteiras pelas grandes companhias. Somente a Companhia Carbonífera de Urussanga (CCU), por exemplo, no período de 1948 a 1967, adquiriu onze empresas:

Quadro 05 – Empresas Carboníferas Adquiridas pela CCU (1948-1967)	
1948	Carbonífera Sete Irmãos
1952	Carbonífera Pinheirinho
1955	Carbonífera Santa Luzia
1956	Carbonífera Palermo
1957	Carbonífera Santa Bárbara Carbonífera Montenegro
1959	Carbonífera Rio Maina Carbonífera Rio Carlota

	Carbonífera Rio Salto
1962	Sociedade Carbonífera Boa Vista
1967	Mineração Geral do Brasil

Fonte: Alcides Goularti Filho. Formação econômica de Santa Catarina. Florianópolis: Cidade Futura, 2002, p. 246.

No final da década de 1960 e início da década de 1970, Carvão de Pedra publica uma série de reportagens sobre o processo de modernização da indústria carbonífera brasileira. Em todas as matérias apresenta um conjunto de imagens que mostram equipamentos modernos de produção, como perfuratriz, escavadeiras, locomotivas elétricas no subsolo das minas, novos métodos de lavra, etc. Em Santa Catarina, a revista destaca o pioneirismo da CSN, mostra as modernas edificações da mineração do setor carbonífero da região, a reforma no porto de Imbituba, a estrutura de lazer construída pelas companhias, entre outros aspectos. Ao mesmo tempo em que destaca o processo de modernização da estrutura de mineração, Carvão de Pedra glorifica o progresso e enaltece “sua majestade, o carvão”; destaca Criciúma como a “Capital do Carvão”, a cidade que refletia a “pujança da indústria siderúrgica nacional”; mostra o progresso de Lauro Müller, Siderópolis, Içara e Urussanga; e também destaca as políticas de assistência médico-social e de saneamento criadas ou patrocinadas pela indústria do carvão e o pelos poderes públicos.¹³⁹

Considerando que a necessidade de modernização surgiu muito mais devido aos imperativos do mercado mundial e ao projeto de industrialização nacional do país, cabe ressaltar que o Estado – e não os mineradores – tomou a iniciativa e definiu as diretrizes. E essa modernização não se restringiu apenas a implementar mudanças nos métodos de lavra, beneficiamento e transportes da produção. Implicou fundamentalmente um persistente processo de mudança da mentalidade de proprietários e trabalhadores/as envolvidos, direta e indiretamente, com a economia do carvão. De um modo geral, pode-se dizer que foi necessário “modernizar” a mentalidade e “higienizar” os hábitos e costumes de mineradores e trabalhadores/as.

À medida que a indústria carbonífera catarinense expandiu sua estrutura de mineração por toda a região, dinamizando a economia industrial e desencadeando um processo de urbanização, tornou-se cada vez mais visível o custo social do progresso. Durante algumas décadas a população confrontou-se com problemas sociais até então inexistentes, ou pelo menos de pouca incidência. Ao mesmo tempo em que se glorificava o progresso, também emergiram vozes que passaram a problematizar a mortalidade infantil, as doenças e os

¹³⁹ Cf. Carvão de Pedra. Rio de Janeiro, edições de 1968 a 1972.

acidentes nas minas, as condições de moradia, a deficiência do abastecimento de água e os prejuízos decorrentes do processo de degradação ambiental de rios, solo e ar, entre outros aspectos. Para amenizar o custo social do progresso e melhorar a qualidade de vida na região carbonífera, o poder público foi pressionado a implementar e ampliar a estrutura de assistência médica, de saúde pública e de assistência social, serviços considerados necessários para assegurar a saúde da população que estava pagando um custo excessivamente alto pelo progresso. Assim, quando Getúlio Vargas criou o Plano do Carvão Nacional, em 1953, visando incentivar e coordenar o processo de modernização da indústria carbonífera, reservou parte dos recursos orçamentários aos planos de assistência médico-social e serviços de saúde pública dirigido à população trabalhadora das regiões carboníferas dos três Estados do Sul do país. Em Santa Catarina, a CEPCAN agregou em torno de si diversas instituições, entre elas o Serviço Social da Indústria (SESI), a Legião Brasileira de Assistência (LBA), a Sociedade de Assistência aos Trabalhadores do Carvão (SATC), além de prefeituras, governo do Estado e outras instituições assistências locais.

Em suma, é preciso salientar que esse processo de modernização desenvolveu-se num período em que vigoravam o medo do comunismo, das doenças contagiosas e o dramático problema da mortalidade infantil. Visando modernizar a indústria carbonífera e ao mesmo tempo equacionar os problemas sociais gerados pelo processo de urbanização e industrialização da região, precavendo-se inclusive contra desordens subversivas, várias instituições foram acionadas para difundir uma série de serviços de assistência médica, social, de educação sanitária e ações preventivas que assumiram a forma de um *processo civilizador*. De um modo geral, a modernização impôs modificações nos métodos de trabalho e mudança de mentalidade, tanto aos trabalhadores quanto aos empresários. E a difusão dos serviços de saúde destinados às famílias mineiras estava inserida no movimento geral de higienização e medicalização da sociedade brasileira.

O papel modernizador e higienizador do DNPM

Legalmente, as companhias mineradoras eram obrigadas a assegurar condições de trabalho, de acordo com o que estabelecia o Código de Minas e o Código de Higiene e Segurança no Trabalho. O serviço de fiscalização das minas de carvão e das demais indústrias

de mineração do país era responsabilidade do Serviço de Fomento da Produção Mineral, setor ligado ao Departamento Nacional de Produção Mineral (DNPM). A fiscalização da higiene, das condições de trabalhos e do plano de lavra das empresas mineradoras estava a cargo dos engenheiros, que deveriam fazer cumprir o Código de Minas de 1934. A rigor, se o código fosse inteiramente cumprido, provavelmente a maioria das companhias carboníferas de Santa Catarina, implantadas entre 1920 e 1960, não teriam as mínimas condições de funcionar. Mesmo assim, algumas modificações foram sendo feitas, entre elas a implantação gradual de medidas de segurança no ambiente de trabalho e uma política de assistência médica aos operários e seus familiares.

Nas instruções sobre a fiscalização da indústria de mineração do país, publicadas no Diário Oficial, em fevereiro de 1937, pelo Ministério de Estado dos Negócios da Agricultura, pode-se ter uma idéia de como o Estado interveio com o propósito de normatizar as relações entre capital e trabalho. Fazer cumprir o Código de Minas significava impor mudanças de mentalidade nos proprietários e seus dirigentes, assim como nos trabalhadores/as; significava impor melhorias das condições de trabalho e higiene nas minas; significava mudar a estrutura de mineração de acordo com métodos de trabalhos baseados em princípios técnicos-rationais.

Os engenheiros e médicos do DNPM eram incumbidos de fiscalizar e inspecionar a indústria de mineração do país. A eles cabia avaliar e colher informações sobre a organização de serviços médicos ou médico-hospitalares; avaliar as condições sanitárias e higiênicas no ambiente de trabalho; verificar as medidas de segurança para prevenção de acidentes; analisar o tipo de alimentação dos operários no trabalho; avaliar as instalações higiênicas na superfície e no subsolo das minas; analisar a qualidade da água destinada aos operários; analisar as instalações sanitárias das localidades onde situavam-se as minas, identificando as causas mais freqüentes de óbitos, avaliando as condições de moradia, natalidade e “condições de saúde e robustez da prole dos operários”; registrar os casos de tuberculose pulmonar, pneumonia, enterite, moléstias do coração e doenças contagiosas, etc. Além disso, os fiscais médicos deveriam

apresentar mensalmente á Diretoria do Serviço de Fomento da Produção Mineral relatorios circunstanciados das suas inspecções, offerecendo suggestões, propondo medidas e alvitando providencias, no sentido de serem rigorosamente cumpridos os preceitos de hygiene de trabalho e as regras de segurança funcional dos operarios, suggestões e medidas essas que, uma vez aprovadas, serão levadas ao conhecimento

das empresas ou companhias fiscalizadas, por intermédio da Diretoria do Serviço de Fomento da Produção Mineral [sic!].¹⁴⁰

Na região carbonífera de Santa Catarina, uma seção do Departamento Nacional de Produção Mineral (DNPM) foi instalado em Criciúma, em 1941. Além de desenvolver pesquisas geológicas e fiscalizar os planos de lavra e beneficiamento das companhias mineradoras, também desenvolvia uma política de assistência médica aos seus funcionários e às famílias mineiras de Criciúma. Em 1950, o serviço médico do DNPM dispunha de um consultório dotado de um microscópio, equipamentos cirúrgicos para pequenas operações, aparelho de pressão arterial, aparelhos para exames de laboratório e pequeno estoque de medicamentos.

Para compreender melhor o papel desse órgão federal, é necessário identificar e analisar os tipos de serviços prestados e a visão de um de seus principais funcionários, o médico sanitaria Francisco de Paula Boa Nova Jr. Em 1945, o DNMP – setor de Criciúma – prestava assistência médica direta a cerca de duzentas pessoas, entre funcionários, empregados dos serviços de sondagem e seus familiares. Em 1951 esse número caiu para aproximadamente cem pessoas, por causa do fim dos trabalhos de pesquisa e da nova crise econômica que atingia o setor carbonífero. Nessa época, Boa Nova era o responsável pelo serviço de assistência médica e fiscal de higiene e segurança das minas de carvão da região. Expressando-se de forma inusitada, ele relata que quando chegou a Criciúma, em novembro de 1944, os trabalhadores e seus familiares não tinham o hábito de procurar os serviços médicos, exceto em casos de “extrema gravidade”. Embora os serviços fossem gratuitos, os pais dos “habitantes de condição social inferior” de Criciúma, acrescenta,

tratavam seus filhos com ‘xaropadas’ preparadas em casa, ou obedeciam aos conselhos quase sempre errados e desastrosos para as crianças, das avós, comadres ou vizinhos ‘entendidos’, ou mandavam ‘benzê-las’, ou mesmo, muitas vezes, recorriam à ‘sapiência’ de algum curandeiro, que embora cobrasse a ‘consulta’ ou ‘visita’, prescrevia ‘xaropadas’ e ‘beberagens’ de custo bem mais módico que os medicamentos receitados pelo médico [sic!].¹⁴¹

Boa Nova considerava que a prática de procurar os curandeiros/as e as benzedadeiras ou seguir os conselhos das avós e dos vizinhos agravava a situação de saúde da população, principalmente em relação às crianças. Depois de algum tempo atuando com os trabalhadores

¹⁴⁰ Instruções para a Fiscalização de Empresas e Minas, Baixadas pelo Ministro da Agricultura, In: Revista Mineração e Metalurgia, março-abril/1937, p. 302-304.

¹⁴¹ Francisco de Paula Boa Nova Jr., op. cit., p. 43-44.

do DNPM e seus familiares, conseguiu “grangear a confiança de todo o pessoal” à medida que ia obtendo êxito na “recuperação completa dos enfermos”, e por meio de “advertências sérias, conselhos úteis e ensinamentos práticos”. Foi desta forma que procurou mudar “a mentalidade daquela gente boa e simples”, cuja

pouca instrução era suprida pela bôa vontade e pela obediência aos conselhos e ensinamentos ministrados no sentido de se valerem sempre dos nossos serviços aos primeiros sintomas de quaisquer doenças que os acometessem ou a seus familiares, e que não dêssem ouvidos aos curandeiros e comadres que, antes, eram os primeiros a serem procurados e ‘consultados’ [sic!].¹⁴²

Boa Nova conta, com orgulho, o fato de ter conseguido mudar a mentalidade da “gente simples”. Além de convencer as pessoas procurarem-no quando surgissem os primeiros sintomas de alguma doença, também se preocupou em difundir práticas preventivas, principalmente em relação à vacinação. Boa Nova partilhava do pensamento sanitarista que dizia que era melhor “prevenir do que curar”. Assim, nos seus oito anos de trabalho na região carbonífera coordenou um processo regular de vacinação contra o tifo, a varíola, o crupe e o tétano.¹⁴³ Além disso, conforme mostra a tabela abaixo, implementou diversos outros serviços de saúde aos trabalhadores e seus familiares:

Tabela 09 – Serviços de Saúde Desenvolvidos pelo Departamento Nacional de Produção Mineral em Criciúma (1944-1952)¹⁴⁴

Serviços e doenças	1944	1945	1946	1947	1948	1949	1950	1951	1952	Total
Curativos feitos	24	465	350	341	325	337	294	286	291	2.619
Injeções aplicadas	9	205	195	191	209	214	201	186	192	1.606
Consultas médicas	19	192	131	142	155	162	157	140	149	1.247
Visitas domiciliares	5	61	48	50	57	52	54	44	47	418
Inspeções de saúde	46	49	37	39	32	34	29	31	26	323
Acidentes de trabalho	2	17	7	9	6	12	10	13	8	84
Cirurgias pequenas	0	10	8	9	11	8	13	14	7	80
Cirurgias grandes	0	1	2	0	1	0	0	2	0	6
Doenças ap. digestivo	7	62	42	49	54	48	47	42	45	396
Doenças ap. respiratório	9	53	38	37	39	42	43	37	38	336
Doenças ap. urinário	1	16	11	12	14	15	16	14	16	115
Doenças pele e sífilis	0	18	10	12	14	15	13	12	14	108
Doenças olhos, nariz, ouvidos e garganta	0	16	14	13	15	14	12	11	13	108

¹⁴² Ibid., p. 44.

¹⁴³ Com certeza, a vacinação era e continua sendo um eficiente meio de prevenir certas doenças. A vacina é uma das principais conquistas da medicina moderna. Por outro lado, à medida que se institui a obrigatoriedade ou mesmo a “conscientização” da necessidade de se vacinar, legitima-se uma relação de dependência perante a ordem médica. Por meio da justificativa da necessidade de prevenção, também estabelece-se uma relação de poder e controle social. Na medida em que a população assimilou as vantagens da vacina, sobretudo porque se trata de um eficiente dispositivo de defesa da vida, aceitou submeter-se ao poder da medicina moderna.

¹⁴⁴ Boa Nova chegou a Criciúma em novembro de 1944. Isso explica os números baixos deste ano.

Sarampo	0	13	7	9	12	11	13	10	11	86
Coqueluche	0	10	6	9	19	12	12	11	9	79
Pneumonia	1	11	4	9	10	11	10	8	9	73
Doenças sist. nervoso	0	10	4	6	7	6	7	5	6	51
Doen. ap. locomotor	0	7	9	5	4	5	6	4	6	46
Varicela	1	8	4	3	5	6	5	4	5	41
Partos naturais	0	1	6	7	6	5	3	4	6	38
Doenças ginecológicas	0	0	3	2	2	5	6	4	5	27
Corpo estranho nos olhos	0	3	2	4	2	3	2	1	2	19
Doen. ap. circulatório	2	6	2	3	2	1	0	1	0	17
Sinusite	1	0	2	1	2	0	1	0	1	8
Abortos esp. evitáveis	0	2	0	0	1	2	0	0	1	6
Fraturas ósseas	0	1	0	0	0	2	0	0	1	4
Impaludismo	2	0	1	0	0	0	0	0	0	3
Reum. articular agudo	1	0	0	1	0	0	1	0	0	3
Infecção puerperal	0	0	1	0	1	0	0	0	1	3
Tuberculose pulmonar	0	2	0	0	0	0	0	0	0	2
Reum. blenorragico	0	0	0	1	0	0	1	0	0	2
Corpo estranho no nariz	0	9	1	0	0	1	0	0	0	2
Partos anormais	0	0	1	0	0	1	0	0	0	2
Abortos	0	0	1	0	0	1	0	0	0	2
Crupe	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
Corpo estr. nos ouvidos	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
N.º óbitos	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1

Fonte: Francisco de Paula Boa Nova Jr. Problemas médicos-sociais da indústria carbonífera sul-catarinense. Rio de Janeiro: DNPM, boletim .º 95, 1953.

Analisando os resultados apresentados acima, percebe-se que no período de 1945 a 1952 os serviços de consulta médica e visita domiciliar diminuíram. Isso se deve, provavelmente, ao declínio do número de empregados do DNPM ocorrido principalmente nos últimos anos. As doenças dos aparelhos digestivo e respiratório eram predominantes e se mantiveram praticamente estabilizadas durante a atuação de Boa Nova, indicando um grau de eficiência relativamente baixo em relação às medidas terapêuticas empregadas pela medicina científica.

Nesse mesmo período foram realizadas vacinações contra tifo, varíola e crupe. Além dos empregados do DNPM e seus familiares, foram vacinados também as famílias mineiras das companhias carboníferas que procuravam os serviços médicos deste órgão governamental. Os números apresentados por Boa Nova indicam o importante papel desempenhado pelo Departamento na área de saúde pública:

Tabela 10 – Serviço de Vacinação Realizado pelo Departamento Nacional de Produção Mineral, Seção de Criciúma (1944-1952)¹⁴⁵

Vacinação	1944	1945	1946	1947	1948	1949	1950	1951	1952	Total
Contra tifo	425	5800	4223	413	384	236	218	145	63	11490
Contra varíola	206	2829	325	194	136	81	53	32	20	3876
Contra crupe	11	62	23	18	9	6	10	9	7	155

Fonte: Francisco de Paula Boa Nova Jr. Problemas médicos-sociais da indústria carbonífera sul-catarinense. Rio de Janeiro: DNPM, boletim n.º 95, 1953.

Era incumbência do DNPM fazer estudos e pesquisas geológicas, visando produzir subsídios técnicos para a indústria de mineração do país; cabia-lhe o papel de fomentar a produção mineral; fornecer orientações técnicas para o aproveitamento racional dos recursos minerais; além disso, tinha o poder legal de fiscalizar o funcionamento da indústria extrativa nacional. Na região carbonífera, além das funções técnicas, também intermediava conflitos entre companhias mineradoras e sindicatos dos mineiros.

Aparentemente estabeleceu-se uma relação de “compadrio” entre os dirigentes das companhias carboníferas e os do Departamento. Os mineradores preocuparam-se em manter uma boa relação com este órgão do governo federal, pois sabiam que sem a “ajuda” do Estado a indústria carbonífera não teria condições de sobreviver. De certa forma, os dirigentes do DNPM, particularmente os que trabalharam no setor de Criciúma, também mantiveram “boas relações” com os mineradores. Embora essa “boa relação” tenha amenizado o poder de fiscalização do Estado sobre as minas de carvão, algumas mudanças foram exigidas.

Boa Nova, por exemplo, defendia o princípio de que as companhias carboníferas cumprissem rigorosamente a lei que determinava a realização de exames médicos para fins de contratação de trabalho. Lamentava o total descumprimento da legislação social do trabalho, salientando que era “imperdoável” que as empresas de mineração continuassem empregando trabalhadores que não passavam “pelo crivo de um exame médico rigoroso”. Muitos trabalhadores contratados eram “subnutridos e de físico franzino” e portadores de doenças crônicas. O trabalho nas minas exigia, na avaliação do médico, uma seleção não somente de acordo com as aptidões do candidato, mas a classificação dos mais fortes fisicamente e dos que estivessem em melhores condições de saúde.

¹⁴⁵ O maior número de vacinas foi aplicado nos anos de 1945 e 1946, um ano depois que um surto de tifo eclodiu em Criciúma. Esse ressurgimento levou as autoridades médicas e políticas locais a desencadear um estado de alerta geral, convocando toda a população a se vacinar. Em geral, pode-se afirmar que o medo da epidemia serviu de estímulo para as famílias se convencerem da necessidade de procurar os serviços médicos. Ao mesmo tempo em que se disseminava a vacinação, instituía-se um dispositivo disciplinar que influenciava a cultura de uma população habituada a procurar curandeiros/as, benzedeiras, parteiras e a usar os tradicionais medicamentos caseiros.

Utilizando-se de argumentos da ciência econômica, Boa Nova ressalta que a prática dos exames de admissão e exames periódicos dos trabalhadores era uma medida profilática de grande valia porque podia prevenir acidentes e evitar a diminuição da produção. O operário doente estava mais sujeito a acidentes e seu rendimento era mais baixo. Ele considerava indispensável o exame de saúde periódico nos serviços de medicina industrial. Os trabalhadores do subsolo deveriam ser examinados de seis em seis meses, e os da superfície, uma vez por ano. Toda companhia deveria ter o seu médico, cuja função seria selecionar e distribuir os operários; realizar exames periódicos de saúde; instruir os operários novos sobre os riscos do trabalho; ministrar educação sanitária aos operários e suas famílias; tomar providências para prevenir doenças transmissíveis; prestar socorro aos acidentados; inspecionar e fiscalizar os locais de trabalho; fiscalizar e avaliar a qualidade da alimentação do operariado, etc.¹⁴⁶

Nos exames de admissão, Boa Nova defendia a idéia de que deveriam ser rejeitados os “evidentemente incapazes” e os que fossem doentes ou portadores de deficiências, como: deficiência visual em grau acentuado; surdez acentuada; hipertireoidismo ou hipotireoidismo; cardiopatias; pressão sistólica acima de 160 e diastólica superior a 90; tuberculose; enfisema, bronquite crônica, asma, fibrose pulmonar; úlcera gástrica ou entérica; câncer/colelitite; apendicite crônica; nefrite crônica; doenças venéreas; artrite crônica; anquilose articular; varizes; deformidades dos pés ou dos dedos; hérnia; hipertrofia ou infecção prostáticas; epilepsia; doenças do sistema nervoso; infecções focais; diabetes; dermatoses exsudativas ou exfoliativas; insuficiência supra-renal; e anemia. Diante de uma lista tão vasta, supõe-se que se os mineradores seguissem as recomendações de Boa Nova, não conseguiriam contratar nem um único trabalhador, não da região Sul de Santa Catarina.

De um modo geral, os mineradores qualificaram a implantação da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) como um golpe contra a indústria brasileira. Em contrapartida, o DNPM de Criciúma preocupou-se em convencer os donos das companhias carboníferas de que a nova legislação trabalhista era necessária para modernizar as relações de trabalho e aperfeiçoar a indústria nacional. No âmbito da fiscalização, mesmo fazendo “vista grossa”, foi preciso criar alguns dispositivos para fazer cumprir o Código de Minas, ou pelo menos alguns dos seus artigos. Bem ou mal, houve realmente uma preocupação em melhorar as condições de higiene e segurança das minas. E, neste aspecto, o DNPM foi mais um órgão do Estado a exercer o papel de agente modernizador.

¹⁴⁶ Francisco de Paula Boa Nova Jr., op. cit., p. 52-52.

A CEPCAN e o Plano do Carvão Nacional

Em 1953, Getúlio Vargas aprova o Plano do Carvão Nacional e, ao mesmo tempo, cria a Comissão Executiva do Plano do Carvão Nacional (CEPCAN), órgão ligado diretamente à presidência da República.¹⁴⁷ O plano tinha o propósito de “conjugar as atividades de produção, beneficiamento, transporte e distribuição do carvão nacional a fim de ampliar-lhe a produção, regular o seu fornecimento, reduzir-lhe os preços e melhor aproveitá-lo como combustível e matéria-prima”.¹⁴⁸ As funções da comissão executiva, isto é, a CEPCAN, eram, basicamente: determinar e supervisionar a elaboração e execução das obras previstas no plano; decidir sobre os pedidos de financiamento; propiciar a entrega das encomendas e remessas de equipamentos do exterior; e obter cooperação de técnica nacional e estrangeira nas pesquisas geológicas e tecnológicas. De acordo com o decreto presidencial, ao governo federal cabia conceder financiamento, no limite de 180 milhões de cruzeiros, às empresas carboníferas que quisessem investir na mecanização da produção e no sistema de beneficiamento. Para conseguir o financiamento, a empresa deveria apresentar um minucioso projeto de modernização dos métodos de produção e beneficiamento, além de um convincente programa de assistência social aos trabalhadores ou, então, demonstrar que tal assistência já estava “sendo prestada de forma satisfatória”.¹⁴⁹

Em geral, a CEPCAN foi constituída para coordenar e implementar um amplo Projeto de Modernização da indústria carbonífera nacional, não somente para aperfeiçoar o sistema de produção das minas de carvão, mas também para “modernizar” a mentalidade dos proprietários e dos trabalhadores/as. O plano previa também elaborar um amplo conjunto de políticas de assistência médico-social destinadas às famílias mineiras e à população que morava nas áreas de mineração dos Estados do Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul.

Para cumprir as metas estabelecidas, exigiu-se uma estrutura administrativa de porte ministerial. De acordo o Regimento da Comissão Executiva do Plano do Carvão Nacional, aprovado por Café Filho, em janeiro de 1955, a composição e o funcionamento eram integrados por uma diretoria e um conselho consultivo, com membros nomeados pelo

¹⁴⁷ Lei n.º 1.886, de 11 de junho de 1953 (In: Sindicato Nacional da Indústria de Extração do Carvão, A legislação sobre o carvão nacional, op. cit.).

¹⁴⁸ Brasil. Leis, decretos etc. Legislação do carvão nacional, 1977, p. 351.

Presidente da República. O conselho era composto pelo diretor-executivo da CEPCAN e por representantes dos seguintes órgãos: Conselho Nacional de Minas e Metalurgia; Departamento Nacional de Portos, Rios e Canais; Departamento Nacional de Estradas de Ferro; Estrada de Ferro Central do Brasil; Companhia Siderúrgica Nacional; Sindicato Nacional da Indústria de Extração do Carvão. Também faziam parte do conselho representantes dos governos do Paraná; Santa Catarina e Rio Grande do Sul. A Diretoria Executiva era composta pela Direção Industrial de Santa Catarina; do Rio Grande do Sul e Paraná; pelo Gabinete; pela Divisão de Estudos e Projetos; Divisão de Administração; Assessoria Jurídica; e pelo Serviço de Assistência Social, cuja competência era:

- I- Concretizar os serviços da assistência social estabelecidos pela CEPCAN;
- II- Estudar a situação da assistência social aos trabalhadores da indústria carbonífera do Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul;
- III- Propor medidas capazes de melhorar a assistência social, relativa aos problemas de moradia, abastecimento de água, instrução profissional, educação dos filhos dos trabalhadores, cursos de alfabetização para adultos, postos de puericultura, recreação, assistência médica, hospitalar, dentária e farmacêutica;
- IV- Estudar os pedidos de financiamento e os planos de assistência social aos trabalhadores da empresa;
- V- Entrar em entendimento com as instituições de previdência social e órgãos de assistência social, para conseguir melhores condições de vida para os trabalhadores da indústria do carvão;
- VI- Opinar nos projetos de construção de obras destinadas à assistência social, realizada pela CEPCAN, visando proporcionar condições de vida dignas ao trabalhador da indústria do carvão;
- VII- Fiscalizar os serviços de assistência social feitos por meio de financiamento da CEPCAN.¹⁵⁰

Em dezembro de 1957, Juscelino Kubitschek prorroga a vigência da CEPCAN e aprova o novo Plano do Carvão Nacional. Nas dotações orçamentárias, estavam previstos “a construção e aparelhamento do porto de Imbituba (Cr\$ 160.000.000,00); financiamento para aquisição e instalação de equipamento para minas e aparelhagem para lavagem (Cr\$ 300.000.000,00); financiamento a empresas mineradoras para serviço de assistência social (Cr\$ 15.000.000,00); empreendimentos da Comissão Executiva do Plano do Carvão Nacional relativos à assistência social, no interesse dos trabalhadores na indústria do carvão (Cr\$ 25.000.000,00); participação da União em sociedades de Economia Mista, destinada à

¹⁴⁹ Ibid., p.350-359.

¹⁵⁰ Decreto n.º 36.745, de 03 de janeiro de 1955 (In: Sindicato Nacional da Indústria de Extração do Carvão, A legislação do Carvão Nacional, op. cit., p. 130-131).

construção de uma usina termoeletrica em Santa Catarina e no Paraná (Cr\$ 130.000.000,00 / Cr\$ 100.000.000,00)".¹⁵¹

Três anos mais tarde, Kubitschek aprova o "plano de coordenação das atividades relacionadas com o carvão mineral", reafirmando as diretrizes definidas desde 1953. O plano de coordenação tinha o propósito de controlar a indústria do carvão, "a fim de ampliar-lhe, de modo econômico, a produção, incrementar e racionalizar o seu consumo, de forma a melhor aproveitá-lo como redutor, combustível e matéria-prima". Para alcançar esta meta, a CEPCAN deveria coordenar, ampliar, modernizar e normatizar as atividades de pesquisa, lavra, beneficiamento, transporte, distribuição e também fixar o preço do carvão. O Poder Executivo autorizou nova concessão de financiamentos às empresas carboníferas que quisessem mecanizar o sistema de lavra e beneficiamento das minas, mas manteve a condição original de que esta concessão dependia da "existência ou promoção de medidas de assistência social satisfatória aos trabalhadores e seus dependentes".¹⁵²

Quanto às políticas de saúde, a comissão incumbia-se de assegurar a "complementação dos serviços de assistência social extensiva aos trabalhadores na indústria do carvão e aos seus dependentes e financiamentos às empresas de mineração, para construção de habitação de seus empregados", ou seja, para a construção de vilas operárias e outras obras de saneamento destinadas às famílias mineiras. Em parceria com os governos estaduais e municipais, a CEPCAN também tinha autorização para liberar recursos para o "provimento dos serviços de abastecimento d'água e saneamento nas comunidades carboníferas".¹⁵³

De acordo com a lei que criou a primeira versão do Plano do Carvão Nacional, a CEPCAN dispunha de uma verba de quinze milhões de cruzeiros para investir em obras assistenciais, visando "melhorar as condições de vida dos trabalhadores da indústria do carvão, inclusive do seu orçamento familiar".¹⁵⁴ O plano de assistência previa a construção de hospitais, maternidades, postos de puericultura e de saúde para serviços de higiene infantil e escolar; serviço odontológico; construção de escolas, de rede de abastecimento de água e

¹⁵¹ Lei n.º 3.353, de 1957 (In: Sindicato Nacional da Indústria de Extração do Carvão, A legislação do Carvão Nacional, op. cit., p. 171).

¹⁵² Lei n.º 3.860, de 1960 (In: Sindicato Nacional da Indústria de Extração do Carvão, A legislação do Carvão Nacional, op. cit., p. 186-193).

¹⁵³ No Sul de Santa Catarina, a concretização do Serviço de Assistência Social da CEPCAN contou com a participação da CSN, das companhias carboníferas privadas, com o Departamento Nacional de Produção Mineral (DNPM), o Serviço Social da Indústria (SESI), o Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial (SENAI), a Legião Brasileira de Assistência, (com a participação da Sociedade de Assistência aos Trabalhadores do Carvão - SATC), das prefeituras da região e do governo do Estado, das congregações religiosas e outras instituições filantrópicas locais.

¹⁵⁴ Brasil. Leis, decretos etc., Legislação do carvão nacional, op. cit., p. 355. (art. 15 da Lei n.º 1.886, de 11 de junho de 1953).

sistemas de esgotos; na área de lazer, a construção de um cine-teatro e a formação de agremiações socioesportivas; na área de assistência social, uma contribuição com as instituições de amparo à criança e à velhice.¹⁵⁵ Em termos ideológicos, os criadores do plano explicitam a justificativa de que “proporcionando assistência à infância, à juventude, aos enfermos e à velhice”, estariam “contribuindo humana e patrioticamente para implantar, em bases sólidas, o bem-estar social da classe dos operários da indústria carbonífera do país”.¹⁵⁶

De um modo geral, a criação da CEPCAN despertou grandes expectativas, e também frustrações. Em maio de 1955, por exemplo, o jornal *Tribuna Criciumense* noticiou a intenção do governo federal, por meio de um Grandioso Plano de Assistência Social para a Região Carbonífera. A matéria informa que várias entidades da cidade e região, principalmente as prefeituras, companhias carboníferas, igrejas, Sociedade Criciumense de Assistência aos Necessitados (SCAN), entre outras, estavam fazendo estudos para tentar organizar um plano de assistência social à população trabalhadora. Esse empreendimento estava a cargo de “uma equipe de homens devotados”, preocupados em solucionar o “angustioso problema” da falta de “uma verdadeira assistência social, que abranja desde a gestante, à criança, ao operário enfermo e aos que alquebrados e sem quaisquer recursos, depois de uma existência nas entranhas da terra à cata do carvão, se vêm em braços com a miséria”.¹⁵⁷

Cerca de dez anos mais tarde, Diomício Freitas, deputado e um dos maiores empresários do setor carbonífero de Santa Catarina, critica a CEPCAN porque, do seu ponto de vista, ela não cumpriu os objetivos referentes à assistência social e melhoria das condições de vida das famílias mineiras da região. O deputado-minerador queixa-se de que o governo federal descumpriu a lei por não liberar os quinze milhões de cruzeiros orçados no projeto de criação da CEPCAN, que as companhias carboníferas usariam para investir em programas de saúde e assistência social. Ele acrescenta que as companhias carboníferas queriam ampliar os serviços sociais com a construção de casas “com relativo conforto” para as famílias e também aumentar a assistência médico-hospitalar.¹⁵⁸

Na visão dos mineradores, o governo federal tinha a obrigação de disponibilizar recursos à indústria carbonífera para que ela pudesse implementar políticas de assistência médica e social. Os proprietários argumentavam que, sem esses recursos, era impossível resolver as questões sociais da região carbonífera. Por isso, os operários continuavam

¹⁵⁵ Brasil, Comissão Executiva do Plano do Carvão Nacional (CEPCAN), *A assistência social na indústria carvoeira*, 1956, p. 131-143.

¹⁵⁶ *Ibid.*, p. 143.

¹⁵⁷ *Tribuna Criciumense*. Criciúma, 23/05/1955.

“residindo em casebres, expostos a toda sorte de moléstias, deprimidos física e moralmente, vindo tudo isso em detrimento da indústria carbonífera”.¹⁵⁹

A CEPCAN pode não ter liberado recursos diretamente para as companhias carboníferas, mas para outras instituições. Efetivamente, a comissão foi um importante instrumento do Estado, pois orientou e possibilitou a modernização e controlou a higienização. Ela definiu as políticas de preço e comércio do carvão; estabeleceu as diretrizes para a mecanização das minas; e também contribuiu para disseminar as políticas médicos-sociais destinadas às famílias mineiras.

As ações e os recursos investidos na área de assistência médico-social eram implementados baseados em diagnósticos previamente realizados. Em novembro de 1964, a CEPCAN enviou dois técnicos para avaliar as condições de trabalho e moradia na região carbonífera de Santa Catarina. Enquanto Dr. Gutemberg F. S. de Souza analisou as condições técnicas das minas, Dra. Antônia da Conceição Rodrigues avaliou as condições de vida das famílias mineiras. Durante sua estada de aproximadamente quinze dias na região, a dra. Antônia percebeu, por exemplo, que o mineiro, geralmente, não aproveitava bem suas horas de folga. Depois que saía da mina, onde trabalhava durante seis horas diárias, ele preferia ficar nos bares ou na “praça da cidade vivendo ociosamente o restante do seu dia”. Dra. Antônia problematizou a “desocupação” do mineiro, destacando que eram poucas as casas que tinham uma horta ou um “jardim bem cuidado”.¹⁶⁰

Nas vilas operárias, observou que grande parte das famílias mineiras não se preocupava em filtrar a água do consumo diário e ficou alarmada com esse problema, principalmente por causa das crianças, visivelmente infestadas de verminoses. Para ilustrar essa situação dramática, a médica comenta o caso de uma criança que depois de medicada em um dos hospitais de Criciúma, tomou vermífugo e expeliu cerca de 300 *ascaris*.¹⁶¹

Além do problema da água, ela constatou também o da “alimentação inadequada, pois muitas famílias alimentavam suas crianças à base de água e farinha de mandioca, diariamente”. Tanto a farinha como o consumo de água não filtrada prejudicavam a saúde, tornando comuns os casos de crianças barrigudas e doentes, principalmente com diarreia. Para piorar a situação, diz Dra. Antônia, muitas famílias ainda mantinham o hábito de criar porcos

¹⁵⁸ Dep. Diomício Reivindica Melhor Assistência e Casa Própria ao Mineiro, *Tribuna Criciumense*, 17-24/10/1964.

¹⁵⁹ *Tribuna Criciumense*.Criciúma, 17-24/11/1964, p. 10.

¹⁶⁰ Técnicos Estudam Condições Sociais da Região Carbonífera, *Tribuna Criciumense*, 14-21/11/1964.

¹⁶¹ *Ibid.*

nas vilas operárias, “havendo casa em que as crianças brincam com porquinhos em lamaçais”.¹⁶²

Nem tudo, no entanto, estava perdido. Ela destaca o trabalho feito pelas Pequenas Irmãs da Divina Providência. Em Criciúma, por meio do Serviço de Saúde da Sociedade de Assistência aos Trabalhadores do Carvão (SATC), as religiosas desenvolviam atividades de assistência social e educação sanitária em onze vilas operárias: Próspera, Linha Batista, Operária Nova, Operária Velha, Mina do Mato, Mina União, Napoline, Boa Vista, Rio Maina, Metropolitana e São Marcos.¹⁶³

Contrariando a avaliação dos mineradores, especialmente a do deputado-minerador Diomício Freitas, outros setores da região reconheciam a importante atuação da CEPCAN. Em março de 1965, por exemplo, a Tribuna Criciumense enfatizou a atuação da comissão, ressaltando que ela havia cumprido sua missão na região carbonífera. Além de assegurar uma política de compra e venda do carvão catarinense, ela liberou recursos para os serviços de abastecimento de água, construção de redes de esgotos, casas para famílias mineiras e, ainda, investiu em obras educacionais, assistenciais e hospitalares.¹⁶⁴

É interessante observar que o decreto de criação da CEPCAN (1953) previa a sua extinção em dezembro de 1957, mas o governo federal prorrogou a sua existência até 1970. Na década de 1960 ela contava com uma estrutura burocrática considerável, a ponto de seus funcionários criarem a Associação dos Servidores da Comissão do Plano do Carvão Nacional. Carvãozinho, a revista da associação, divulgava as atividades desse órgão e defendia o carvão nacional, destacando não somente os serviços prestados à indústria carbonífera, mas também os investimentos aplicados na área de educação, saúde e assistência social às famílias mineiras. Na edição de dezembro de 1966, por exemplo, Carvãozinho destaca as ações na área de educação, saúde e assistência social:

Um dos aspectos positivos da política carbonífera atualmente desenvolvida pela Comissão do Plano do Carvão Nacional, sobretudo no campo operário do Sul do País, é a assistência social. Não apenas a CEPCAN equilibrou a vida dos Sindicatos de Trabalhadores em mineração de carvão. Foi mais além. Deu-lhes escolas, hospitais e condições melhores de trabalho. Escolas e hospitais que servem aos filhos e dependentes. Só em 1966, em toda a zona carbonífera do Sul do país, a CEPCAN despendeu cerca de 200 milhões de cruzeiros através de convênios com Casas de Saúde, Escolas, ou Prefeituras municipais. Além dessa contribuição altamente positiva, a CEPCAN atendeu nos três Estados carboníferos do sul do país ao problema

¹⁶² Ibid.

¹⁶³ Ibid.

¹⁶⁴ CEPCAN Cumpre Sua Missão, Tribuna Criciumense, 06-13/03/1965.

de abastecimento de água, contribuindo com a apreciável soma de 450 milhões de cruzeiros. Colocado o problema em termos positivos, a CEPCAN construiu escolas, reformou escolas, aparelhou escolas, que podem ser contadas desde o curso primário até o clássico ou científico, embora sempre em convênio com as direções desses estabelecimentos. No setor de saúde, desde a ajuda aos Sindicatos de trabalhadores para aparelhagem de seus serviços de pronto-socorro até aos hospitais e casas de saúde, a CEPCAN cumpriu sua finalidade e a assistência prestada permitiu solução de problemas fundamentais [sic!].¹⁶⁵

Na véspera de sua extinção, os editores da revista Carvão de Pedra fizeram circular uma série de matérias sobre “a grande obra social da CEPCAN”. Assumindo a defesa pela continuidade deste órgão federal, destaca as realizações da entidade, salientando que ela vinha “influindo decisivamente na melhoria das condições gerais de todos os municípios carboníferos dos Estados do Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul”. Além de uma participação importante na construção e reformas de escolas, hospitais, asilos, creches, lactários, ambulatórios, clubes recreativos e instituições assistenciais, Carvão de Pedra informa os leitores que a CEPCAN também tinha contribuído significativamente com obras de “saneamento, iluminação, pavimentação, estradas de rodagem, pontes, etc.”¹⁶⁶ Na região carbonífera de Santa Catarina, a comissão do carvão, segundo a revista, financiou, somente em 1968, diversas obras:

Quadro 06 - Obras Financiadas pela CEPCAN na Região Carbonífera de SC, 1968			
Municípios	Saneamento	Hospitais e Asilos	Escolas
Criciúma	Revisão geral das redes de adução e distribuição de água, atendendo aproximadamente trinta mil pessoas.	Ampliação do prédio do Hospital São Roque; Ampliação do prédio da Casa da Criança Nossa Senhora de Fátima; Ampliação do prédio do Ginásio Marista; Ampliação do Ambulatório do Rio Maina; Adaptação do prédio da Casa da Criança Santo Agostinho; Conclusão do prédio do Asilo São Vicente de Paula.	Construção de dois grupos escolares e ampliação de um.
Içara	-	Conclusão da construção do prédio do Hospital de Caridade São Donato.	Ampliação de um grupo escolar.
Siderópolis	-	Construção do prédio do Hospital Nossa Senhora Aparecida.	-
Nova Veneza	-	Ampliação do prédio do Hospital São Marcos.	-
Urussanga	Expansão do serviços de	Ampliação do prédio do	-

¹⁶⁵ Educação e Saúde na Área Carbonífera. Brasília, Carvãozinho, Ano I, dezembro/1966.

¹⁶⁶ Carvão de Pedra. Rio de Janeiro, nov.-dez./1968 – jan.fev./1969, p. 63-64.

	abastecimento de água, em parceria com a prefeitura municipal e a fundação SESP.	Hospital Nossa Senhora da Conceição.	
Morro da Fumaça	Implantação do serviço de abastecimento de água, em parceria com o Plano de Metas do governo catarinense.	Conclusão da construção do prédio do Hospital São Roque.	-
Lauro Müller	Assentamento de 940 metros de tubulação de 8" e construção de treze caixas de visitas nas obras da rede de esgoto da Vila Guatá, em convênio com a prefeitura municipal.	-	Ampliação de um grupo escolar
Imbituba	-	Ampliação do prédio do Hospital de Caridade São Camilo.	-
Laguna	-	Ampliação do prédio do Hospital Bom Jesus dos Passos. Recuperação do prédio do Asilo de Mendicidade Santa Izabel.	-
Tubarão	-	Ampliação do prédio do Hospital Nossa Senhora da Conceição; Reforma e ampliação do prédio do Lar da Menina; Conclusão do Asilo dos Velhinhos.	-

Fonte: Carvão de Pedra, nov.-dez./1968 – jan.-fev./1969, p. 64.

Em 1970, Carvão de Pedra fez sua última homenagem à CEPCAN, destacando as obras realizadas durante os dezesseis anos de atuação no setor carbonífero do Sul do país. Segundo os editores da revista, a Comissão do Carvão

abriu estradas e as conservou; gerou eletricidade e estendeu suas linhas transmissoras; montou dispensários, creches e hospitais; fez crescer vilas e cidades, dando-lhes luz, água encanada e esgotos; abriu escolas por todos os cantos, do ensino primário ao ginásial e científico, do artesanato ao profissional, rasgando caminho seguro para as escolas superiores e universidades, já em vias de instalação (....) **Tudo ela planejou** [grifo meu], inclusive as medidas para a integração do complexo carbonífero, a concentração e mecanização das minas, visando a diminuição dos custos e a melhoria do produto.¹⁶⁷

Diante de tantas obras e realizações, é improvável que a CEPCAN não tenha cumprido a sua missão. Na prática, ela significou um novo processo de intervenção e

¹⁶⁷ Os Últimos Dias da CEPCAN: Final Melancólico do Órgão de Defesa do Carvão Nacional. Rio de Janeiro, Carvão de Pedra., jul./ago./set./out./1970.

regulação do governo federal no setor de mineração de carvão dos três estados do Sul do país; significou o Estado exercendo um poderoso poder de transformação e controle da sociedade por meio de instituições, leis, autoridades legais, assim como através de construção de obras sociais e de infra-estrutura urbana e industrial. De um modo geral, a Comissão Executiva do Carvão Nacional foi um importante instrumento do Estado usado no processo de modernização e higienização da região carbonífera de Santa Catarina.

CAPÍTULO 3

TRABALHO, MORADIA E POLÍTICAS DE SAÚDE

As moléstias e os problemas médicos-sociais na região carbonífera

Por trás dos discursos de progresso, da metáfora do “ouro negro” e da idéia de modernidade impôs-se um violento processo de degradação física do trabalhador, da família mineira e do meio ambiente. Em geral, a família mineira teve de arcar com uma boa parte do custo social do impacto transformador, provocado pelo setor industrial do carvão, e esse tributo foi pago com vidas, enfermidades e acidentes que incapacitavam o corpo para o trabalho. Sabe-se que as condições de vida das famílias que sobreviviam por meio do trabalho agrícola e da pesca não eram boas, e foi por isso que muitas delas vieram em busca de emprego nas minas. Em certos aspectos, obtiveram algumas vantagens, mas em geral tiveram de enfrentar situações penosas, completamente desconhecidas. Além do trabalho extenuante e insalubre das minas, morar em uma vila operária significava estar exposto, diariamente, a um ambiente agressivamente hostil em termos ambientais, pois os índices de poluição do ar, da água e do solo eram acentuados. As vilas ficavam nas proximidades das minas, geralmente construídas sobre rejeitos piritosos e sujeita a todo o tipo de poluição proveniente das atividades de mineração.

Outro aspecto agravante eram as condições estruturais da casa operária e as limitações salariais. A renda familiar não era suficiente para suprir as necessidades básicas de alimentação, vestuário e muito menos para a aquisição da casa própria ou, ainda, para uma reforma ou ampliação. O lar da família mineira não era grande o suficiente para abrigar todos os seus membros, não dispunha de rede de abastecimento de água, nem sanitários internos,

chuveiro, entre outras necessidades. As fossas corriam a céu aberto, as privadas eram construídas perto dos poços de água e as famílias desconheciam os hábitos de higiene preconizados pela medicina sanitária, principalmente em relação aos cuidados com o corpo, a alimentação, as roupas e o espaço doméstico em geral. Nessas condições, qualquer médico sanitaria diagnosticava o ambiente de vida da classe operária mineira como ideal para o surgimento e proliferação de enfermidades. E foram os elevados índices de morbidade e mortalidade que fizeram surgir e crescer um movimento em defesa de melhores condições de vida da população trabalhadora e a necessidade de expandir a estrutura de controle da saúde pública na região carbonífera.¹

Assim, apesar do quadro social desolador e, sobretudo, do custo implacável do progresso, houve mudanças. De um modo geral, a região carbonífera passou por um processo de modernização que também exigiu melhorias no padrão de moradia e trabalho da população. Para compreender essa transformação civilizatória, é necessário conhecer o diagnóstico dos problemas médicos-sociais contidos em relatórios médicos, documentos de serviços e órgãos oficiais, jornais locais, lembranças das pessoas, entre outras fontes. Dessa forma, pode-se perceber como diferentes sujeitos sociais problematizaram as questões de saúde e doenças, caracterizando a reação da sociedade que se mobiliza não somente por interesses e necessidades econômicas, mas também porque teme a morte, a dor e o sofrimento. Além disso, deve-se considerar que nessas ocasiões também surgem sentimentos de solidariedade, humanismo e ajuda mútua.

As fontes, nesse caso, revelam informações, concepções e práticas em relação aos problemas de saúde. Assim, por exemplo, em 1935 o engenheiro fiscal de minas do Serviço de Fomento da Produção Mineral, Marcello Taylor Carneiro de Mendonça, relata que durante a inspeção feita nas minas de carvão de Lauro Müller, Urussanga e Criciúma, observou que o impaludismo, a verminose e o tifo ceifavam a vida da população.² Cerca de dez anos mais tarde, o médico sanitaria Francisco de Paula Boa Nova Jr. diagnosticou as condições de saúde da população operária de Criciúma como precárias, devido às péssimas condições de

¹ Em certos aspectos, a condição de vida e trabalho da classe operária mineira da região carbonífera de Santa Catarina assemelhava-se às descritas por Engels, Marx e Zola, referentes ao proletário das minas na Europa. (Ver Friedrich Engels. A situação da classe trabalhadora na Inglaterra. Tradução de Rosa Camargo Artigas e Reginaldo Forti. São Paulo: Global, 1985. Karl Marx. O capital: crítica da economia política. Livro 1: o processo de produção do capital. Tradução de Reginaldo Sant'Anna. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil S.A., v.1, 1988. Émile Zola. Germinal. São Paulo: Abril Cultural, 1981.)

² Marcello Taylor Carneiro de Mendonça, Situação atual da indústria carbonífera do Sul de Santa Catarina. In: Mineração e Metalurgia, 1936. p.142.

trabalho e moradia, período em que predominavam o tifo, a varíola, a varicela, a disenteria, tuberculose e verminoses.³

Do seu ponto de vista, a indústria do carvão propiciou um crescimento econômico à região carbonífera, mas também gerou uma série de problemas sociais. Boa Nova recorda que ao chegar em Criciúma, em novembro de 1944, a cidade estava inserida no contexto da Segunda Guerra Mundial, cumprindo o dever patriótico de abastecer a economia nacional com o carvão extraído das minas. A impossibilidade de importar carvão de outros países obrigou o Presidente da República a decretar o aumento da produção e o consumo do carvão nacional dos Estados do Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul. Por isso,

todos os mineiros foram mobilizados a fim de que, com o aumento da produção carbonífera, se atenuasse um pouco a fome do combustível necessário às nossas indústrias e meios de transporte, já tão afetados pela restrição, que a guerra nos impunha, das importações de petróleo e seus derivados.⁴

Em Santa Catarina, a mobilização econômica determinada pelo governo federal desencadeou um processo intenso de abertura de novas minas, impulsionando uma migração em massa da população rural e pesqueira para as cidades mineiras da região carbonífera. O ideal de progresso propagado em função da extração do carvão foi tão marcante que a enciclopédia dos municípios brasileiros afirma que “família inteiras deixavam os municípios e se transferiam para o novo Eldorado do ouro negro”.⁵ De fato, as famílias que trabalhavam na roça ou na pesca abandonaram suas atividades tradicionais em troca de um trabalho que lhes garantia salário regular, horário fixo de trabalho e a possibilidade de ter uma casa para morar, além de outras vantagens. Todavia, enquanto os proprietários das companhias mineradoras, pequenos empreiteiros e aventureiros comemoravam a fartura do carvão, e uma corrente

³ Cf. Francisco de Paula Boa Nova Jr, *Problemas médicos e sociais da indústria carbonífera sul-catarinense*, 1953. Boa Nova chegou em Criciúma em novembro de 1944 para trabalhar no Departamento Nacional de Produção Mineral (DNPM), setor de Criciúma. Trabalhou na região carbonífera até 1952 e durante oito anos de trabalho registrou informações, dados e desenvolveu estudos que resultaram na publicação da primeira obra de saúde pública da região carbonífera de Santa Catarina. Em *Problemas Médicos-Sociais da Indústria Carbonífera Sul-Catarinense*, Boa Nova descreve as condições higiênicas e sanitárias da região carbonífera de Criciúma; fala da assistência médico-hospitalar; da assistência médica aos servidores do DNPM em Criciúma; das condições de trabalho nas minas de carvão; descreve os trabalhos das mulheres e de menores na indústria carbonífera; analisa o problema da fadiga na indústria carbonífera e os acidentes de trabalho; critica a inexistência e aponta as deficiências das equipes de socorro e do material de urgência existentes em algumas minas; descreve e analisa as doenças profissionais dos mineiros (silicose, antracose, tuberculose, ancilostomíase, nistagmus); fala da alimentação do operário e de sua família; e denuncia com veemência o “charlatanismo” em Criciúma, os curandeiros e as “fazedoras de anjos”.

⁴ *Ibid.*, p. 9.

⁵ Brasil. IBGE. *Enciclopédia dos municípios*. Rio de Janeiro: IBGE, v. XXXIII, 1959. p. 81.

migratória de força de trabalho esperançosa deslocava-se para a região carbonífera, Boa Nova afirma que

um grande mal, para toda a região sul-catarinense, adveio desta intensificação do trabalho nas minas de carvão. Atraídos por melhores salários e por horários fixos de trabalho, os colonos começaram a abandonar as propriedades agro-pecuárias, despovoando-as completamente e criando um novo e grave problema para a região: a falta de víveres de primeira necessidade, de verduras, de leite e derivados, de carne, de aves e ovos, e, conseqüentemente, o encarecimento súbito do custo de vida.⁶

De um modo geral, as atividades econômicas e comerciais desenvolvidas em torno da indústria do carvão geraram progresso material à região, principalmente em termos de infraestrutura de transporte, construção de vilas operárias e centros recreativos, abertura de armazéns, escolas, etc. Todavia, os problemas urbanos também cresceram ou, pelo menos, tornaram-se mais visíveis. No caso específico de Criciúma, ao mesmo tempo em que ela era qualificada como a Metrópole do Carvão, e ostentava orgulhosamente o título de a Capital Brasileira do “Ouro Negro”, outros discursos anunciavam o surgimento de problemas decorrentes de um processo de concentração urbano-industrial acelerado e desordenado. A cidade não estava preparada para acomodar um contingente populacional que duplicou em apenas uma década – a população aumentou de 27.753 habitantes para 50.854, entre 1940 e 1950.⁷ Nessa época, boa parte da população trabalhadora morava nas vilas operárias, em condições sanitárias precárias, como descrito acima. Assim, sempre que surgia um surto epidêmico, tornava-se evidente a precariedade da estrutura sanitária da cidade e, ao mesmo tempo, desencadeava-se um processo de mobilização da sociedade local. Foi isso que aconteceu no verão de 1944-1945, quando eclodiu um surto de tifo, “causando grandes apreensões a toda a população de Criciúma e determinando a adoção de urgentes e enérgicas medidas profiláticas e sanitárias, a fim de que o surto desta doença infecto-contagiosa, endêmica à região, tão temida por sua fácil contagiosidade e por seu elevado índice de mortalidade, não viesse a se transformar numa pandemia de conseqüências catastróficas”.⁸

Nesse cenário de luta contra a morte, Boa Nova assumiu a coordenação da guerra contra o tifo, mobilizou as autoridades governamentais e os empresários da mineração, requisitou a vinda de um estoque de vacinas do Rio de Janeiro, fornecida pelo Instituto Oswaldo Cruz, e organizou a vacinação obrigatória para todos os trabalhadores e

⁶ Francisco de Paula Boa Nova Jr., op. cit., p. 10.

⁷ Cf. Brasil. IBGE. Censo demográfico de 1940 e 1950.

⁸ Francisco de Paula Boa Nova Jr., op. cit., p. 10.

trabalhadoras das minas de Criciúma, juntamente com os seus familiares. Na praça central, a Prefeitura Municipal instalou um posto de vacinação gratuita para a população, “que ocorreu em massa, ao apelo que fizemos a fim de que se evitasse maior propagação do mal”. Os alunos do Grupo Escolar Lapagesse e os funcionários do DNPM também foram vacinados. O DNPM contratou um grupo de enfermeiros e enfermeiras “para auxiliar a vacinação da população mineira residente nas diversas vilas operárias”. Ao lado do Hospital São José, a Sociedade Carbonífera Próspera construiu um barracão de madeira para tratar e isolar os doentes com tifo. Na praça central da cidade,

conselhos e recomendações eram ministrados pelo serviço de auto-falante local, orientando e advertindo a população contra os perigos da ingestão de verduras cruas e de águas de poços e cisternas sem a fervura prévia, recomendando-se também um intenso combate às moscas domésticas, como veiculadoras da terrível doença, e os maiores cuidados possíveis a serem tomados com as dejeções dos doentes e convalescentes, que deveriam sofrer rigorosa desinfecção.⁹

Segundo Boa Nova, as medidas adotadas foram suficientes para conter o avanço da moléstia. Dos cerca de quarenta casos de febre tifóide, apenas dez foram fatais, “isto numa população de 20.000 almas”, ressalta o mesmo. Era uma doença endêmica na região e só foi derrotada na década de 1950, com o uso sistemático de antibióticos. Na avaliação de Boa Nova, se o tifo não tivesse sido erradicado do quadro nosológico da região, “talvez tivéssemos que testemunhar aí uma verdadeira pandemia, com perda de grande número de vidas, afetando ainda de maneira vital a produção das minas de carvão, cujos trabalhos seriam seriamente comprometidos pela diminuição do número de braços”.¹⁰

No verão de 1944-1945, os serviços do DNPM e a Delegacia de Higiene da Saúde Pública Estadual propiciaram a vacinação de 6.258 trabalhadores/as de Criciúma. A vacinação atingiu os funcionários e familiares do DNPM, e também os trabalhadores/as das minas e seus familiares. Além disso, foram vacinadas cerca de 1.800 pessoas da cidade, incluindo os alunos/as do Grupo Escolar professor Lapagesse. Fora de Criciúma, as companhias carboníferas da região consumiram mais de 2.000 doses de vacina. Segundo a estatística de Boa Nova, no período de 1944 a 1950 foram notificados 111 casos, e registradas 25 mortes:

⁹ Ibid., p. 11.

Tabela 11 – Número de Casos de Febre Tifóide Registrado em Criciúma (1944-1950)

Período	N.º casos registrados	N.º óbitos
Verão 1944-1945	40	10
Verão 1945-1946	28	6
Verão 1946-1947	25	5
Verão 1947-1948	8	2
Verão 1948-1949	6	1
Verão 1949-1950	4	1
Total	111	25

Fonte: Francisco de Paula Boa Nova Jr. Problemas médicos-sociais da indústria carbonífera sul-catarinense. Rio de Janeiro: DNPM, Boletim n.º 95, 1953. pp.14-15.

Em 1943, quando a população de Criciúma foi atacada pelo tifo, instalou-se ao lado do Hospital São José um barracão de madeira para atender os doentes, onde havia um quarto com seis leitos, um com três e outro para o enfermeiro. A epidemia foi se alastrando e não existia medicamento específico para combater a doença. Quando a diarreia era intensa, aplicava-se “soro fisiológico, óleo canforado ou gotas de coramina”. Para baixar a febre, receitava-se “uma aspirina e uma dieta leve”. Os doentes que venciam o tifo levavam “mais ou menos três meses para se curar”, relata uma das freiras do Hospital São José de Criciúma.¹¹

Enquanto a epidemia proliferava e levava sua cota de almas para o cemitério, o medo disseminava-se entre a população. No dia 23 de julho de 1943 morreram os irmãos Mariano, filhos de uma família pobre da cidade, cujo pai, velho e doente, não tinha forças nem para carregar o caixão. As autoridades foram chamadas para fazer o enterro, mas não compareceram. Da mesma forma, nenhum vizinho ou morador mais próximo apareceu para ajudar. Em um dos sepultamentos, as irmãs ofereceram-se para carregar o caixão. No domingo, quando o cortejo fúnebre – formado pelo caixão, o pai e as irmãs – saiu em direção ao cemitério, as pessoas abrigavam-se dentro de suas casas, fechando portas e janelas, com medo de ser contagiadas pela doença mortífera:

Perto da pensão Anita onde alguns homens jovens tomavam seu aperitivo, o pai lhes pede para ajudar as irmãs. O grupo de homens logo desaparece dentro da casa, fecham as portas e janelas. Talvez se assustaram ao ver as irmãs com traje preto carregando silenciosamente um caixão quase escurecendo. Felizmente apareceu no meio do caminho o carro da prefeitura e levou o defunto para o cemitério.¹²

Um dos irmãos Mariano tinha dezessete anos de idade e sua companheira morreu ao dar à luz, na casa dos pais, no mesmo dia. “Estranha coincidência”, comenta a irmã cronista,

¹⁰ Ibid., p. 14.

¹¹ Livro de Crônica do Hospital São José de Criciúma, Livro 1, p. 57.

insinuando que a morte do jovem casal era um castigo divino porque eles não seguiram os preceitos da igreja católica. Embora morassem juntos, eles não eram casados na igreja, como muitos outros casais pertencentes ao grupo social mineiro.

Em fevereiro de 1945, o Departamento Nacional de Produção Mineral (DNPM) construiu outro barracão para cuidar das vítimas do tifo, onde havia duas salas com quatro leitos, um vaso sanitário, uma banheira e um “postinho” para a enfermagem. A estrutura sanitária montada para cuidar dos feridos impediu a proliferação da moléstia e salvou algumas vidas, mas não todas. No dia 25 de dezembro, faleceu dona Lili, mulher do Presidente da Comissão Administrativa do Hospital São José, Addo Caldas Faraco. Em janeiro de 1947, a irmã Maria Honesta também estava com tifo, mas sobreviveu; em fevereiro, a moléstia atacou a irmã Maria Emelina (cozinheira-chefe do hospital), dona Felícia May, (cozinheira) e a enfermeira Aloysia Eyng; em março foi a vez da irmã superiora, (cronista do Livro de Crônicas do Hospital). Conforme os relatos, o “anjo exterminador” não perdoou nem mesmo as irmãs de caridade, as representantes de Deus na terra:

O que nós sofremos, choramos e trabalhamos neste longo tempo de doença, só Deus sabe. Por algum tempo as irmãs M. Fremência e M. Clara ficaram doentes. Nesta época todo trabalho e responsabilidade pesaram sobre os ombros de 2 irmãs. De vez em quando a nossa querida Superiora de Forquilha, irmã M. Maximília, visitava as irmãs doentes para nos confortar e consolar.¹³

Na década de 1940 nem a ciência nem a fé conseguiram conter a fúria da epidemia de tifo. No dia 18 de abril do fatídico ano de 1947 “faleceu de madrugada a nossa querida irmã M. Emelina em consequência desta melindrosa enfermidade”.¹⁴ A irmã Emelina tinha apenas 36 anos de idade e foi a primeira das irmãs alemãs do hospital que faleceu no Brasil. Enquanto isso, a irmã Superiora M. Hilda continuava entre a vida e a morte. Em 1956 o Padre polonês Pedro Burzak veio à Criciúma com a missão de fazer suas pregações às famílias de origem polonesa, mas não conseguiu cumprir sua meta, pois foi hospitalizado com febre tifóide.¹⁵

¹² Ibid., pp. 58-59. O livro de crônica escrito pelas irmãs do Hospital São José relata a morte dos irmãos Marianos no mesmo dia, mas não informa os detalhes de enterro. Sobre o trajeto do enterro fala-se apenas de um caixão e de um defunto.

¹³ Ibid., p. 78.

¹⁴ Ibid., pp. 78-79.

¹⁵ Um dos principais fatores responsáveis pela propagação do tifo era, segundo os médicos, a falta de uma rede de abastecimento de água para a população. Em Criciúma, este problema foi resolvido parcialmente em 1949, quando o DNPM construiu uma rede de abastecimento de água para a cidade, incluindo as vilas operárias da Companhia Brasileira de Araranguá (CBCA), Próspera e Rio Maina. Assim, o tifo foi controlado graças a um conjunto de ações constituído por quatro medidas centrais: a vacinação como medida preventiva; o tratamento

Em Tubarão, durante o surto de tifo que atacou a região carbonífera em 1944 e 1945, a imprensa local noticiou o problema de forma dramática. Um artigo publicado em março de 1945 destaca que a febre paratifóide estava “grassando com certa violência e intensidade” a população de Tubarão. Na ocasião, dezenas de casos já haviam sido confirmados, várias pessoas já tinham morrido, vítimas desse mal, e havia “muitos casos com pouca esperança de salvamento”, informa a imprensa. “Nunca foi tão forte o surto de tifo, em nossa cidade”, destaca o jornal. Em tom de denúncia, apela-se para que as autoridades sanitárias do município tomassem “providências urgentes, no sentido de evitar a propagação da moléstia”, pois até aquele momento nenhum aviso tinha sido “distribuído à população, instruindo-a contra o mal e nenhuma medida de caráter preventivo” havia sido anunciada. Por isso, o povo não sabia se deveria “procurar as farmácias ou os médicos, a fim de se vacinar contra o tifo”.¹⁶

Em resposta à crítica recebida, Dr. Darkles T. de Souza Brazi, médico-chefe substituto do 4.º Distrito Sanitário, publicou uma nota de esclarecimento para rebater as acusações que considerava infundadas. Ele esclareceu, ou se defendeu, salientando que o tifo existia em Tubarão de forma endêmica havia muito tempo. A vacinação preventiva era efetuada desde a criação do centro de saúde, “possuindo já o povo certa educação sanitária, tanto assim que aflui gente de todos os pontos diariamente ao serviço de vacinação deste Centro de Saúde, não sendo muito difícil a constatação disso”.

Dr. Darkles explica, ainda, que quando se notificava um caso de tifo, as enfermeiras visitadoras iam até a casa das vítimas para vacinar “todos os componentes da família do doente, e vizinhanças”, desde que consentissem, “pois só se vacina quem quer”, reitera o chefe do Distrito Sanitário.¹⁷ Alunos das escolas e pacientes dos hospitais também eram vacinados. Para comprovar a atuação da unidade sanitária, Dr. Darkles relata que, em 1945, o centro de saúde já havia vacinado 1.364 pessoas somente nos meses de janeiro e fevereiro, contra 1.478 no ano de 1944, e que a construção de um local destinado ao isolamento para tratar as vítimas de doenças transmissíveis estava sendo providenciada. Ao finalizar a nota de esclarecimento, o chefe do serviço sanitário aproveita para dar uma última alfinetada no articulista: “com estas informações, acredito que o sr. Articulista fique satisfeito, e, menos amedrontado de ser uma das vítimas do tifo”.¹⁸

dos casos existentes com antibióticos; saneamento básico, com a construção de uma rede de abastecimento de água; e educação sanitária, visando incutir hábitos de higiene na população.

¹⁶ A Imprensa, Tubarão, 03/03/1945.

¹⁷ Ibid.

¹⁸ Ibid.

Na mesma época, os relatórios do governo federal informam que as febres tifóides e as disenterias estavam presentes em todo o território nacional. Em 1946, o surto epidêmico “que tanto alarma causou no Distrito Federal, serviu para mostrar como o controle definitivo dessa endemia está ainda longe de ser alcançado”, diz o Presidente Dutra.¹⁹ Em Santa Catarina, a febre tifóide aparece regularmente nas estatísticas do serviço epidemiológico do Departamento de Saúde Pública. Em 1943, o tifo foi uma das moléstias que exigiu grandes esforços do serviço de vacinação, aplicando 19.247 vacinas em crianças e adultos.²⁰ De acordo com os números oficiais, o serviço de vacinação anti-tífica atingiu seis distritos sanitários, dos setes existentes na época:

Tabela 12 – Vacinação Anti-Tífica Organizada pelo Departamento de Saúde Pública do Estado de SC, 1943

Distritos Sanitários	Escolares	Adultos	Total
1º Florianópolis	5.160	1.165	6.325
2º Joinville	395	583	978
3º Itajaí	1.051	1.954	3.005
4º Tubarão	1.470	2.387	3.857
5º Laguna	944	428	1.372
6º Canoinhas	1.286	2.424	3.710
Total	10.306	8.941	19.247

Fonte: Santa Catarina. Relatório apresentado ao exmo. Sr. Presidente da República, pelo Dr. Nerêu Ramos, Interventor Federal no Estado de Santa Catarina, referente ao exercício de 1943. Florianópolis, outubro/1944.

No 4.º Distrito Sanitário, cuja sede era Tubarão e abrangia os municípios da Região Carbonífera, como Criciúma, Urussanga, Orleans e Lauro Müller, e os municípios do Vale do Araranguá, o serviço epidemiológico do Departamento de Saúde Pública informa que além do tifo, a disenteria, a difteria, a varicela, a coqueluche, o sarampo, o paludismo, a tuberculose, a lepra, a parotidite, entre outras moléstias, afligiam regularmente a vida da população. Em Criciúma, segundo os dados do médico sanitaria Boa Nova, nessa época ocorreram alguns casos de varíola, varicela e disenterias. A varíola provocou “grande alarma à população”. Os infectados foram isolados e a maioria da população foi vacinada, “coroando-se mais uma vez de absoluto êxito, com o desaparecimento da doença”. A participação das autoridades da Saúde Pública Estadual e Municipal, junto com o DNPM, foi decisiva para consagrar a vitória contra a temida moléstia.

¹⁹ Brasil. Anais da Câmara dos Deputados, Mensagem apresentada ao Poder Legislativo, em 15 de março de 1947, pelo Sr. Presidente da República Eurico Gaspar Dutra, março de 1947. p. 58.

²⁰ Santa Catarina, Relatório apresentado ao exmo. Sr. Presidente da República, pelo Dr. Nerêu Ramos, Interventor Federal no Estado de Santa Catarina, outubro/1944.

A varicela apareceu em Criciúma, sob a forma de surto, em 1945 e 1946, e atingiu predominantemente a população adulta, principalmente os trabalhadores/as das minas. Na visão do médico sanitarista Boa Nova, esta doença também causou “justas apreensões pela ameaça de um decréscimo sensível da produção de carvão, pois a frequência do operariado das minas foi bastante afetada no referido período, obrigando-nos a uma maior intensificação da vacinação e revacinação antivariólica, que também imuniza contra a varicela”.²¹

As disenterias amebiana e bacilar persistiram de forma marcante na região carbonífera de Santa Catarina até a década de 1970, atingindo principalmente a população infantil. Em Criciúma, a rede de abastecimento de água construída pelo DNPM, em 1949, amenizou o problema, mas não resolveu. As condições de moradia das famílias mineiras e rurais continuaram precárias durante várias décadas. Não havia um sistema de esgoto, nem água encanada em todas as vilas; as privadas e o esgoto a céu aberto continuavam fazendo parte do cotidiano das famílias trabalhadoras; e o índice de analfabetismo ainda era elevado. O uso dos modernos antibióticos foi uma medida eficiente no tratamento curativo, mas a inexistência de medidas preventivas, necessárias para atender toda a população trabalhadora, denunciava publicamente as precárias condições de vida das famílias mineiras da região Sul de Santa Catarina. Como o contágio acontecia através do consumo de água, dos alimentos, de moscas e da inexistência de certos hábitos higiênicos da população, a disenteria só foi controlada depois da construção de uma ampla rede de abastecimento de água, de melhorias no sistema de esgoto doméstico, ampliação da rede escolar e a difusão à população de uma consciência sanitária.

As doenças diagnosticadas e registradas nos hospitais também evidenciam outros problemas de saúde. Os registros hospitalares revelam os tipos predominantes de moléstias que levavam a população a procurar o hospital. No Hospital São Marcos, da comunidade rural de Nova Veneza, no período de 1934 a 1944, os registros informam que a malária, as verminoses, anemias e apendicites eram mais frequentes. Os dados oficiais revelam ainda um alto índice de aborto e que a maioria dos partos era feita em casa (Anexo 4).

No Hospital São José, de Criciúma, onde os pacientes regulares procediam de famílias operárias mineiras, o livro de registro de internações, referentes aos anos de 1957, 1958 e 1959, revela que dentre as principais moléstias diagnosticadas e registradas, as contusões, os ferimentos e fraturas representavam cerca de 10% das hospitalizações. Da mesma forma que no Hospital São Marcos, de Nova Veneza, as internações causadas por problemas de aborto

²¹ Francisco de Paula Boa Nova Jr., op. cit., p. 16.

também eram freqüentes, ocupando o terceiro lugar nesta relação. Em geral, os partos eram feitos em casa, mas a partir de 1953 houve um crescimento gradual de parturientes que davam à luz nos hospitais, um aumento de cerca de 3% para 25%, em 1960. As gripes, apendicite, bronquites, pneumonia e disenterias também aparecem com regularidade, representando em média 10% das internações (Anexo 5).

De um modo geral, o quadro de morbidade da região carbonífera era considerado preocupante e a maioria dos diagnósticos associava os problemas de saúde com as condições de moradia e trabalho das famílias mineiras. A Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI das minas de carvão), que inspecionou a região em 1957, por exemplo, concluiu que as condições de vida da população trabalhadora constituía-se em um estado sanitário vulnerável. Depois de inspecionarem onze companhias carboníferas e inquirirem operários, engenheiros, administradores, sindicalistas, mulheres, entre outros, os deputados concluíram que as condições de moradia eram péssimas; a alimentação, deficiente; o serviço médico, praticamente inexistente; e a higiene e segurança nas minas, “incompatíveis com a vida humana”.²²

Cerca de dez anos mais tarde, uma reportagem da revista Realidade destacou praticamente os mesmo problemas apontados pelos deputados da CPI do carvão. A reportagem foi feita por Narciso Kalili, que analisou os principais problemas da região carbonífera, tomando como parâmetro o padrão ideal de vida de um meio urbano saneado e higienizado. As informações destacadas revelam que o Código de Higiene e Segurança nas minas de carvão continuavam não sendo cumpridos e as condições de moradia e trabalho da classe operária mineira estavam muito abaixo do padrão civilizatório. Sobre o estado de saúde, não havia, “praticamente, nenhuma família de trabalhador em que um de seus membros” não estivesse “sofrendo de alguma doença – infecção da coluna, tuberculose, subnutrição, desidratação, varizes e avitaminoses em geral”. Era comum ver “mulheres doentes com crianças nos braços” pedindo esmolas, e crianças descalças e despidas perambulando ao redor das casas. A mortalidade infantil ainda era elevada e “os consultórios médicos, hospitais e principalmente a agência do Instituto Nacional de Previdência Social” estavam “sempre tomados por mineiros e seus familiares”.²³

Os problemas de saúde na região carbonífera sempre despertaram a atenção de médicos e personagens de outros centros mais desenvolvidos, mas nem sempre a realidade era

²² Brasil, Anais da Câmara dos Deputados, Da Comissão de Inquérito: Aprova conclusões da Comissão Parlamentar de Inquérito sobre as minas de carvão no Estado de Santa Catarina, 1959, p. 72-79.

representada de forma trágica. Enquanto alguns discursos, estudos e reportagens destacavam os problemas médicos-sociais da região mineira, outros enfatizavam o “progresso” propiciado pelo “ouro negro”. De forma geral, a imprensa local, principalmente a de Criciúma, Tubarão e Laguna, assim como a Revista Carvão de Pedra, privilegiavam a publicação de matérias que evidenciavam o progresso industrial e urbano resultante da economia do carvão, e questões de ordem técnica e financeira que dificultavam o desenvolvimento da indústria carbonífera. Deste ponto de vista, a crise do setor carbonífero era quase sempre culpa do governo federal, que além de não assegurar uma política energética estável para o país, não demonstrava um “verdadeiro” interesse pelo carvão nacional, sobretudo diante do carvão “alienígena”. Ao governo também era imputada a culpa pela precariedade e deficiência dos serviços de assistência médica, assistência hospitalar e assistência social.

Aparentemente, as condições de trabalho e moradia das famílias mineiras da região carbonífera não melhoraram e nada foi feito para elevar o estado de saúde da população trabalhadora. Todavia, as fontes revelam uma evolução gradual nas condições de moradia e trabalho das famílias mineiras. Em geral, o problema social, decorrente do crescimento da indústria carbonífera, motivou e justificou a construção de um vasto conjunto de serviços de saúde em torno das minas e vilas operárias. Mesmo que lentamente, forças internas e externas, contrárias e/ou críticas ao custo social do progresso industrial, impuseram algumas mudanças e reformas para melhorar as condições de vida da classe operária mineira. É difícil contabilizar o custo social desse progresso, sobretudo considerando o tributo da morte ou incapacidade física por acidente de trabalho, causados por moléstias que proliferavam em vilas operárias desprovidas de uma estrutura de saneamento básico, e também devido às limitações da renda familiar. Não há dúvidas de que o custo foi alto e pago, principalmente, pela classe operária. Mesmo assim, houve mudanças que aconteceram no transcorrer de um processo modernizador e higienizador, coordenado pelo Estado.

As vilas operárias e o ideal de moradia higiênica

Na década de 1920, a paisagem carbonífera já era visível para viajantes e pesquisadores que percorriam o Sul de Santa Catarina. Em 1928, o geólogo José Fiuza da Rocha, contratado pelo Serviço Geológico e Mineralógico do Brasil, serviço subordinado ao

²³ Narciso Kalili. Eles vivem embaixo da terra. In: Realidade. Rio de Janeiro, ano II, nº. 15, junho/1967. p. 130-

Ministério da Agricultura, Indústria e Comércio, fez uma descrição minuciosa da região carbonífera. Fala da pequena vila de Urussanga, núcleo colonial fundado por imigrantes italianos, salientando que lá havia “um certo progresso em virtude das minas de carvão do rio Deserto dotadas de aparelhos modernos de beneficiamento do carvão, das quais se acha afastado, apenas, 8 quilômetros”. A vila já dispunha dos serviços da estrada de ferro Dona Tereza Cristina.²⁴

No distrito de São José de Cresciúma, distrito pertencente ao município de Araranguá até 1925, Rocha informa que se tratava de “um dos mais ricos municípios do estado”. Afirma que a Vila de Cresciúma vinha tendo um “grande desenvolvimento” em consequência das minas de carvão. Destaca, ainda, a estrada de ferro como fator de progresso para toda a região, pois além de transportar o carvão produzido também transportava produtos agrícolas da região, “proporcionando à Vila de Cresciúma os meios mais eficazes para se tornar, em breve, um grande centro comercial e industrial”.²⁵

Sobre a vila operária da CBCA, localizada em Criciúma, Rocha menciona a existência de dezessete casas prontas e trinta em construção. Havia dois tipos de casas, uma para famílias pequenas e outra para famílias numerosas. Em pouco tempo, a vila seria iluminada com luz elétrica distribuída em postes dotados de duas lâmpadas.

Na vila operária da Companhia Carbonífera de Urussanga, Rocha constata a construção de “apenas 59 casas de madeira modestas, cômodas e higiênicas, isoladas também uma para cada família, de acordo com a índole do nosso povo”. Embora o número de moradias não fosse suficiente para atender a todos os trabalhadores, o geólogo informa que a companhia pretendia aumentar o número de casas de acordo com o desenvolvimento da mina. Alguns anos antes, a Imprensa de Tubarão informa que a CCU estava construindo uma vila operária constituída por casas, luz elétrica, água encanada e esgoto, “para conforto de seus operários”. Cerca de cinquenta habitações já estavam prontas e a vila operária apresentava, “logo à primeira vista, um aspecto surpreendente”.²⁶

Na mesma época, a vila operária construída em Lauro Müller pela Companhia Nacional de Mineração do Carvão de Barro Branco tinha 120 casas de madeira, “do mesmo tipo e gêmeas”. Havia também, segundo Rocha, nas proximidades da “usina de força”, um

139.

²⁴ Jose Fiuza da Rocha, *Carvão de Pedra do Sul do Estado de Santa Catharina*, 1928. p. 90.

²⁵ *Ibid.*, p. 116. Até 1925, Criciúma pertencia ao município de Araranguá.

²⁶ A Imprensa. Tubarão-SC, 11/11/1923. In: Mario Belolli et all. *História do carvão de Santa Catarina*, 2002. p. 274.

“aglomerado de casas mal construídas, de caráter provisório, para habitação do pessoal assalariado, não permanente, no serviço”.²⁷

À medida que o número de minas e de companhias carboníferas foi crescendo, também aumentou a quantidade de vilas operárias. As vilas em melhores condições urbanas eram as vinculadas às grandes companhias. Além da estrutura de mineração (minas, oficinas, lavador, caixa de embarque), havia armazéns (de gêneros alimentícios, tecidos e brinquedos), açougue, farmácia, escola, igreja e estrutura de lazer, principalmente campo de futebol e clube recreativo.²⁸ Em geral, configurava-se um conjunto de características comuns. A maioria das casas era de madeira, escurecidas ao longo do tempo devido à poeira do carvão, ou pintadas de piche para evitar o apodrecimento precoce da madeira. As casas eram enfileiradas uma ao lado da outra, geralmente construídas sobre depósitos de rejeitos piritosos, locais que impossibilitava o plantio devido ao alto grau de poluição do solo. As ruas também eram revestidas por rejeitos provenientes das minas, formando uma estrada de coloração escura, com poeira em dias de sol e lama durante os dias chuvosos. Os buracos provocados pela chuva formavam uma poça d'água popularmente conhecida por “sangue de boi”. O elevado número de crianças perambulando pela rua era outra imagem comum nas vilas, cenário que causava estranheza em pessoas vindas de outros centros urbanos mais civilizados.²⁹

A vila operária mineira era um espaço de múltiplas funções sociais. Era, ao mesmo tempo, um modo de assegurar a exploração da força de trabalho, um local de sobrevivência e formação cultural da família, e também de intervenção do Estado, que agiu por meio de políticas de habitação, educação e serviços de saúde. Durante aproximadamente cinquenta anos ela foi vista e analisada por diferentes olhares. Enquanto os proprietários das companhias, e até mesmo boa parte das famílias, consideravam razoáveis as condições de moradia, a perspectiva sanitaria qualificava-as muito aquém do conforto exigido para

²⁷ José Fiuza da Rocha, op. cit., 1928, p. 166. Na descrição das moradias feita pelo geólogo, percebe-se que sua visão era baseada no ideal de habitação higiênica. Essa preocupação com a moradia “cômoda” e “higiênica” também foi reforçada pelos médicos sanitistas que vieram trabalhar na região carbonífera a partir da década de 1940.

²⁸ No âmbito da historiografia da classe operária, não é novidade a prática de se construir vilas em condições estritamente suficientes para viabilizar o processo de exploração da mão-de-obra. Na região carbonífera de Santa Catarina, os mineradores também se utilizaram dessa estratégia. As casas operárias foram construídas com o propósito de atrair e fixar a mão-de-obra nas proximidades das minas de carvão.

²⁹ Até a década de 1970, a situação mais comum era a construção de casas operárias em torno das minas de carvão, vilas que mais tarde se tornaram bairros. Em Criciúma, pode-se identificar dezenas de vilas operárias ou localidades que surgiram em torno das minas de carvão, entre as quais: Próspera, Operária Velha, Operária Nova, Mina União, Cidade Mineira Velha, Cidade Mineira Nova, Mina Napolini, Mina do Toco, Morro da Miséria, Vila Rica, Metrópol, São Marcos, Colonial, Laranjinha, Vila Nova (Içara), Santa Bárbara, Rio Maina, Vila Visconde, Boa Vista, Santo Antônio, Santa Augusta, Mãe Luzia, Santa Luzia, São Defende, Manaus, etc. Em Orleans, os distritos carboníferos eram: Lauro Müller, Guatá, Barro Branco, Rio Bonito, Farroupilha e Itanema. Em Urussanga, havia minas nas localidades de Rio Deserto, Rio América, Rio Carvão e Santana.

propiciar um ambiente de descanso necessário para repor as energias e manter a capacidade produtiva. O tamanho pequeno das casas era considerado um problema porque não era compatível com o número de membros da família, tornando-se um ambiente possível de promiscuidade. Para o médico sanitarista Boa Nova, por exemplo, “o desconforto no lar do trabalhador das minas de carvão de Criciúma” era “absoluto”. O mineiro não tinha “o repouso merecido”, pois vivia “num ambiente anti-higiênico em seu lar”. A moradia anti-higiênica contribuía decisivamente para a “fadiga muscular”, implicando a “redução da capacidade de trabalho do mineiro”.³⁰

As casas operárias, segundo Boa Nova, não passavam de pequenos “ranchos”, eram “velhíssimas, toscas, de madeira empenada e podre, com cobertura de cacos de telhas, cheias de buracos enormes por onde a chuva se escoava aos borbotões”. Os assoalhos e paredes estavam repletos de “largas frestas, por onde o vento sul, no inverno rigoroso”, penetrava “impiedosamente, fustigando não só o próprio mineiro, mal agasalhado, como também sua mulher e seus infelizes filhos”. Além disso, não havia água encanada, situação que obrigava mulheres e crianças a se dirigirem até bicas d’águas ou até a carioca, situada em um local central da vila. A iluminação era do mesmo tipo que o mineiro usava no subsolo da mina, ou seja, usava-se luz a carbureto ou pequenas lamparinas a querosene. Ambas produziam uma fumaça de “cheiro desagradável”, provocando ainda mais a “irritação do parênquima pulmonar” e a “conjuntiva ocular” do mineiro, já saturado pelas poeiras das minas.³¹

Do ponto de vista de Boa Nova, a casa operária mineira não oferecia as condições de conforto necessárias para o trabalhador repor suas energias. O mineiro não tinha um “repouso merecido” e vivia “num ambiente anti-higiênico em seu lar”. Nessas condições, sua capacidade produtiva ficava seriamente comprometida. Apenas as casas dos capatazes, dos operários especializados e dos funcionários administrativos tinham um pouco mais de conforto, destaca Boa Nova.

A condição de moradia das vilas operária mineiras também chamou a atenção dos deputados da Comissão Parlamentar de Inquérito, a CPI do Carvão de 1956/1957. Em 1957, os deputados visitaram várias minas da região, inclusive o famoso e polêmico Tenório Cavalcante, e sua não menos conhecida “Lurdinha”. Os proprietários prepararam uma recepção com a finalidade de desviar os olhares dos membros da Comissão, mas não conseguiram filtrar toda a realidade:

³⁰ Francisco de Paula Boa Nova Jr., op. cit., p. 68.

(...) Exclusão feita da Cia. Siderúrgica Nacional e, em parte, das Cias. Próspera e Carbonífera Treviso S.A., é o seguinte o aspecto das habitações: construídas de madeiras, sujas, mal conservadas e cheias de frinchas por onde os ventos reinantes rodopiam e pelas quais podemos divisar o interior das casas, como tivemos ocasião de verificar por solicitação dos mineiros: 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 esgotos. Além de tudo, a água que os mineiros bebem não sofre qualquer tratamento sanitário. Só o fato das casas não possuírem água e esgoto marca o grau de pauperismo desses operários, sujeitos eles e suas famílias, **em face da falta de água potável e esgoto, a disenteria, tifo e verminoses** [grifos meus].³²

Os deputados constataram que na maioria das vilas operárias não havia água potável, nem rede de esgoto, por isso as pessoas estavam sujeitas à disenteria, ao tifo e às verminoses. O tamanho da casa era insuficiente para abrigar toda a família e era comum a hospedagem de parentes que vinham para a região carbonífera em busca de emprego. A situação mais problemática, no entanto, era o convívio diário com os dejetos fecais, o esgoto a céu aberto e o consumo de água contaminada, realidade que chocou os deputados:

(...) De um modo geral, as casa se situam em pequenas elevações e os dejetos são realizados nos fundos das habitações. Quando, por qualquer circunstância, o que é comum, as fossas perdidas transbordam, as matérias fecais descem por gravidade para frente das residências, onde os filhos dos mineiros, descalços e desnudos, costumam brincar. Este é um quadro real de fácil observação. **Adiantará por acaso a existência de um pequeno grupo de assistentes sociais** [grifos meu] como tivemos ocasião de verificar na Mineração Geral do Brasil, se os operários e suas famílias bebem, muitas vezes, água de poços cavados nas vizinhanças das fossas e as crianças descalças e desnudas brincam nas matérias fecais?³³

A perspectiva dos deputados leva-os a um diagnóstico bem previsível. Não bastava implementar medidas de saneamento básico e melhorar o padrão de conforto da casa operária, era necessário também difundir educação sanitária à família mineira. Era preciso tomar providência para mudar esse ambiente de vida em que crianças descalças e desnudas brincavam sobre matérias fecais e onde, muitas vezes, bebia-se “água de poços cavados nas vizinhanças das fossas”.

Em Lauro Müller, berço da indústria carbonífera de Santa Catarina, as condições de trabalho e moradia eram consideradas as piores da região, segundo os sanitaristas e deputados da CPI do carvão. Mesmo considerando a estrutura urbana e as políticas de assistência

³¹ Ibid., p. 67.

³² Brasil, Anais da Câmara dos Deputados, Projeto de Resolução n.º 186 (CPI do Carvão), op. cit., p. 73.

médica viabilizadas pela Companhia Barro Branco, surgiram denúncias relacionando os índices alarmantes da mortalidade infantil com as péssimas condições de moradia e trabalho da classe operária mineira. Essa realidade também foi confirmada pela Comissão de Inquérito, em 1957, e pelo governador Jorge Lacerda, que também era médico:

Testemunhei naquelas localidades [Lauro Müller e Guatá], com viva emoção, o **espetáculo constrangedor das casas dos mineiros**, pequenas habitações de madeira enfileiradas, totalmente pretas, pois eram pintadas de piche. Na paisagem, nenhum jardim, nenhuma flor. Carvão por toda parte: no chão, nos rostos, nas ruas, nas paredes, nos pulmões a tuberculose vai ceifando inúmeras vidas. E, **naquele ambiente soturno a lembrar sombrias necrópoles** [grifos meus], crescem e multiplicam-se as famílias dos trabalhadores, sem que nenhuma providência, sequer, lhes venham minorar as aflições desse estado de verdadeira penúria [sic!].³⁴

Ao longo dos anos ou décadas, percebe-se uma melhoria no padrão das casas da classe operária mineira da região carbonífera de Santa Catarina. Mesmo assim, o discurso da moradia anti-higiênica pode ser ouvido nos dias atuais. Na década de 1960, a realidade habitacional das vilas operárias da Capital Brasileira do Carvão ainda não havia atingido o padrão preconizado pelos sanitaristas. Na percepção de médicos, engenheiros ou jornalistas provenientes de outros centros mais desenvolvidos do país, as condições de habitação da família mineira eram caracterizadas de forma dramática, a exemplo de uma reportagem da revista Realidade, feita em 1967. Nesse ano, o repórter Narciso Kalili conheceu a Capital Brasileira do Carvão e constatou que ao redor das minas de Criciúma havia cerca de seis mil casas que formavam as vilas operárias. Dessas, cinco mil eram de madeira, com 25 metros quadrados, “sem forro, sem água corrente, num terreno de sete por quinze metros”. No quintal ficava “a privada e o poço d’água, dois buracos com quase a mesma profundidade”. As casas pertenciam às companhias mineradoras, alugadas aos mineiros por um preço “simbólico de 15 a 30 cruzeiros velhos”. As outras mil casas eram de alvenaria e tinham sido construídas pelo Banco Nacional de Habitação, “em terrenos doados pelos mineradores”.³⁵

Apesar do problema crucial da moradia na região carbonífera de Santa Catarina, percebe-se um lento processo de evolução na qualidade das casas, melhoria que foi sendo impulsionada pelo *movimento modernizador* que estabeleceu um padrão necessário para a reprodução social da vida. Enquanto as condições de moradia da maioria das famílias mineiras não atingiram o padrão civilizatório aceitável, uma polifonia de vozes continuou

³³ Ibid., p. 73-74.

³⁴ Ibid., p. 73.

³⁵ Narciso Kalili. Eles vivem embaixo da terra. In: Realidade. Rio de Janeiro, ano II, nº 15, junho/1967.

problematizando o desconforto da casa anti-higiênica. Assim, com recursos do Estado, algumas companhias foram substituindo as tradicionais casas de madeira por casas de alvenaria, maiores e providas de fogão a lenha, pia na cozinha, água encanada e energia elétrica. Pode-se concluir, então, que a maioria das antigas vilas operárias mineiras atingiu um padrão civilizatório aceitável. Além de maiores, as casas de madeira ou de alvenaria são pintadas e arborizadas. A água encanada, a luz elétrica e as instalações sanitárias dentro da casa já fazem parte do cotidiano das famílias mineiras. Em muitos casos, o olhar externo, vindo de outra realidade, ou mesmo o olhar do sanitarista, não encontraria vestígios da antiga moradia anti-higiênica da classe operária mineira, seja porque a indústria carbonífera não representa mais o setor dinâmico e a classe operária mineira está reduzida a um número que não chega a 3.000 trabalhadores, seja porque, efetivamente, houve uma mudança significativa no padrão habitacional.

Medicina do trabalho, insalubridade e doenças dos mineiros

Uma doença específica nessa categoria de trabalhadores é a expectorção negra (*black spittle*) devido ao fato de o tecido pulmonar se impregnar de uma fina poeira de carvão.³⁶

No mesmo contexto em que se desenvolveram os fundamentos conceituais da Medicina Social e da Saúde Pública Moderna também surgiram as primeiras preocupações com as doenças geradas no ambiente de trabalho. A historiografia da Medicina do Trabalho informa que a preocupação com doença e trabalho já existia nas civilizações antigas, mas foi durante a Revolução Industrial que se materializaram práticas institucionais e estudos científicos sobre a saúde dos trabalhadores/as.

Nos séculos XV e XVII, René Mendes menciona as obras de Georgius Agricola (1494-1555) e de Paracelso (1493-1541). Agricola estudou os aspectos relacionados à extração de minérios metálicos, dedicando uma parte às doenças que atingiam os mineiros, entre elas a “asma dos mineiros”; Paracelso estudou métodos de trabalho e substâncias que provocavam doenças nos trabalhadores, entre as quais a intoxicação por mercúrio. Em 1700, o médico italiano Bernardino Ramazzini publicou *De Morbis Artificum Diatriba*. Nesta obra,

³⁶ Friedrich Engels, A situação da classe trabalhadora na Inglaterra, 1985. p. 278.

diz Mendes, “Ramazzini descreve com rara sensibilidade e grande erudição literária, doenças que ocorrem em trabalhadores de cinquenta ocupações”.³⁷

No final do século XVIII e, principalmente, no século XIX, surgiram vários estudos, investigações e publicações sobre as condições de saúde de trabalhadores/as no ambiente das fábricas. Além de médicos e filantropos, as péssimas condições de trabalho, a insalubridade, os acidentes e o problema da higiene industrial despertaram o interesse e a indignação de diversos intelectuais, entre os quais Marx, Engels, Lafargue e Zola. No âmbito do movimento operário, a melhoria das condições de trabalho também passou a ser uma reivindicação permanente.

Especificamente sobre o “proletário da minas”, Engels expressa toda a sua indignação ao descrever as doenças que atingiam meninos e meninas, homens e mulheres que trabalhavam nas minas. Fala da “grande fadiga” que fazia com que as crianças, mal chegavam em casa, “adormeciam instantaneamente, não podendo engolir a menor migalha de comida”. Em relação às mulheres, diz que o trabalho nas minas provocava “deformações da bacia e conseqüentemente partos dolorosos, ou mesmo mortais”. Os mineiros, acrescenta Engels, sofriam de moléstias do aparelho digestivo, cardíacas, hérnias, reumatismo e doenças pulmonares, causadas “em parte pelas mesmas razões, em parte devido à atmosfera viciada e poeirenta das minas, de ar carregado de gás carbônico e de hidrogênio carbonado”.³⁸

Uma doença específica dos mineiros do carvão, segundo Engels, era a “expectoração negra”, doença adquirida “devido ao fato de todo o tecido pulmonar se impregnar de uma fina poeira de carvão”. Os sintomas indicavam “uma fraqueza geral, dores de cabeça, uma grande dificuldade na respiração e expectorações espessas de cor negra”. Além das doenças adquiridas no ambiente de trabalho das minas, eram freqüentes os acidentes. Engels afirma que “em todo o império britânico” não existia outro trabalho com uma diversidade de acidentes fatais como a que ocorria nas minas. A mina era um “teatro de uma quantidade de acidentes horríveis” que deveria “ser imputado ao egoísmo da burguesia”.³⁹

O discurso indignando de Engels revela não somente um período de voracidade do capitalismo industrial, mas também o surgimento e crescimento de um movimento sanitário direcionado ao mundo do trabalho. Na Inglaterra do século XIX, George Rosen afirma que a medicina sanitaria preocupou-se em intervir nas moradias dos bairros operários e no mundo das fábricas. Assim, em 1833 a Grã-Bretanha aprovou a Ato das Fábricas. A preocupação do

³⁷ René Mendes (org.), *Medicina do trabalho e doenças profissionais*, 1980. p. 4. Foi em função dessa obra que Ramazzini recebeu o título de “Pai da Medicina do Trabalho”, afirma Mendes.

³⁸ Friedrich Engels, op. cit., p. 276-281.

movimento sanitário convergia para os aspectos insalubres do trabalho fabril e as condições de vida dos trabalhadores. Em 1834, a nova Lei dos Pobres também já concentrava suas ações em torno dos problemas de saúde das comunidades urbanas. Emergiu neste contexto a idéia de que era mais econômico prevenir a doença, e que as causas do pauperismo estavam ligadas a ela. Rosen salienta que a concepção sanitária de Chadwich, secretário da Comissão da Lei dos Pobres de 1834, baseava-se na convicção de que “o ambiente físico e social tinha influência sobre a saúde”. Chadwich era um líder sanitarista convicto da necessidade de prevenir as enfermidades e utilizou as informações estatísticas para planejar ações com esse objetivo. Em 1836 listou uma série de medidas:

- a) registro das causas de doença, com o objetivo de buscar os remédios ou os meios de prevenção;
- b) determinação da salubridade dos lugares em diferentes situações;
- c) determinação de graus de salubridade para as ocupações;
- d) coleção de dados para se calcular a taxa de mortalidade;
- e) obtenção de meios para averiguar o progresso da população em diferentes períodos;
- f) orientação das pessoas quanto à extensão e aos efeitos de calamidades e acidentes.⁴⁰

Assim, a doença da população tornou-se um problema de economia industrial. Como a população trabalhadora era a mais atingida pelos surtos epidêmicos, ocorria “uma perda econômica, negativa para toda a comunidade”. Os custos das doenças e das mortes passaram a ser calculados, incluindo os gastos com viúvas e órfãos. Segundo Rosen, foi esse “reconhecimento dos custos econômicos e sociais das doenças” que “forneceu o estímulo para a ação em favor da saúde pública”.

Na Alemanha, a partir de 1848 a classe operária passou a fazer parte, cada vez mais, da paisagem urbana das cidades industrializadas. Da mesma forma que na Inglaterra e na França, “também na Alemanha uma chacina de inocentes anunciou a industrialização”. O trabalho infantil era uma rotina “normal” nas fábricas e minas. Em contrapartida, médicos, higienistas e sanitaristas começaram a lutar pela “proibição do trabalho de crianças de menos de catorze anos, a redução da jornada em ocupações perigosas, a proteção das mulheres grávidas, o estabelecimento de padrões de ventilação dos locais de trabalho e a prevenção do envenenamento industrial”.⁴¹

³⁹ Ibid., p. 280-281.

⁴⁰ George Rosen, Uma história da saúde pública, 1994. p. 162.

⁴¹ Ibid., p. 191.

No Brasil, René Mendes diz que a preocupação com as condições de trabalho surgiu tardiamente devido à estrutura colonial e ao regime de trabalho escravista. Mendes cita algumas teses escritas nas faculdades de Medicina do Rio de Janeiro e da Bahia sobre as condições de trabalho nas fábricas instaladas no final do século XIX e início do XX. Além disso, analisa a descrição minuciosa, feita por Richard Francis Burton, sobre a mineração de ouro em Morro Velho, quando esteve no Brasil nos anos de 1867 e 1868. Mendes informa ainda que, da mesma forma que na Europa, no período de 1880 a 1920 surgiram diversos estudos, inspeções de fábricas e um movimento operário que intensificou as denúncias sobre as péssimas condições de trabalho, principalmente em relação às mulheres e crianças.

No âmbito da legislação e organizações internacionais, no século XX foram organizados congressos, criadas instituições e firmados vários acordos. Em 1906, em Milão, houve o I Congresso Internacional de Doenças do Trabalho, e foi criada a *International Association on Occupational Health*; em 1920, também na Itália, foi fundada a *Società Tragli Amici della Clinica del Lavoro*, instituição idealizada para propiciar o estudo e a prática da medicina do trabalho; em 1919, surgiu a Organização Internacional do Trabalho (OIT), que em 1959 estabeleceu as diretrizes gerais para os serviços de saúde no trabalho, cuja função principal era prevenir acidentes e doenças no ambiente profissional. A partir da década de 1950, a OIT e a Organização Mundial da Saúde (OMS) dividem entre si a responsabilidade em estabelecer as normas internacionais sobre higiene e segurança no trabalho.⁴²

No Brasil, a preocupação com doenças ocupacionais também materializou-se em forma de legislação, estudos acadêmicos e organizações institucionais. À medida que se expandiu o número de indústrias e, principalmente, depois que se sedimentou a idéia de construção da nação brasileira, moderna e industrial, também surgiu a necessidade de se desenvolver uma medicina do trabalho. Da mesma forma que as demais especialidades médicas surgidas no contexto do final do século XIX, e primeira metade do XX, desenvolveu-se uma medicina industrial com um forte apelo social. Assim como nos países mais industrializados, idealizou-se uma medicina para prevenir e curar doenças contraídas no ambiente profissional, e também prevenir e corrigir as deficiências da economia industrial. De um modo geral, os sanitaristas brasileiros acreditavam no progresso, mas destacavam os problemas sociais desencadeados por ele e salientavam a necessidade de aperfeiçoar e cuidar da máquina industrial, papel que cabia à medicina do trabalho.

⁴² Cf. René Mendes (org.), op.cit.

Em 1951, por exemplo, Veiga de Carvalho caracteriza a crise de sua época como “uma crise de trabalho e de produção, pela má orientação econômica, pelo desregramento de *todas* as classes”.⁴³ Na mesma obra, Isnard dos Reis, Juiz Titular da Vara Privativa de Acidentes do Trabalho da Capital do Estado de São Paulo, autor do prefácio do livro de Carvalho, afirma que era preciso tomar providências para que a indústria não exaurisse os recursos físicos do indivíduo, pois ele necessitava das suas reservas energéticas tanto quanto o país precisava do trabalhador. Reis explica ainda que:

O machinisco e a grande industria, o progresso da technica industrial e as descobertas das sciencias trouxeram aos homens complexos problemas sociaes. No meio desses problemas, que a industria fez nascer, incontestavelmente avulta o da organização technica do trabalho, como o grande problema do mundo moderno, visando o maximo rendimento economico com o minimo consumo possivel de energia humana. É a conhecida materia da hygienização e da segurança do trabalho. Não ha paiz algum no mundo, de vida organizada, que não tenha attentado para este problema, visando o aperfeiçoamento do trabalho, o bem estar do operario, o desenvolvimento da produção e a grandeza economica da nação [sic!].⁴⁴

No setor industrial, o campo de atuação da medicina do trabalho era vasto. Seus idealizadores preconizavam diversas atribuições, entre as quais a preocupação com o perfil psicotécnico do imigrante; a higiene mental do trabalhador, doenças mentais e trabalho; relação entre alimentação e trabalho; higiene do ambiente do trabalho: poluição atmosférica, iluminação, temperatura, uso de material de segurança individual (máscaras e óculos, por exemplo); esforço físico e doenças adquiridas. Quanto à higiene do trabalhador e, especificamente, a relação entre higiene mental e ambiente de vida fora da indústria, a medicina do trabalho tinha um importante papel a desempenhar. Para Veiga de Carvalho, muitas dificuldades decorrentes do ambiente de vida do trabalhador provocavam perturbações mentais. No espaço doméstico, havia os problemas conjugais, as preocupações com os filhos e os conflitos de ordem econômica. No que se refere ao ambiente de vida social, diz Carvalho, era aconselhável desenvolver dispositivos que afastassem o trabalhador de tudo que prejudicasse o seu padrão ético, ou seja, ele deveria evitar “o jogo, os vícios em geral, as diversões desbragadas, os passatempos que excitam apenas os sentidos duma forma inadequada, o alcoolismo, a carnalidade, etc.”. Por outro lado, era preciso estimular a criação

⁴³ H. Veiga de Carvalho, *Temas de medicina social e do trabalho*, 1951. p. 12.

⁴⁴ Isnard dos Reis. In: H. Veiga de Carvalho, op. cit. Prefácio. Interessante observar que a escrita do Juiz Isnard dos Reis, diferentemente do autor da obra, ainda estava na forma da grafia anterior à reforma ocorrida na década de 1940.

de “sociedades sãs, de padrão ético elevado, onde a civilidade” fosse “cultivada ao máximo”. Neste aspecto, as entidades patronais tinham muito a contribuir, salienta o autor.⁴⁵

Veiga de Carvalho acreditava que o trabalho, quando bem organizado e orientado segundo os princípios da boa higiene industrial, podia até se constituir em uma terapia contra psicoses. Se as condições e o ambiente fossem ideais, ele poderia converter-se na “essência da *laborterapia*”. Todavia, nem tudo estava ao alcance da medicina do trabalho, muito menos da higiene mental. A vida moderna era uma fonte incessante de perturbações mentais e, paradoxalmente, quanto mais o país se aproximava do modelo de sociedade industrial civilizada, maior era o número de “psicopatas”, destaca o autor. No início da década de 1950, Veiga de Carvalho, baseando-se na sensibilidade do Prof. Pacheco e Silva, preocupava-se com o ritmo alucinante da vida moderna:

O advento da máquina a vapor, da electricidade, dos motores a explosão, os progressos da química industrial, o grande desenvolvimento das indústrias pesadas, a rapidez dos modernos meios de transporte, o trânsito acelerado das grandes cidades, **em um palavra, a vida intensa e cheia de preocupações do homem moderno repercute sobre o seu frágil sistema nervoso**, que muitas vezes não pode resistir aos múltiplos factores físicos, químicos, biológicos e psicológicos que sobre ele incidem, gerando os mais variados transtornos mentais [grifos meus]. Assim se explica o aumento crescente e alarmante, registrado em todo o mundo, do número de psicopatas, que é tanto maior quanto mais civilizado for um país [sic!].⁴⁶

Em termos de legislação, tanto a constituição de 1934, de 1937 e a de 1946 instituíram e mantiveram preceitos de higiene e segurança no trabalho. Desde as primeiras décadas do século XX, deputados e senadores formularam projetos visando instituir uma legislação específica para normatizar e regular as condições de trabalho. Entre as principais leis criadas até 1967, pode-se destacar as seguintes:

Quadro 07 - Leis sobre Higiene e Segurança no Trabalho no Brasil (1919-1967)	
Decreto-legislativo n.º 3.724, de 15/01/1919	Lei sobre Acidentes do Trabalho.
Decreto n.º 16.300, de 31/12/1923	Criação da Inspetoria de Higiene Industrial e Profissional, vinculado ao Departamento Nacional de Saúde.
Decreto n.º 24.637, de 10/07/34	Segunda Lei sobre Acidentes do Trabalho e criação da Inspetoria de Higiene e Segurança do Trabalho, vinculada ao Departamento Nacional do Trabalho.
Constituição de 1937	Art. 137: institui: Preceitos da legislação do trabalho: 1) higiene do trabalho e do trabalhador; 2) assistência ao trabalhador; 3) segurança do trabalho; 4) previdência econômica.

⁴⁵ H. Veiga de Carvalho, op. cit., p. 26.

⁴⁶ Pacheco e Silva apud H. Veiga de Carvalho, op. cit., p. 28.

Decreto-Lei n.º 5.452, de 01/05/1943	Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), incluindo um capítulo sobre Higiene e Segurança no Trabalho.
Decreto-Lei n.º 7.036, de 10/11/1944	Terceira Lei sobre Acidentes de Trabalho, vigente até 1967.
Constituição de 1946	Art. 157: institui: Preceitos da legislação do trabalho e da previdência social: 1) higiene do trabalho e do trabalhador; 2) assistência ao trabalhador; 3) segurança do trabalho; 4) previdência econômica.

Fonte: René Mendes (Org.), Medicina do trabalho e doenças profissionais, 1980; Adriano Campanhole, Constituições do Brasil, 1987.

Na região carbonífera de Santa Catarina, os médicos-sanitaristas, vindos de outros estados do país para trabalhar ou inspecionar as condições de saúde da população e a higiene das minas de carvão, produziram os primeiros estudos de Medicina do Trabalho. Em geral, diagnosticavam-se as condições de moradia e de trabalho como intensamente prejudiciais à saúde da família operária. O trabalho nas minas era considerado uma das atividades mais insalubres e penosas dentre todos os demais setores industriais. Nas minas de carvão, o mineiro era obrigado a enfrentar, diariamente, um ambiente carregado de partículas finas de poeira e de gases produzidos pelo uso de dinamites, máquinas e equipamentos; poluição sonora resultante dos altos níveis de ruídos provocados pelo processo de extração; ventilação geralmente insuficiente das galerias; temperatura e umidade fora dos padrões considerados normais; existência de grandes quantidades de águas ácidas, devido à decomposição da pirita que vinha agregada ao carvão; risco constante de acidentes, entre outros problemas. Por isso, a partir do século XIX, pelo menos, desenvolveu-se uma literatura que utiliza a metáfora do “trabalho nas trevas” para caracterizar as atividades feitas nas minas. Desde o tempo de Marx, Engels, Lafargue e Zola, até os dias atuais, o mundo do carvão continua inspirando e preocupando poetas, artistas e médicos em função dos altos níveis de insalubridade do trabalho e da cultura que se constituiu ao redor das minas.

Nas minas de carvão, a insalubridade e a ausência de normas de higiene e segurança motivaram constantes inspeções, críticas e preocupações por parte da especialidade médica e do serviço de fiscalização do Departamento Nacional de Produção Mineral. No seu livro de memória, Dr. Manif Zacharias recorda que as condições de trabalho dos mineiros eram violentamente degradantes. Ele narra momentos marcantes de sua história de vida, lembrando que na “Criciúma de ontem” ajudou, inúmeras vezes, a retirar das minas de carvão mineiros soterrados ou esmagados, “sob toneladas de pedras, em meio ao lodo sanguinolento e pegajoso”. A Capital brasileira do Carvão também era a cidade das minas inundadas que ainda usavam trilhos de madeira, o que exigia esforço físico redobrado dos vagoneteiros; das minas onde os mineiros não usavam máscara de proteção contra gases e poeira, propiciando o

surgimento de doenças como a antracose, que devastava “inapelavelmente” os pulmões dos mineiros, “talando cedo suas vidas ou invalidando-os para sempre, aos 35 ou 40 anos de idade”.⁴⁷

Do ponto de vista da medicina sanitaria, o trabalho nas minas de carvão era profundamente fatigante, e esse cansaço não era resultado apenas do trabalho. Havia outros agravantes: as famílias mineiras não se alimentavam adequadamente nem em quantidade suficiente; os mineiros abusavam do álcool e tinham uma vida desregrada; moravam em habitações anti-higiênicas e distantes dos locais de trabalho. Para o dr. F. C. Nobre de Lacerda Filho, perito da CPI do Carvão, instituída em 1956 para investigar as condições de trabalho nas minas de carvão de Santa Catarina, e chefe da divisão de Medicina do Trabalho do Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Marítimos, as companhias carboníferas não cumpriam 98% do Código de Higiene e Segurança no Trabalho ⁴⁸que determinava a instalação de uma boa ventilação; iluminação adequada; locais apropriados para defecações e para o banho; exame médico periódico; espaço apropriado para refeições; distribuição de material de segurança, como botas ou botinas, luvas, capacetes, máscaras e outros.

A fadiga muscular era atribuída à jornada de trabalho e ao sistema manual de produção, mas a utilização de equipamentos modernos também tinha inconvenientes. Quando se usava perfuratriz na frente de serviço, por exemplo, a poeira de carvão era mais intensa. Embora a maioria das minas funcionasse por meio de sistema manual de lavra e beneficiamento, onde era comum o uso de pás, picaretas e tração animal, a mecanização do método de extração era sempre apontada como uma necessidade imperiosa para a sobrevivência da indústria do carvão.

Durante toda a história da indústria carbonífera, constituída nos Estados do Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul, o carvão nacional teve de enfrentar e resistir ao “fantasma” do carvão estrangeiro. Para competir com o carvão importado, engenheiros, geólogos, técnicos, políticos e até mesmo médicos sanitaristas salientavam a necessidade de modernizar e mecanizar o processo de exploração do carvão, bem como os meios de transporte, principalmente, aparelhando os portos da região e melhorando o sistema ferroviário. A mecanização das minas, dizia-se, iria aumentar a produtividade e diminuir a

⁴⁷ Manif Zacharias, *Minha Criciúma de ontem*, 1999. p. 20.

⁴⁸ Brasil, *Anais da Câmara dos Deputados*, Projeto de Resolução n.º 186 (CPI do Carvão), op. cit., p. 75.

fadiga dos trabalhadores. Na prática, no entanto, a modernização do sistema de extração do minério não significou apenas aumento de produção e diminuição de esforço físico.⁴⁹

Em 1952, Boa Nova, o médico sanitarista do DNPM, já havia percebido que com “a introdução da moderna aparelhagem industrial, novas condições de fadiga surgiram em substituição às que foram eliminadas”. A modernização das minas impôs um novo ritmo de trabalho, trouxe o ruído das máquinas, o automatismo e a monotonia dos movimentos, e manteve “posições fixas, forçadas e contrafeitas”.⁵⁰ Nas minas não mecanizadas – a grande maioria – o trabalho continuava sugando dos mineiros a sua energia muscular, fragilizando a capacidade do organismo para resistir às doenças e diminuindo a sua expectativa de vida.

Além do desgaste muscular e da poluição do ambiente de trabalho, os médicos apontavam outros fatores da fadiga. Boa Nova considerava a alimentação inadequada ou insuficiente como um dos problemas principais na “etiologia da fadiga industrial”. Era preciso, dizia ele, “educar o operariado no verdadeiro sentido alimentar”. Outro fator gerador de fadiga era “o uso imoderado do álcool”, pois propiciava mais acidentes de trabalho e exercia uma “nefasta influência sobre a eficiência do operário”. O “desregramento” dos mineiros era um “outro fator importante na casuística da fadiga industrial”. O jogo de cartas, as brigas de galos, a vida boêmia e a frequência às casas de prostituição deveriam ser rigorosamente combatidos. Boa Nova diz que muitos mineiros estavam acostumados a desperdiçar suas vidas em “noitadas alegres em antros sórdidos povoados de infelizes mercadoras em precárias condições de saúde, sub-alimentadas e portadoras das mais variadas enfermidades”.⁵¹ O mineiro, diz o autor, desperdiçava seu dinheiro, arriscava sua saúde e diminuía sua produtividade no trabalho, pois

a vida boêmia a que certos operários de Criciúma se entregam, alguns mesmo legalmente casados, constitui outro desregramento de vida que concorre preponderantemente para a existência de muitos casos de fadiga entre o operariado da região. Noitadas alegres em antros sórdidos povoados de infelizes mercadoras em precárias condições de saúde, sub-alimentadas e portadoras das mais variadas enfermidades, entre as quais já foram constatados até casos de tuberculose aberta, afora as que comumente campeiam nos ‘*bas-fonds*’ de todas as cidades, são passadas em

⁴⁹ Na década de 1970, quando as maiores Companhias de Mineração já haviam incorporado as pequenas e médias empresas, concentrando-se em cerca de doze grupos industriais, a indústria carbonífera da região concretizou o antigo sonho dos defensores da modernização. As empresas implantaram um sistema mecanizado ou semi-mecanizado de extração, produção e beneficiamento. A produção aumentou consideravelmente, mas até a adaptação do novo sistema e o aperfeiçoamento dos dispositivos de segurança e higiene nas minas, os trabalhadores tiveram de pagar um elevado tributo.

⁵⁰ Francisco de Paula Boa Nova Jr., op. cit, p. 63-64.

⁵¹ Ibid., p. 66.

claro por muitos operários, num desperdício de dinheiro, ganho à custa de inauditos esforços, de saúde, às vezes bastante precária, e de energia quase sempre minguada.⁵²

Nas minas, a pouca ventilação e a iluminação precária também afetavam a saúde do trabalhador e, conseqüentemente, a sua produtividade. A falta de ventilação tornava o ambiente de trabalho mais quente e poluído. O calor, a umidade e a inspiração de poeira e gases tóxicos no interior das minas contribuíam para a fadiga do mineiro, reduzindo sua capacidade de trabalho e aumentando a probabilidade de acidentes. Quando o deputado Anísio Rocha, membro de CPI do carvão, esteve na região carbonífera, em 1957, teve a oportunidade de testemunhar *in locus* o dia-a-dia de um mineiro:

No escuro, sob elevada temperatura, em ambiente úmido e com os pés molhados, com deficiência de ventilação, agachados muitas vezes, sob o perigo de desabamento e de choque elétrico, ameaçados pelos comboios tracionados mecanicamente, inspirando poeiras de sílica e de carvão, propensos à pneumonia pelas bruscas mudanças de temperatura e à deformação óssea pelo impacto de centenas de milhares de golpes diários dos martelos perfuradores, são as condições a que estão sujeitos diariamente aqueles que empregam sua atividade em trabalhos subterrâneos [sic!].⁵³

Além dos diversos problemas de insalubridade, havia também a rotina dos acidentes, e se existia um lugar privilegiado para acidentes de trabalho, este lugar era a mina. No período em que as atividades nas minas faziam parte da rotina dos municípios da região carbonífera, havia também um cotidiano de morte por acidente. Quando a anibulância passava pela vila operária com a sua inesquecível sirene do “terror”, todos ficavam sabendo que havia acontecido um acidente na mina.⁵⁴ Na memória de aposentados, de viúvas ou mesmo de um trabalhador da ativa, sempre há casos a se lembrar. De um modo geral, a família mineira vivenciou, direta ou indiretamente, a dor da perda ou do sofrimento oriundo da incapacidade física causada por um acidente de trabalho, como ilustra o depoimento abaixo:

Se a gente fosse se lembrar dos perigos da mina, não trabalhava. Eu não fico com cisma, porque eu mesmo não posso sair da mina. A mulher me diz, que nós não temos mais futuro se eu largá a mina, e ela tá certa. Eu tenho só lembrança ruim do trabalho aí. O meu pai está inválido, doente dos pulmões, aposentado e pobre. Hoje ganha o salário da fome. Dois irmãos meu morreram acidentados na mina. Um, o mais novo da família, caiu um tombo feio debaixo da mina, passou a sentir muitas dores e morreu.

⁵² Ibid., p.66.

⁵³ Brasil, Anais da Câmara dos Deputados, Projeto de Resolução n.º 186 (CPI do Carvão), p.71.

⁵⁴ Atualmente, as empresas carboníferas ainda mantêm suas placas expostas no portão de entrada, contabilizando os dias em que não houve acidentes de trabalho. Os acidentes fatais tornaram-se mais raros, mas as minas também.

Ele tinha 25 anos. O outro, há 6 anos atrás, morreu imprensado entre dois carrinhos. Foi fatal. Morreu sozinho. Os companheiros que acharam ele morto. Era puxador mas estava naquele dia fazendo serviço de manobreiro. Decerto não conhecia bem e acham que quando foi engatar o carrinho veio outro e imprensou a cabeça dele [sic!].⁵⁵

A fiscalização da higiene e da segurança no trabalho nas minas era responsabilidade do Departamento Nacional de Produção Mineral (DNPM), órgão federal que também tinha a incumbência de fazer cumprir o Código de Minas. Além dos acidentes que aconteciam regularmente, eram comuns os problemas de coluna decorrentes do esforço muscular e doenças respiratórias causadas pela poeira do carvão. Embora seja possível reconstituir uma impressionante estatística de mortes precoces, uma infinidade de acidentes e um quadro de morbidade assustador, percebe-se uma lenta, mas gradual, melhoria nas condições de trabalho das minas. Antes da década de 1970, no entanto, praticamente nenhuma mina cumpria a maioria das determinações legais de segurança e higiene no trabalho, com exceção, talvez, da CSN. Essa lenta evolução nas condições de trabalho pode ser atribuída à sensibilidade social que foi se tornando mais exigente, assim como à atuação reivindicativa do movimento sindical, em função da fiscalização branda, mas constante, do DNPM, além de outros mecanismos de pressão e fiscalização.

Quanto ao trabalho de fiscalização dos profissionais do DNMP, pode-se dizer que apesar de se constatar uma grande tolerância em relação aos proprietários das empresas carboníferas, principalmente por parte da Direção, nem sempre os médicos partilhavam do jogo político que se estabelecia com os proprietários das minas. Durante aproximadamente cinquenta anos, os médicos que inspecionavam as minas de carvão não deixaram de apontar os problemas de segurança e higiene no trabalho. Atuando de forma pedagógica e insistente, preocupavam-se em convencer os proprietários de que o investimento em segurança e higiene resultaria em lucros financeiros e aumento de produtividade. Perante os trabalhadores argumentavam que era uma das formas mais eficiente de prevenir os acidentes e salvar suas próprias vidas. Enquanto se pensava em desenvolver uma ampla educação do operariado, tentava-se convencer os proprietários das vantagens que teriam, caso investissem em segurança no trabalho. Boa Nova, por exemplo, estava tão convicto da importância da segurança para o desenvolvimento da indústria carbonífera, que sonhava com a criação de uma cadeira independente sobre Segurança Industrial nas faculdades de engenharia de minas.

⁵⁵ Depoimento de um trabalhador mineiro. Entrevista feita por Terezinha G. Volpato, na década de 1980. In: Terezinha G. Volpato, *Vidas Marcadas: trabalhadores do carvão*, 2001. p. 68.

Ele argumentava que ninguém lucrava quando ocorria um acidente de trabalho, nem patrões, nem operários, nem as famílias e nem a sociedade. Em relação ao operário, salienta que mesmo em situações de acidentes que não resultasse em morte, nos casos de invalidez, por exemplo, as indenizações não eram suficientes para manter as mesmas condições de vida. Ou seja, Boa Nova tentava convencer a família mineira, destacando que o acidente também não trazia nenhuma vantagem, só piorava a situação de vida, pois quando se perdia um trabalhador, perdia-se também o salário que ele trazia regularmente no final do mês. Além disso, quando alguém ficava inválido, a família era obrigada a gastar dinheiro com saúde mediante uma pensão “quase sempre ridícula”, além dos incômodos dos cuidados exigidos pela pessoa inválida.

Em relação aos patrões, Boa Nova procura persuadi-los, demonstrando o prejuízo econômico que um acidente de trabalho trazia para a empresa. Argumentava que o proprietário da mina tinha prejuízo porque estava sujeito a perder um operário especializado ou experiente; argumenta que se “os generais de nossa indústria cuidassem de estabelecer cálculos sobre o custo dos acidentes de trabalho”, tal como faziam “objetivamente os industriais dos países mais adiantados do mundo, talvez tomassem mais a sério, à vista dos enormes prejuízos que às vezes um único acidente acarreta, o estudo de suas causas, dos meios de preveni-los e das medidas gerais de proteção a serem adotadas, acautelando-se assim a integridade física dos seus trabalhadores, e proporcionando, em suma, menores gastos às suas empresas”.⁵⁶ Além do custo direto, havia ainda o custo indireto, que podia ser calculado minuciosamente da seguinte forma:

1. Custo do tempo perdido pelo empregado acidentado;
2. Custo do tempo perdido por outros operários que param de trabalhar quando ocorre um acidente:
 - a) por curiosidade apenas;
 - b) por simpatia pelo operário acidentado;
 - c) para prestar auxílio ao operário acidentado;
 - d) por outros motivos.
3. Custo do tempo perdido por capatazes, administradores ou gerentes para:
 - a) providenciar socorros ao acidentado;
 - b) investigar a causa do acidente;
 - c) providenciar a substituição do acidentado por outro operário;
 - d) selecionar, treinar e educar o novo operário que irá substituir o operário acidentado;
 - e) preparar relatório e atender às solicitações, audiências e inquéritos das autoridades, relativos ao acidente.

⁵⁶ Francisco de Paula Boa Nova Jr., op. cit., p. 81-82.

4. Custo do tempo gasto com o acidente pelo companheiro ou companheiros do acidentado, que o acompanham nos primeiros socorros e ajudam a transportá-lo ao hospital; e despesas de transportes do acidentado, quando o transporte não é feito pelas companhias de seguro;
5. Custo causado por avarias em máquina ou ferramentas, ou mesmo pela inutilização de material, que motivaram os acidentes;
6. Custo das injúrias subseqüentes no acidentado, que correm em consequência da excitação ou depressão causada pelo primeiro acidente;
7. Custo devido à diminuição da proficiência do operário acidentado, quando ele volta ao serviço, depois de ter obtido alta, etc.⁵⁷

Sobre os acidentes fatais, os registros oficiais não condizem com os relatos de lembranças nem com a visão dos sindicalistas. Como a legislação determinava que houvesse um processo de intervenção sempre que se provasse a morte no interior da mina, “oficialmente” o trabalhador morria no hospital ou a caminho deste. Desta forma, mesmo quando o acidente fatal gerava algum tipo de revolta por parte dos mineiros, a mina continuava funcionando, e por mais que houvesse protestos, havia também o medo de perder o emprego, no caso de uma paralisação da mina. Fora do espaço de trabalho, a regularidade dos acidentes fatais foi sendo “naturalizada” em função da importância econômica que o carvão desempenhava para os municípios. Nos documentos oficiais, ou mesmo na imprensa local, praticamente não há dados ou informações detalhadas sobre os acidentes com mortes, exceto em casos de acidentes envolvendo grupos de mineiros, ou seja, em casos caracterizados como “tragédias” e que despertavam a atenção da imprensa nacional.⁵⁸

Em relação às doenças e acidentes não fatais, as informações podem ser encontradas mais facilmente. Nas próprias fichas funcionais dos trabalhadores/as, registradas pelas empresas carboníferas e que estavam arquivadas, pode-se constatar diversas informações sobre o trabalhador/a, inclusive os seus atestados para tratar da saúde ou afastamento por motivo de acidente. Alguns relatórios do DNPM também revelam os tipos de acidentes mais comuns. Em 1953, Boa Nova relatou uma lista das causas mais freqüentes de acidentes ocorridos nas minas de carvão de Criciúma:

1. Explosão de bananas de dinamites, nos chamados ‘fogos falhados’;
2. Desabamento de blocos de pedra ou carvão da capa das minas;

⁵⁷ Ibid., p. 82-83.

⁵⁸ Cabe ressaltar, neste aspecto, que se por um lado percebe-se um silêncio das fontes escritas, o mesmo não acontece com a memória não oficial. Qualquer mineiro antigo testemunhou, ou foi informado, da morte de um colega de trabalho, assim como a memória da morte na mina também pode ser encontrada em centenas de famílias, viúvas, filhos e parentes.

3. Ruptura de cabos de tração dos vagonetes nas rampas de acesso à boca de algumas minas;
4. Desengate de vagonetes mal engatados ou cujos dispositivos de engate já estejam muito gastos, nas ditas rampas de acesso;
5. Manejo imperfeito das máquinas perfuratrizes ou ‘cortadeiras’;
6. Descarrilhamentos de vagonetes, mais comuns durante as manobras efetuadas nos entroncamentos das galerias;
7. Manejo descuidado e displicente das ferramentas de trabalho: picaretas, pás, marretas, martelos, cunhas, serrotes, plainas, etc.
8. Desabamento das traves de madeira ou pilares do escoramento das galerias;
9. Quedas devidas:
 - a) À irregularidade do piso;
 - b) Ao estado escorregadio do mesmo devido à grande infiltração d’água, que não é eficientemente esgotada na quase totalidade das minas;
 - a) Ao apagamento constante dos ‘gasômetros’ devido à falta de oxigênio (má ventilação), obrigando os operários a caminharem muitas vezes no escuro no interior das galerias e sujeitando-os por isto a tôda a sorte de perigos, além das quedas; cabeçadas no escoramento de madeira, esbarrões em vagonetes estacionados nas galerias, falseamento do pé ao pisarem em blocos de carvão ou ferramentas deixadas no chão das galerias, etc.;
 - d) À pequena altura das galerias de quase tôdas as minas, obrigando os operários a caminharem sempre em posição curvada, tornando-os assim mais sujeitos a quedas pela pouca estabilidade que esta posição lhes dá;
 - e) À existência de poços de comunicação entre 2 galerias situadas em dois planos diferentes, superpostas uma à outra;
10. Queimaduras ocasionadas pelas chamas dos gasômetros, em consequência de distração de seus próprios portadores;
11. Corpos estranhos na vista; geralmente pequenos fragmentos de carvão.⁵⁹

Na avaliação de Boa Nova, a maioria dos acidentes ocorria por culpa do próprio operário, que estava distraído ou era displicente. Por isso, ele sugeria uma “seleção rigorosa de operários” e uma pesquisa de “orientação vocacional” dos selecionados, assim como uma “educação bem dirigida” para os novos contratados, antes de ocuparem suas funções na mina. A empresa não deveria permitir que o operário recém-contratado se defrontasse com os perigos e os riscos a que estaria sujeito sem conhecer as medidas preventivas básicas. E a incumbência pela “instituição de medidas preventivas e a tarefa de ministrar ao operário recém-admitido a noção exata dos riscos de sua ocupação” e o que o trabalhador deveria fazer para a sua segurança eram, segundo o autor, responsabilidade do engenheiro e do médico, “juntamente com capatazes e operários mais experimentados”.

Em geral, os médicos-sanitaristas consideravam que a falta de “consciência” sobre a importância da higiene e segurança no trabalho incluía os trabalhadores, os empresários e as autoridades governamentais. Da mesma forma que Boa Nova, Lacerda Filho, perito da CPI do

Carvão, lamenta a mentalidade atrasada dos mineradores e o descuido das instituições governamentais em relação à medicina preventiva.⁶⁰ Na sua avaliação, essa situação contribuía para o elevado número de acidentes das minas, como o que havia sido registrado nas minas de Urussanga em 1957. Entre um total de 1.700 mineiros existentes nas minas deste município, ocorreram 1.122 acidentes de trabalho. “E por quê?”, questiona Lacerda Filho: “Pelo descaso a que estão voltadas as questões de higiene geral e, em particular, de higiene e segurança industrial.” Além da “mentalidade atrasada”, critica o hábito dos proprietários das minas de sonegar informações. Sabia-se da ocorrência de graves acidentes de trabalho, mas não havia dados oficiais sobre os mesmos.⁶¹

Os deputados da CPI do Carvão também investigaram a estatística oficial do seguro de acidentes de trabalho nas minas de carvão da região carbonífera, do Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Empregados em Transportes e Cargas (IAPETC), que na época contava com 7.667 associados (inativos e ativos), trabalhadores/as das empresas carboníferas. Os dados oficiais do IAPETC foram questionados pelos deputados mas, de qualquer forma, pode-se constatar que a incidência de acidentes era muito alta, ou pelo menos bastante comum:

Tabela 13 - Dados Estatísticos do Seguro de Acidentes do Trabalho na Zona Carbonífera de SC / Depto de Acidentes de Trabalho – IAPETC (1955-1957)

	Ano	Empregado sob		Acidentes Ocorridos		
		Cobertura	Incap. Temp.	Incap. Perman.	Mortes	Manut. Salário
Urussanga	1955	673	266	-	-	3
	1956	628	223	-	4	1
	1957	621	634	-	1	6
Lauro Müller	1955	13.080	521	1	-	6
	1956	13.104	629	-	-	1
	1957	12.144	489	-	-	-
Criciúma	1955	4.055	2.434	44	3	10
	1956	4.190	3.629	35	-	17
	1957	3.926	5.115	58	5	17

Fonte: BRASIL. Anais da Câmara dos Deputados. Projeto de Resolução n. 186, de 1959. Da Comissão de Inquérito: Aprova conclusões da Comissão Parlamentar de Inquérito sobre as minas de carvão no Estado de Santa Catarina. Rio de Janeiro: Serviço Gráfico do IBGE, v. III, 1959. (Sessões de 27 a 31 de janeiro de 1959). p. 78.

A legislação trabalhista exigia a instalação de uma estrutura de emergência composta por, pelo menos, um ambulatório, uma equipe de médicos e enfermeiros, e uma ambulância

⁵⁹ Francisco de Paula Boa Nova Jr., op. cit., p. 74-75.

⁶⁰ Perito da CPI do Carvão e chefe da divisão de Medicina do Trabalho do Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Marítimos.

⁶¹ Brasil, Anais da Câmara dos Deputados, Projeto de Resolução n.º 186 (CPI do Carvão), op. cit., p. 76.

para transportar os acidentados. De um modo geral, as maiores companhias passaram a cumprir as exigências legais, mas no período em que predominavam as pequenas empreiteiras (décadas de 1940 e 1950, principalmente) a lei não passava de letra morta. Em 1953, Boa Nova reclama que a maioria das empresas carboníferas não tinha sequer um enfermeiro prático nem mesmo material de urgência. Quando havia um acidente mais grave na mina, os próprios mineiros socorriam o acidentado, embora não tivessem treinamento para prestar os primeiros socorros.

A mesma denúncia foi feita por Lacerda Filho, na CPI do Carvão. Segundo sua inspeção, as empresas carboníferas, com exceção da CSN e da Companhia Próspera, não cumpriam as determinações legais sobre a prestação de serviço médico nas minas. Os operários não eram submetidos a exames médicos periódicos nem seus pulmões eram radiografados, conforme estabelecia a lei.⁶²

Nas minas de carvão, os trabalhadores/as também adquiriam determinadas doenças, como as provocadas por agentes físicos e químicos, ou seja, poeira, fumaça, gases e vapores presentes nas minas. Contraíam-se moléstias de origem biológica, provocadas pela contaminação bacteriana do ar das minas, propiciadas pela umidade, calor e frio excessivo. Algumas doenças resultavam do esforço físico ou do posicionamento do corpo em relação ao manuseio de um equipamento ou execução de uma determinada função repetitiva, propiciando o aparecimento da lombalgia, dores lombares ou dores nas costas. Entre as enfermidades consideradas mais graves, segundo os médicos do DNPM, destacavam-se a *antracose* (ou pneumoconiose), a *ancilostomíase* e a *nistagmus*.

Em 1950, o médico sanitарista Manoel Moreira foi designado pelo DNPM para inspecionar e estudar as condições de saúde dos trabalhadores e a higiene nas minas de carvão da região carbonífera de Santa Catarina. Dr. Moreira examinou clinicamente “1.225 operários das companhias Próspera, CBCA, Metropolitana, Catarinense e de outras minas menores”, que trabalhavam no subsolo das minas e na superfície. Além do exame clínico geral, solicitou 524 radiografias de operários com mais de cinco anos de trabalho, com o objetivo de identificar casos de silicose, tuberculose e pneumoconiose. Infelizmente, salienta Moreira, dos Raios-X solicitados, apenas 51 foram feitos porque houve problema no fornecimento de energia elétrica que alimentava o aparelho de radiografia do DNPM (setor Criciúma) e não havia outro equipamento disponível. Mesmo assim, ele chegou a uma conclusão clínica a partir dos 1.225 exames feitos e das 51 radiografias. Das 51 radiografias analisadas, não se

⁶² Ibid., p. 74.

identificou nenhum caso de pneumoconiose e houve apenas um caso de silicose. Os exames clínicos mostraram que a incidência de tuberculose era bem menor do que as verificadas nas minas de ouro do Estado de Minas Gerais, mas Dr. Moreira salienta que era necessário ter um parecer final por meio de um exame radiográfico completo.

Não há evidências de que a tuberculose tenha sido uma das principais moléstias que afligiu a população da região carbonífera. Todavia, o medo desta doença mortífera provocou reações concretas. Em maio de 1941, quando estava prestes a ser inaugurada a nova instalação da Caixa de Aposentadoria do Serviço de Mineração, em Tubarão, informa-se à população que no novo prédio construído funcionariam os escritórios da Caixa, uma farmácia, um consultório médico, com um aparelho moderno de Raios-X e um especialista em tuberculose. “Todas estas coisas se destinam a servir aos associados da Caixa. Assim, os mineiros e suas famílias terão, de agora em diante, assistência médica mais eficiente”.⁶³

Em Criciúma, da mesma forma que em outras cidades com densidade populacional relativamente elevada, também surgiu um movimento para a construção de um hospital para tuberculosos. Nos primeiros anos da década de 1950, a imprensa local fomentou um amplo debate, com manifestações contra e a favor, rivalizando inclusive com a cidade vizinha de Tubarão, que também reivindicava a construção de um hospital. Todavia, na opinião de alguns médicos, havia uma doença letal com maior índice de incidência e que atingia os trabalhadores mineiros. Durante décadas, a pneumoconiose foi uma das principais moléstias profissionais que despertou as preocupações de médicos, autoridades sanitárias, sindicato dos trabalhadores e institutos de aposentadoria e pensões. Em 1952, Dr. Manoel Moreira analisou algumas radiografias que indicavam a existência desta doença, rotulada de “antracose”, sendo que vários trabalhadores tinham sido aposentados porque haviam contraído essa moléstia.

Manoel Moreira não concordava com o uso de determinadas nomenclaturas nem se deixava levar por diagnósticos desprovidos de estudos mais apurados. Para demonstrar que a denominação “antracose” estava sendo utilizada de forma incorreta, menciona uma vasta bibliografia médica, proveniente de vários países, visando provar que a poeira de carvão não era tão nociva como se considerava. Quando foi designado pelo DNPM para inspecionar as condições de trabalho nas minas de carvão, em meados da década de 1950, Dr. Moreira estava convencido de que nem todas as poeiras eram perigosas, e que a entidade nosológica da pneumoconiose era a poeira de sílica e não a do carvão. Não era a poeira do carvão que produzia a lesão pulmonar e sim a sílica, argumentava. Por isso, conclui: “julgamos que não

⁶³ A Imprensa, Tubarão-SC, 31/05/1941.

devemos mais usar a palavra ‘antracose’ nos casos de fibrose pulmonar encontrada entre os mineiros de carvão, mas simplesmente silicose”, ou silicose-antracose, “não só para designar o lugar da origem da moléstia, bem como o efeito do carvão, se este porventura existir”.⁶⁴

Antracose era o nome da doença provocada pela impregnação de partículas de poeira de carvão nos pulmões. Nessa época, a medicina sanitária ainda não considerava a pneumoconiose uma doença grave. Algumas autoridades em higiene do trabalho acreditavam que a impregnação de poeira nos pulmões não causava danos de saúde tão sérios, como no caso do médico sanitarista Manoel Moreira. Nem todos os médicos, no entanto, partilhavam do pensamento predominante da época. Boa Nova, por exemplo, colega de trabalho de Moreira, divergia dele e da tendência hegemônica da medicina do trabalho:

Muito embora a tendência atual das autoridades em higiene do trabalho seja de excluir a ‘antracose’ das doenças profissionais dos mineiros, sob a alegação de que, mesmo existindo impregnação dos pulmões em grau elevado, isto pode ocorrer sem qualquer sintomatologia séria, queremos aqui manifestar a nossa discordância de tais conceitos, à vista dos numerosos casos por nós observados entre o operariado das minas de carvão de Criciúma, a ponto mesmo de muitos dêles, pela sintomatologia grave que apresentavam, com dispnéia intensa, dores torácicas acentuadas e tosse como expectoração difícil, terem sido aposentados, alguns mesmo relativamente moços, com cerca de 10 ou 12 anos de serviço no sub-solo [sic!].⁶⁵

Diferentemente das conclusões tiradas de uma breve inspeção das minas feita por seu colega, Boa Nova não teve medo de manifestar sua discordância porque tinha oito anos de trabalho e estudo sobre a realidade dos mineiros e das minas de Criciúma e região. Enquanto os “estudos modernos” da época afirmavam que a poeira do carvão não produzia patologia grave no tecido pulmonar, Boa Nova observava que, no cotidiano de trabalho, o mineiro ia acumulando partículas de carvão no tecido pulmonar, que provocavam irritação e dificuldade de respiração. Ao longo dos anos a respiração ia se tornando cada vez mais ofegante.

Para refutar, de forma definitiva, a tese de que a poeira do carvão não produzia patologia grave, Boa Nova comenta uma autópsia feita por ele em um mineiro de Criciúma, a pedido das autoridades policiais. Tratava-se de um jovem mineiro de 24 anos de idade, com seis anos de trabalho na mina. Quando examinou os pulmões do cadáver ficou impressionado com “a enorme quantidade de partículas de carvão neles acumuladas”. A faca utilizada para

⁶⁴ Manoel Moreira, *Higiene nas minas de carvão do Estado de Santa Catarina*, 1952. p.54.

⁶⁵ Francisco de Paula Boa Nova Jr., op. cit., p. 93.

cortar os pulmões, comenta o médico, “nos dava a sensação de estar cortando um saco cheio de areia grossa”.⁶⁶

Outra doença freqüente entre os mineiros era a *nistagmus*, doença dos olhos causada, principalmente, pela deficiência de iluminação no interior das minas, que se caracterizava por um desvio ocular, cujo portador via objetos em movimento diante de seus olhos, e o globo ocular oscilava – alguns doentes sentiam tonturas. Embora a iluminação precária no ambiente de trabalho era considerada um dos agentes causadores da deficiência visual, havia os casos em que o próprio operário já era portador desta deficiência antes de ser admitido. A pouca iluminação no ambiente de trabalho poderia contribuir para agravar o problema, mas não era o agente causador.

De forma geral, os médicos Manoel Moreira, Boa Nova, Lacerda Filho, Manif Zacharias, entre outros, pressionaram o Estado para que se cumprisse o Código de Higiene e Segurança nas minas de carvão de Santa Catarina. Todos partilhavam dos mesmos sentimentos humanitários em prol de uma ambiente de trabalho salubre, higiênico e seguro, requisitos essenciais de uma sociedade industrial civilizada. Lacerda Filho, tal qual Boa Nova, também chegou a formular um Plano de Recuperação do Trabalho nas Minas, para solucionar definitivamente o problema de segurança e higiene nas minas de carvão. Nesse Plano, sugere a/o:

- a) Organização de três serviços de medicina preventiva, chefiados por especialistas em higiene industrial e sediados em Criciúma, Urussanga e Lauro Müller;
- b) Remodelação das atuais moradias dos mineiros, provendo-se de luz, água potável e esgoto;
- c) Fornecimento de alimentação adequada aos mineiros;
- d) Organização de escolas profissionais, algumas delas com ensinamento de técnicas agrícolas;
- e) Aproveitamento dos operários fisicamente diminuídos (incapazes para o serviço de mineração) em atividades compatíveis com a capacidade laborativa, residual, dos mesmos.⁶⁷

Na década de 1970, a insalubridade e as péssimas condições de trabalho nas minas de carvão do país ainda eram encaradas como um problema a ser resolvido. Em 1967, Narciso Kalili, repórter da revista Realidade, salienta que embora a lei determinasse que cada mina tivesse um refeitório, a maioria das companhias carboníferas ainda não cumpria os imperativos legais. Os mineiros sentavam-se em “troncos, caixotes ou na própria rocha, com

⁶⁶ Ibid., p. 93-94.

⁶⁷ Brasil, Anais da Câmara dos Deputados, Projeto de Resolução n.º 186 (CPI do Carvão), op. cit., p. 76-77.

as marmitas sobre os joelhos” para comer uma refeição composta de arroz, farinha e carne. No seu primeiro dia de trabalho, o novato Emodeno viu um mineiro sendo carregado por dois colegas e ouviu os comentários de Polaco:

- Êsse vai pro encôsto. Deu a dor das cadeiras nêle. Emodeno já ouvira falar em encôsto. Significava ir para o Instituto. No comêço, até que o encôsto é bom: não se trabalha e se recebe salário integral. Mas logo as coisas pioram. O salário vai sendo reduzido pelo Instituto, até ficar em 50% do salário-mínimo. Alguns encostados não agüentam ver filho passando fome e voltam à mina, mesmo sem condições físicas. Mas isso dura pouco, pois vem nôvo encôsto e depois disso a aposentadoria é praticamente obrigatória [sic!].⁶⁸

Em 1969, a revista Carvão de Pedra publicou um Programa de Medicina Ocupacional para as minas de carvão, formulado pelo dr. Haroldo de Souza e Silva, médico da Companhia de Pesquisas e Lavras Minerais (COPELMI), do Rio Grande do Sul. Na sua breve justificativa histórica, inicia sua argumentação, afirmando que todas as “nações civilizadas” já estavam conscientes de que o homem era “o maior valor e o maior bem na riqueza de um país”. Do seu ponto de vista, a meta da produção deveria estar diretamente relacionada com a proteção e o progresso social do operário, “através do fornecimento de uma assistência adequada para a doença, uma melhoria de vida com melhor habitação e facilidade de comunicação ao trabalhador para expressar suas ansiedades”. Dr. Haroldo direcionou parte de sua argumentação para os dirigentes da indústria carbonífera, lembrando que estava na hora de se criar uma política de Saúde Integrada, em que Segurança e Bem-Estar deveriam ser o “binômio predominante”. Sua conclusão preconizava a idéia de que Saúde e Produção só teriam êxitos satisfatórios se estivessem cada vez mais interligados e, para alcançar esta meta, era necessário incutir a cultura preventiva “às personalidades dos dirigentes e dos dirigidos”.⁶⁹

A “realidade” das minas de carvão era trágica, mas é importante observar que ao longo de várias décadas foi se formando e ampliando um movimento sanitário que se preocupou em lutar por melhorias nas condições de trabalho das minas, motivados pelo ideal de uma sociedade industrial civilizada. Com base nesse propósito, a medicina do trabalho formulou programas de educação preventiva destinados aos trabalhadores/as e aos proprietários. Gradativamente foi se intensificando um movimento de pressão sobre o Estado, visando assegurar um padrão civilizatório aceitável no ambiente de trabalho das minas.

⁶⁸ Narciso Kalili. Eles vivem embaixo da terra. In: Realidade. Rio de Janeiro, ano II, n.º 15, junho/1967. p. 32.

⁶⁹ Carvão de Pedra. Brasília, nov.-dez./1969 – jan.-fev./1970. p. 151.

Não há dúvidas de que as condições de trabalho nas minas de carvão da região carbonífera de Santa Catarina ainda não atingiram o padrão civilizatório idealizado pela medicina sanitarista, e talvez nunca atinjam. Entretanto, percebe-se claramente que se instituiu um movimento permanente com o intuito de melhorar as condições de higiene e segurança nas minas e, lentamente, foi se desenvolvendo uma legislação com esse propósito e também para aperfeiçoar os mecanismos de fiscalização. Mesmo levando em consideração o longo período de adaptação e resistência, tanto por parte dos mineradores quanto dos trabalhadores/as, ambos foram assimilando novos hábitos no ambiente profissional. Em função dos imperativos legais, os proprietários foram obrigados a implementar normas de segurança e higiene no trabalho, e os operários/as tiveram de se habituar a usar botas ou botinas, capacetes, máscaras, etc.

A força de trabalho e as reivindicações do movimento sindical

Antes de tudo, essa greve de 19 semanas arrancou para sempre os mineiros do Norte da Inglaterra à morte intelectual que eles conheciam anteriormente; deixaram de dormir, estão vigilantes na defesa dos seus interesses e juntaram-se ao **movimento da civilização** [grifo meu], principalmente ao movimento operário.⁷⁰

O surgimento e o crescimento de uma categoria de trabalhadores relativamente expressiva numericamente, e minimamente organizada em estruturas sindicais, suscitaram preocupações internas e externas. Dentre as diversas modalidades de controle disciplinar usadas pelos proprietários, destaca-se a atenção vigilante e regular dos aparatos policiais e os dispositivos de disciplinamento existentes no cotidiano de trabalho. Quanto às políticas de controle social difundidas a partir do poder público, observa-se que parte das preocupações materializaram-se sob a forma de serviços de assistência médicos-sociais.

De um modo geral, pode-se dizer que enquanto os donos das companhias carboníferas mantiveram a tradicional prática capitalista de auferir seus lucros por meio da exploração do trabalho, evitando custos adicionais com a reprodução da mão-de-obra, houve um movimento em sentido contrário. Esse movimento, que em certos aspectos foi impulsionado e coordenado pelo Estado, contou com a participação individual e coletiva de setores organizados da

sociedade civil, entre os quais o sindicato dos mineiros, que preconizava um aumento do padrão de vida da classe trabalhadora. Assim, ao longo de décadas foi se constituindo e ampliando um conjunto de políticas públicas destinado a melhorar o padrão de moradia, as condições de trabalho e o estado de saúde da classe operária mineira. Em suma, houve um movimento modernizador direcionado à região carbonífera, estimulado pelo grau de importância econômica alcançado pela indústria do carvão, em função dos problemas médicos-sociais decorrentes das atividades industriais e também em virtude da força política da classe operária mineira.

Para compreender melhor esse movimento modernizador, vejamos alguns dados numéricos. Os números da força de trabalho não são precisos, mas há evidências que possibilitam estimar o seu tamanho. No período de 1940 a 1960, o sindicato dos mineiros contava com aproximadamente 10 mil operários. Os censos demográficos registraram a existência de 3.200 mineiros em 1940; 5.500, em 1950; e 5.700, em 1960.⁷¹ Entretanto, é preciso considerar que os dados oficiais podem não ter contabilizado o número de trabalhadores/as empregados nas diversas pequenas empreiteiras que funcionavam de forma irregular, além de não terem registrado as constantes variações nos diversos momentos de crise e crescimento do setor carbonífero. Além disso, há evidências conclusivas de que o trabalho infantil (meninos e meninas) fazia parte da rotina de qualquer empresa carbonífera, exceto talvez em relação às minas e instalações da Companhia Siderúrgica Nacional (CSN). Isso significa que uma parte dos trabalhadores/as não era registrada ou não aparecia na relação de empregados nos registros oficiais. De qualquer forma, em comparação com outros setores industriais existentes no Sul de Santa Catarina, o número de trabalhadores empregados no setor carbonífero foi predominante até 1985, segundo os dados estatísticos de Alcides Goularti Filho.⁷²

Nos arquivos das grandes companhias, mesmo daquelas que já foram desativadas, como no caso da CSN, encontram-se os dados cadastrais dos trabalhadores/as. Trata-se de fichas de admissão e registros funcionais que contêm uma pequena fotografia, nome, filiação, idade, estado civil, cor, local de nascimento, data de admissão, data e motivo de demissão, atestado de saúde, observações sobre o comportamento na empresa, multas, ganchos e outras

⁷⁰ Friedrich Engels, op. cit., p. 289.

⁷¹ Alcides Goularti Filho, *A formação econômica de Santa Catarina*, 2002. p. 248.

⁷² *Ibid.*, p. 391. De acordo com os números apresentados por Goularti Filho, em 1965, por exemplo, enquanto o setor carbonífero empregava diretamente 6.778 trabalhadores, a indústria cerâmica contava com 385, no setor calçadista havia 547, o metal-mecânico empregava 120, o setor do vestuário tinha 80 e a indústria dos plásticos contava apenas com 10 trabalhadores.

informações. As fichas funcionais registravam, inclusive, a contratação de menores de catorze anos. Neste caso, não se trata de evidência, nem de estimativa.

Mesmo não sendo possível apresentar um quadro preciso da força de trabalho empregada nas minas de carvão da região carbonífera, há dados oficiais e não oficiais que possibilitam dimensionar uma situação mais próxima da realidade. Em 1942, por exemplo, período da Segunda Guerra Mundial e ano em que Getúlio Vargas decretou estado de guerra, há estimativas de que somente a Companhia Nacional Carbonífera Barro Branco tenha contratado cerca de 2.500 trabalhadores/as.⁷³ E se os dados do historiador Mário Belloli estiverem corretos, nesse mesmo ano havia 118 empresas de mineração na região, conforme mencionado anteriormente. Em termos de dados oficiais, o DNPM informa que em dezembro de 1947 havia 7.201 trabalhadores/as nas diversas companhias carboníferas da região, distribuídos/as da seguinte forma:

Tabela 14 - Trabalhadores das Diversas Companhias Carboníferas de SC Registrados no DNPM, em 31/12/1947

COMPANHIAS	Mineiros	Ajudante Mineiro	Serviço Espec.	Diarista	Escolhedor	Escritório	Total
Zona de Criciúma							
Cia. Siderúrgica Nacional	95	280	577	187	50	25	1.214
CBCA	222	329	60	242	07	06	866
Min. Geral do Brasil	56	103	77	35	32	13	316
Cia. Carb. Metropolitana	141	128	42	123	90	22	546
Soc. Carb. Próspera	125	217	153	259	49	34	837
Cia. Carb. Catarinense	67	47	24	07	-	04	149
Carb. União Ltda.	43	55	26	118	22	14	278
Cia. Carb. São Marcos	100	55	10	33	19	12	229
Soc. Carb. Criciúma	44	60	33	25	06	08	176
Soc. Carb. Boa Vista	30	53	35	20	-	10	148
Soc. Carb. Rio Maina	12	12	02	06	06	01	39
Cia. Carb. Brasil	23	40	04	01	-	-	68
Cia. Carb. João Paulo de Luca	16	10	07	03	07	02	45
Soc. Carb. Montenegro	16	22	03	05	-	02	48
Soc. Brás. Carb. Progresso	08	08	02	07	-	01	26
Combustíveis	-	-	15	17	17	06	55
TOTAL	998	1.419	1.070	1.088	305	160	5.040
Zona de Urussanga							
Min. Geral do Brasil Ltda.	68	94	67	22	28	06	285
Cia. Carb. Urussanga	67	108	90	15	23	16	319
Cia. Ind. Mineração Rio Carvão	18	45	09	13	09	07	101
Soc. Carb. Cocal	12	20	06	08	05	-	51
Soc. Carb. Rio Salto	07	-	-	05	-	-	12
Soc. Carb. Rio Caeté	26	31	12	08	21	05	103

⁷³ Ibid., p. 149.

Soc. Carb. Montanha	17	24	05	12	07	04	69
TOTAL	215	322	189	83	93	38	940
Zona de Lauro Müller							
Cia. Nac. Min. Carvão	158	351	284	271	51	106	1.221
Barro Branco							
TOTAL GERAL	1.371	2.092	1.543	1.442	449	304	7.201

Fonte: BRASIL. Ministério da Agricultura. Departamento Nacional de Produção Mineral. Relatório da Diretoria, 1947. Rio de Janeiro, Boletim n.º 83, 1948.

Segundo as informações contidas no mesmo relatório, em 1946 havia 8.511 trabalhadores/as empregados na indústria carbonífera de Santa Catarina. Houve, portanto, uma redução de 1.310 empregos em relação ao ano seguinte. Os dados da tabela acima revelam também que 70% da força de trabalho empregada nas minas de carvão estavam concentradas na zona carbonífera de Criciúma, 17% em Lauro Muller e 13% na zona de Urussanga. É importante observar, ainda, que a coluna especificada pelo termo “escolhedor” refere-se às mulheres que trabalhavam no serviço de escolha do carvão, popularmente conhecidas por “escolhedeiras”. Cabe aqui fazer um destaque para a presença cotidiana da força de trabalho feminina nas minas de carvão, pois

apesar do silêncio oficial, os homens não foram os únicos a serem absorvidos pelas minas no processo de expansão e desenvolvimento da indústria do carvão. Principalmente nas décadas de 40 e 50 do século XX, as mulheres constituíam uma força de trabalho significativa nas minas de carvão da região carbonífera de Santa Catarina. Sua presença no espaço das minas deu-se por pelo menos trinta anos de mineração, mas aos olhos da história oficial, elas ficaram imperceptíveis.⁷⁴

Além dos trabalhadores/as das minas de carvão, havia também os empregados da Estrada de Ferro Dona Tereza Cristina (EFDTC), os trabalhadores dos portos de Laguna e Imbituba, os trabalhadores do Lavador de Capivari e os trabalhadores da Usina Termoeletrica também de Capivari, em Tubarão. Em relação aos empregados da companhia ferroviária, em 1961 ela contava com 1.314 ferroviários; em 1962, 1.290; em 1963, 1.273; em 1964, 1.264; em 1965, 1.188; em 1966, 1.122; e em 1967, 1.041.⁷⁵

Quanto à procedência geográfica dos trabalhadores/as que migraram para a região carbonífera em busca de emprego nas minas de carvão, as fontes revelam que a grande maioria era de pescadores e colonos provenientes do litoral e das zonas agrícolas do Sul de Santa Catarina. Vinham, principalmente, de Tubarão, Laguna, Imaruí, Jaguaruna, Imbituba e

⁷⁴ Carlos Renato Carola, *Dos subterrâneos da história: as trabalhadoras das minas de carvão de Santa Catarina*, 2002. p. 24.

⁷⁵ Alcides Goularti Filho, op. cit., p. 487.

Araranguá. Somando-se aos trabalhadores/as que já moravam nos municípios onde havia mineração – Orleans, Urussanga e Criciúma – essa população constituiu a principal força de trabalho da região carbonífera no período de 1930 a 1970.

As fontes revelam ainda que a origem étnica da força de trabalho das minas era constituída, predominantemente, por luso-brasileiros e por descendentes de italianos, alemães, poloneses e por afro-brasileiros. Entre os descendentes de portugueses, que representavam mais de 50% da mão-de-obra, a maioria era de luso-brasileiros que viviam no litoral sul-catarinense, sobrevivendo da agricultura de subsistência e da pesca. Isso significa dizer que a identidade cultural do trabalhador/a mineiro foi forjada num processo de transição em que tradicionais colonos e pescadores substituíram os respectivos modos de vida de origem pelo mundo das minas de carvão.

Foi nesse contexto, ou seja, numa região dinamizada pela indústria carbonífera e pela fixação de populações de diferentes origens étnicas, que se formaram a classe operária mineira e o movimento sindical dos trabalhadores das minas de carvão. Na memória local, o sindicato dos mineiros representa mais uma das peculiaridades da região carbonífera de Santa Catarina. Aliás, é necessário falar em “sindicatos” de mineiros, não somente porque havia o sindicato dos mineiros de Criciúma, fundado em 1944, o de Lauro Müller (1951), o de Urussanga (1957), o de Siderópolis (1959) e o de Rio Maina (1961), mas também devido às suas diferenciações ideológicas e ações políticas.

Terezinha Volpato afirma que a criação do sindicato dos mineiros de Criciúma surgiu no final da Segunda Guerra Mundial, no período em que o “continuismo” do getulismo mantinha-se por meio do Presidente Dutra e pela atuação do Partido Trabalhista Brasileiro (PTB), fundado em 1945. Nessa época, ainda vigorava a prática de controlar as organizações sindicais por meio do Estado. A iniciativa de fundar o sindicato partiu do Ministério do Trabalho, diz Volpato, que dividiu a história da entidade em duas fases, a do “peleguismo” e a da “militância sindical mineira”. Na primeira fase, ou seja, no período de 1944 a 1957, a orientação predominante do sindicato dos mineiros de Criciúma acompanhou o modelo nacional, tendo uma postura de cooperação de classe, um posicionamento político anti-comunista e práticas assistencialistas. A autora afirma que até 1957 a orientação política do sindicato não teve “nenhuma tradição de luta”, caracterizando-se por seu “espírito corporativista” e prática assistencialista.

As atas do sindicato dos mineiros de Criciúma não deixam dúvidas sobre a sua orientação anti-comunista. Em reunião de diretoria feita em maio de 1947, por exemplo, a

direção decidiu remeter um telegrama ao Presidente da República e ao Ministro do Trabalho “hipotecando solidariedade e congratulando-se com o fechamento do Partido Comunista do Brasil”.⁷⁶ Em setembro do mesmo ano, a diretoria enviou outro telegrama “hipotecando solidariedade” aos mesmo destinatários, em função do rompimento de relações diplomáticas com a União Soviética.⁷⁷ E em dezembro de 1948 solicita-se uma lista dos comunistas fichados na polícia para tomar as devidas providências.

O associado do sindicato que fosse suspeito ou acusado de comunista era destituído imediatamente da entidade e, caso não fosse filiado, também entrava para a lista dos “inimigos” dos trabalhadores. Agindo dessa forma, a direção sindical contribuía para a ordem estabelecida e ganhava o respeito perante as autoridades empresariais e governamentais. Mesmo diante da necessidade de manter alguns confrontos em prol de melhores condições de vida e trabalho para a categoria, procurava-se manter uma relação de cordialidade com as autoridades constituídas, principalmente com Getúlio Vargas, o “pai dos trabalhadores”.

As manifestações de cordialidade, no entanto, não revelam a complexidade das relações de poder. Embora Getúlio Vargas tenha instituído uma estrutura sindical atrelada aos interesses do Estado, visando estabelecer uma cooperação de classe entre trabalhadores e patrões em prol da nação, na prática ambos os lados desenvolveram mecanismos de resistência e estratégias para controlar os sindicatos. Na década de 1950, quando o movimento sindical nacional começou a expressar novamente sua força em termos de organização, autonomia e defesa dos direitos dos trabalhadores, os sindicalistas da “Capital Brasileira do Carvão” sentiram-se fortalecidos para conquistar o sindicato que, havia mais de uma década, estava sob o controle dos “pelegos”. Mesmo atuando contra a orientação oficial do sindicato e desafiando o poder de repressão dos proprietários das empresas carboníferas, os sindicalistas opositores foram impondo resistências e confrontos durante alguns anos. A posição política contrária ao “peleguismo” e os confrontos com o poder local contribuíram para fortalecer a identidade da classe operária mineira, constituindo e ampliando a legitimidade perante os trabalhadores.

Em 1957, a chapa de oposição venceu a eleição do sindicato e inaugurou uma nova política no movimento sindical mineiro, que perdurou até 1964, ano do golpe militar que depôs o Presidente João Goulart. Volpato caracteriza esse período (1957-1964) como “a fase

⁷⁶ Sindicato dos Trabalhadores da Indústria de Extração do Carvão de Criciúma. Criciúma, Ata 77, de 11/05/1947.

⁷⁷ Idem, Ata 90, de 25/09/1947.

de militância na defesa dos interesses imediatos da classe operária mineira”. Do seu ponto de vista,

foi um período em que as condições precárias de trabalho, a exploração sofrida pela categoria, a insegurança do trabalho nas minas eram denunciadas por estes homens que, diariamente, iam buscar nas galerias subterrâneas a subsistência para suas famílias. Os mineiros encontraram no sindicato o veículo que acolhia suas denúncias e que lutava com eles para compensar as perdas sofridas no processo de trabalho. Perdas que, para uns resultavam em bronquites ou reumatismo crônicos, para outros em ‘problemas de coluna’, para outros, ainda, em pneumoconiose, sem mencionar a perda de energias físicas e o envelhecimento precoce, dado o exigente esforço despendido no processo extrativo do carvão (...) Suas lutas se dirigem, algumas, para minorar a agressividade do ambiente de trabalho; lutas em prol de melhores equipamentos, individuais e coletivos, de proteção, segurança e de condições de trabalho (...) ⁷⁸

Na região carbonífera de Santa Catarina, a luta dos mineiros aparece na historiografia e nas lembranças sob diferentes perspectivas: ou se glorifica a luta dos mineiros pelos seus atos de bravura contra as forças de opressão, uma luta heróica contra as injustiças sociais, ou se “demoniza” o movimento dos trabalhadores, qualificando-os de comunistas, subversivos e desordeiros da “ordem” e do “progresso”. Há ainda outras representações. Dr. Manif Zacharias, por exemplo, lembra-se dos trabalhadores mineiros, colocando-se na condição de defensor de uma classe que julgava ostensivamente explorada, oprimida e politicamente incapaz. Na sua perspectiva, os mineiros eram “criaturas iguais a nós, tão dignas quanto nós, mas maltratadas, sofridas, desprezadas, espoliadas em seus mais elementares direitos”. Os trabalhadores das minas, lembra o Dr. Manif, eram tratados como “bestas de carga em sua força de trabalho”; eram “seres humanos que, jungidos à ignorância que lhes impunham, intencionalmente e cruelmente, a tirania do dinheiro e a prepotência de um fanatismo religioso medievalesco, não se conscientizavam da grandeza e extensão de sua miséria e não reagiam, não protestavam, não se rebelavam, submissos ao jugo que os oprimia”. ⁷⁹

Para viver e sustentar a família, os trabalhadores incorporavam um “heroísmo maldito”, submetiam-se e “suportavam o fardo esmagador, penavam, caíam, pereciam, para que outros, desumanos e indiferentes, se banquetearassem à farta de suas carnes desfibradas e lhes sorvessem, em lagos haustos, o pobre sangue dessorado, nos rega-bofes da vida folgazã, proporcionada pelo lucro fácil e regalado” dos grandes proprietários das minas. Eu percebia, sentia e deplorava, diz o dr. Manif, “a inconsciência dessa massa de sofrendores reduzidos à

⁷⁸ Terezinha G. Voipato, *A pirita humana*, 1984. p. 114.

⁷⁹ Manif Zacharias, op. cit., p.19-20.

condição de desprezível rebotalho, desmoralizados em sua condição humana, sem amparo a que se amparar, sem armas com que se armar, quando, vez ou outra, um lampejo de brio e dignidade lhes clareava a mente e os induzia a tentativas tímidas de rebeldia contra o regime que os aniquilava e o sistema que garantia a impunidade de seus impiedosos algozes”.⁸⁰

Dr. Manif foi testemunha ocular das condições de vida e trabalho das famílias mineiras da região carbonífera de Santa Catarina. Entretanto, ao se colocar na condição de porta-voz da classe operária mineira, como fazia o Partido Comunista Brasileiro, expressa uma visão ingênua sobre os diversos dispositivos de resistência desenvolvidos pelos trabalhadores/as das minas de carvão, inclusive em relação à prática da greve.

Na região carbonífera de Santa Catarina, o uso da greve como instrumento de luta por melhores condições de trabalho foi experimentada no final do século XIX e na primeira metade do século XX. Alcides Goularti Filho comenta que os ferroviários da Estrada de Ferro Dona Tereza Cristina paralisaram suas atividades em função dos baixos salários e das péssimas condições de trabalho nos anos de 1891, 1912, 1928, 1934 e 1939.⁸¹ Em relação ao movimento mineiro, tudo indica que o espírito anarquista que se materializou nas greves ocorridas no Rio de Janeiro e São Paulo também chegou à região mineira. Santos Guglielmi, um dos maiores empresários de carvão da região, nascido em 1912, informa que Criciúma vivenciou a sua primeira greve em 1920, “um movimento influenciado pelos ideais anarquistas que fervilhavam pela Europa e que chegaram ao país junto com os imigrantes”.⁸² Em agosto de 1945, Goularti Filho conta ter ocorrido “outro grande movimento grevista dos operários da Companhia Próspera”.

Na década de 1950 e nos três primeiros anos da década de 1960, a prática da greve foi acionada regularmente, deflagrada quase anualmente. Em Criciúma, Volpato afirma que a greve foi acionada em abril de 1958, em maio de 1959, em janeiro de 1960, em maio de 1961 e em fevereiro de 1963. Goularti Filho apresenta uma “cronologia das greves” realizadas na região, identificando as empresas carboníferas e as principais reivindicações dos operários:

Quadro 08 - Greve de Mineiros Realizadas nas Décadas de 1950 e 1960			
Período	Empresa	Município	Reivindicações
Nov./1951	Cia. Próspera/Cia. Boa Vista	Criciúma	Melhores condições de trabalho, assistência social e aumento de salário.
Jan./1952	Mina Caeté	Urussanga	Pagamento de salários atrasados.

⁸⁰ Ibid., p. 20-20.
⁸¹ Alcides Goularti Filho e Ângela Maria do Livramento, O movimento operário mineiro em Santa Catarina nos anos 1950 e 1960. In: Memória e Cultura do Carvão em Santa Catarina, 2002.
⁸² José da Silva Jr, Santos Guglielmi: a trajetória de um empreendedor, 1998. p. 218.

Out./1952	Cia. Próspera/Mina Boa Vista/Criciúma/Cocal/Metropolitana/São Marcos/Caeté/Catarinense/Montenegro/Rio Maina/Mina Brasil/União	Criciúma/Urussanga	Aumento salarial.
Março/1953	-	Criciúma	-
Março/1957	-	Criciúma	Aumento salarial.
Abril/1958	Cia. Barro Branco	Lauro Müller	Aumento salarial.
Set./1958	CBCA	Criciúma	-
Mai/1959	-	Criciúma	Aumento salarial.
Jan./1960	Geral	Criciúma	Pagamento da taxa de salubridade, aumento salarial e melhores condições de trabalho.
Março/1961	Cia. Barro Branco	Lauro Müller	-
Jan./1962	Cia. Barro Branco	Lauro Müller	Aumento salarial e melhores condições de trabalho
Jan./1963	-	Criciúma/Siderópolis	Aumento salarial.
Mai/1968	-	Urussanga	Pagamento de reajuste salarial determinado pelo Tribunal Regional do Trabalho.

Fonte: GOULARTI FILHO, A.; LIVRAMENTO, A. M. A. do. O movimento operário mineiro em Santa Catarina nos anos 1950 e 1960. Criciúma: UNESC, Memória e Cultura do Carvão em Santa Catarina, 2002.

É interessante observar que, mesmo antes de 1964, a orientação política predominante dos sindicatos dos mineiros da região carbonífera pode ser enquadrada dentro do chamado “sindicalismo pelego”. Da mesma forma que no cenário nacional, a direção oficial do movimento sindical mineiro procurou aproximar-se do Estado e manter um espírito de colaboração com a classe empresarial. Neste sentido, Goularti Filho ressalta que a característica predominante dos sindicatos dos mineiros nas décadas de 1940 e 1950 – exceto um breve período de orientação combativa do sindicato de Criciúma – foi o “peleguismo”, sendo que “o sindicato era uma grande casa de assistência social”. Entretanto, mesmo diante do “peleguismo” sindical ocorreram diversas greves e algumas delas foram organizadas à revelia dos sindicatos. Para Volpato, a greve não foi apenas um instrumento de luta do sindicato combativo. Em certas ocasiões, os mineradores também usavam-na como pretexto para pressionar o governo federal a elevar o preço da cota do carvão. Segundo depoimentos de antigos mineiros e registros na Ata do sindicato dos mineiros, observados por Volpato, a greve também era uma política dos proprietários das minas.

Mesmo aceitando a tese de que os mineradores criavam dispositivos para motivar a deflagração da greve, visando sensibilizar o governo federal a atender suas reivindicações, cabe lembrar que nesse período o medo do comunismo era um sentimento muito forte na região carbonífera. Na visão dos empresários, a greve era um instrumento de subversão, um típico instrumento de luta dos comunistas. Insuflar greve nessa época era correr o risco de

fomentar uma revolta popular de grandes proporções, sobretudo em uma região de trabalhadores mineiros que se tornava conhecida nacionalmente por suas lutas. Não é sem razão que todas as greves dos mineiros foram fortemente reprimidas pela polícia e os mineradores não pouparam esforços para manter o controle sobre o movimento sindical, mesmo porque, na visão de alguns olhares mais temerosos, Criciúma era considerada uma “pequena Cuba” em potencial.

A respeito da greve dos mineiros de 1951, Dr. Manif lembra-se da truculência policial autorizada pelo Governo do Estado, a pedido dos mineradores. Do seu ponto de vista, os mineiros utilizaram legalmente a greve para reivindicar aumento salarial e melhores condições de trabalho diante da “ganância desmedida de patrões inescrupulosos, que não se pejavam de explorar vilmente esses trabalhadores, praticamente tidos à conta de escravos”. Os mineradores, por sua vez, “não hesitaram em apelar para o recurso da força bruta, no sentido de subjugar e aquietar, na mansidão costumeira, a sofredora classe dos que trabalhavam no subsolo”. A truculência repressiva, assegurada pelo governo catarinense por meio de um forte aparato policial vindo de Florianópolis, “dócil aos reclamos e exigências dos plutocratas do ouro negro”, transformou Criciúma em uma praça de guerra. Havia soldados por toda a parte, o sindicato dos mineiros foi invadido, lideranças sindicais foram presas e os trabalhadores “voltaram ao trabalho, amargando uma derrota que lhes ficou por muito tempo na lembrança”.⁸³

Segundo o empresário Santos Guglielmi, nessa época “havia muito comunista” e os mineradores não tinham certeza das reais intenções deles, mas acreditavam que a estratégia era a “tomada do poder e dos meios de produção em Criciúma e no país”. Guglielmi recorda, ainda, que Criciúma não era reconhecida apenas por ser a maior cidade do Sul de Santa Catarina e a Capital Brasileira do Carvão, mas destacava-se também como a cidade dos mineiros e das greves.⁸⁴

O medo do comunismo era difundido pela imprensa local. Além de ser um importante instrumento na divulgação da ideologia do carvão, ela se preocupava em veicular matérias, alertando sobre o perigo do comunismo na região. Uma das práticas comuns dos jornais locais era reproduzir matérias publicadas nos periódicos dos maiores centros urbanos do país. Assim, em novembro de 1963, o *Tribuna Criciumense* publicou o manifesto do *Círculo Operário de Porto Alegre*, chamando a atenção do leitor para “uma advertência que se impõe”. O manifesto alertava a população sobre os perigos e as consequências dos

⁸³ Manif Zacharias, op. cit., p. 47-48.

“movimentos subversivos” que estavam tomando conta do país. Devido aos “maus patriotas, que a soldo de ideologias extremistas” estavam procurando arrastar o país “para a anarquia e para a luta fratricida”, conclamavam-se todos os “homens de boa vontade”, especialmente os associados do Circulo Operário e trabalhadores em geral, que havia chegado a hora de “unirmos os nossos esforços em prol dos ideais cristãos de vida”; havia chegado o momento de combater as agitações estéreis, restabelecer a ordem e evitar a institucionalização da violência; não era mais tolerável “admitir indisciplina e desrespeito às autoridades legitimamente constituídas”; o poder público não podia continuar sendo “conivente com a anarquia e a desordem”. Em nome de “Deus, pátria e bem-estar de toda coletividade”, conclamavam-se todos os governantes, governados, dirigentes e dirigidos, poderosos e humildes, para que se unissem ao “movimento nacional para uma corajosa e decidida conjugação de esforços, para encetarmos uma heróica campanha de recuperação do tempo perdido, colocando à margem os conhecidos inimigos da democracia, que estão importunando a nossa terra e, sobre os quase escombros, iniciarmos a reconstrução do futuro Brasil, com vistas a um mundo melhor”.⁸⁵

Em geral, os jornais locais estavam fortemente comprometidos com a indústria carbonífera e com partidos políticos da época, também controlados pelos proprietários das minas. Goularti Filho, no entanto, evidencia algumas denúncias veiculadas no Jornal de Criciúma, semanário ligado ao PTB que circulou apenas entre os anos de 1961 e 1963. Nas edições de 1962, são publicados diversos artigos qualificando as relações de trabalho em algumas empresas mineradoras, usando termos como “escravidão branca”, “escravidão feudal”, senzala escrava”, “descalabro humano”. Em Lauro Müller, região carbonífera monopolizada pela Companhia Barro Branco, com um dos maiores índices de mortalidade infantil do país, onde os médicos sanitaristas também denunciavam a existência da “mina dos cadáveres”, Aryovaldo Huscar Machado, em artigo publicado na edição de janeiro de 1962, não poupou adjetivos para denunciar o estado de barbárie em que viviam os trabalhadores e seus familiares:

Esses pobres coitados, além de ganharem as criminosas migalhas, ainda estão sujeitos a se alimentarem – bem como as suas famílias – com carne estragada, que os empreiteiros lhes impingem, sob a coação da fórmula de ‘vales’. Se alguém quer sentir de perto a realidade de tudo aquilo que narramos; se alguém duvida das barbaridades aqui reveladas, pedimos a esse alguém – com insistência – que faça uma visita às

⁸⁴ José da Silva Jr., op. cit., p. 218-221.

⁸⁵ Tribuna Criciumense. Criciúma, 26/out. – 02/nov./1963.

minas de empreiteiras de Lauro Müller. Rogamos – pelo amor de Deus – que entre nos casebres de um daqueles pobres operários mortos-vivos, zumbis de olhos fundos, miseráveis e doentes em sua extrema magreza – e veja as condições em que eles vivem. Veja as suas crianças, **vivendo como animais** na mais revoltante promiscuidade arrastando-se na sujeira, morrendo aos poucos. Sinta e ouça o choro manso e conformado das mães de famílias, do desespero de ver uma mesa sem comida para os seus. Vá, vá você à Lauro Müller [grifo meu].⁸⁶

Voltando para o movimento sindical mineiro da região carbonífera, cabe ressaltar mais uma vez que os donos das companhias carboníferas, além de organizar seu sindicato, estar vinculados a associações industriais, partidos políticos, prefeituras, igrejas, clubes recreativos, etc., também procuravam controlar a organização sindical dos trabalhadores. Em 1961, Diomício Freitas, um dos principais proprietários de minas e também candidato a deputado federal na época, liderou uma campanha para criar outro sindicato de mineiros em Criciúma, cuja sede seria no Distrito de Rio Maina. A justificativa usada para convencer e obter apoio de trabalhadores era a de que a proximidade da sede do sindicato com as minas facilitaria o acesso às assistências jurídica, médica e outras atividades para a categoria. Assim, foi criado o Sindicato dos Trabalhadores na Indústria da Extração de Carvão do Rio Maina, único caso brasileiro em que foram legalizados dois sindicatos de uma mesma categoria, em um mesmo município, destaca Goularti Filho. Ao mesmo tempo em que se especializou em prestar serviços de assistência à saúde e outros tipos de auxílio, o sindicato de Rio Maina também era, e continua sendo um importante instrumento de divisão do movimento sindical mineiro, compartilhando e difundindo a ideologia da harmonia entre capital e trabalho, recusando-se a usar a greve como forma legítima de luta na reivindicação dos direitos dos trabalhadores.

Segundo Volpato, o sindicato do Rio Maina fortaleceu-se por meio da prestação de serviços assistenciais, que eram bem aceitos pelos trabalhadores principalmente porque, na época, o poder público não dispunha de uma estrutura para atender todas as necessidades de saúde da família mineira. Desta forma, o sindicato ampliou o número de sindicalizados, priorizando os serviços sociais em detrimento da preocupação com a “formação de uma classe militante”, conclui a autora.⁸⁷

Na segunda semana do golpe militar de 1964, enquanto o Ministério do Trabalho já havia nomeado uma Junta Interventora para assumir o controle do sindicato dos mineiros de Criciúma, o de Rio Maina continuou funcionando regularmente. A Junta Interventora ficou até 1966, quando a Delegacia Regional do Trabalho autorizou a realização de novas eleições.

⁸⁶ Jornal de Criciúma, 14/01/1962, In: Alcides Goularti Filho, O movimento operário mineiro em Santa Catarina nos anos 1950 e 1960, op. cit., p. 11.

Novamente a chapa articulada pelos trabalhadores, encabeçada por Walter Henrich Willy Horn, o alemão, venceu e conseguiu administrar a entidade até 1971. Nas eleições daquele ano, a chapa do Alemão obteve o voto da maioria dos mineiros, pela terceira vez consecutiva, mas foram impedidos de assumir a direção do sindicato, instituindo-se mais uma Junta Interventora, que permaneceu até 1976. De 1976 até 1981, os “pelegos” assumem a direção do sindicato dos mineiros, restituindo suas funções de origem, ou seja, o assistencialismo e a cooperação com os mineradores. A atuação do sindicato, nesse período, deu ênfase à prestação de serviços de assistências médica, odontológica, jurídica e social aos associados, além dos tradicionais desvios de recursos financeiros do sindicato.⁸⁸

Esse cenário histórico de constantes disputas pelo controle da estrutura sindical levou Terezinha Volpato a concluir que apenas os dirigentes sindicais “combativos” colocaram-se contra os mineradores e em defesa dos trabalhadores. Se para ela a identidade de classe dos mineiros “autênticos” foi forjada na oposição aos proprietários das minas, José Paulo Teixeira, no entanto, visualiza a história por outra perspectiva. Do seu ponto de vista, os mineiros – mesmo os considerados combativos – e os mineradores tinham interesses em comum, seja em função das necessidades de sobrevivência, da manutenção do emprego, seja da preservação da indústria carbonífera, ambos obrigavam-se a defender a extração do carvão. Por isso, “o elo de ligação e de cimentação” entre os dois grupos, supostamente antagônicos, desenvolveu-se por meio da ideologia da mineração, uma vez que a economia do carvão ficava acima das divergências ideológicas de classe.⁸⁹ Em certas ocasiões, de forma velada ou explicitamente, sindicatos dos trabalhadores e sindicato dos mineradores estabeleciam alianças táticas com o propósito de pressionar o governo federal a elevar o preço do carvão e, conseqüentemente, também possibilitar o aumento salarial da categoria mineira.

A história do movimento sindical mineiro foi, de fato, marcada predominantemente pela prática do chamado “peleguismo” e do corporativismo, como apontaram Volpato, Goularti Filho e Teixeira. Entretanto, a visão analítica baseada na divisão entre sindicato “pelego” e sindicato “combativo” obscurece outros aspectos que podem ser visualizados por outra perspectiva que não seja a do olhar de classe. Uma perspectiva mas abrangente e distante revela que havia outros interesses em comum entre o mineradores, mineiros e Estado. Todos estavam inseridos na sociedade do trabalho industrial, todos defendiam o trabalho e todos desenvolveram políticas de saúde para os trabalhadores/as e seus familiares. Mesmo

⁸⁷ Terezinha G. Volpato, *A pirita humana*, op. cit., p. 130.

⁸⁸ *Ibid.*, 1984.

⁸⁹ José Paulo Teixeira, *Os donos da cidade*, 1996. p. 33-43.

considerando a diferenciação sociológica e ideológica entre sindicato “pelego” e sindicato “autêntico”, ambos reivindicaram, permanentemente, melhores condições salariais, de trabalho, de moradia e ampliação dos serviços de assistência médico-social. Desde 1944, os sindicatos dos mineiros, tanto os “pelegos” quanto os “combativos”, destinaram parte de seus recursos para seus associados por meio de auxílio-doença, auxílio-alimentação, custeio de radiografias, despesas com internação hospitalar, despesas com parto, assistência jurídica, auxílio-funeral, custeio de medicamentos, extração de dentes, distribuição de penicilina, etc. Nos dissídios coletivos, além da reivindicação salarial, reivindicava-se sempre melhoria das condições de higiene e segurança no trabalho, serviços de saúde e políticas de moradia, pedidos que também faziam parte das pautas de negociações das diversas greves feitas desde a década de 1920.

As fontes analisadas não deixam dúvidas de que o movimento sindical mineiro foi um constante dispositivo de pressão para elevar o padrão de vida e trabalho da categoria. E esse padrão almejado ia na mesma direção preconizada pelos sanitaristas. Na Mesa Redonda do Carvão Nacional, por exemplo, realizada no Rio de Janeiro, em 1949, o sindicato dos mineiros de Criciúma procurou sensibilizar mineradores e autoridades governamentais diante da situação dramática em que vivia a classe mineira, resultado da crise do setor carbonífero e do elevado custo de vida. Na ocasião, o dirigente sindical afirma que o sindicato dos mineiros representava cerca de dez mil trabalhadores das minas de Criciúma, Urussanga e Lauro Müller (Orleans). Depois de expor a “situação aflitiva da classe mineira”, o dirigente sindical apresentou as reivindicações essenciais dos trabalhadores:

Moradia higiênica e sem forçar a promiscuidade entre os membros das famílias, alimentação sadia e por preço módico, assistência social em seu amplo sentido, abrangendo eficaz proteção à maternidade e à infância, instrução, diversão, segurança no trabalho, salário compatível com a dignidade humana, é o que esperam os mineiros, côncios de que estas, como outras reivindicações justas e equânimes, por constituírem requisitos essenciais para a garantia da paz social, por si só permitirão irmanar, definitivamente, os trabalhadores e seus empregadores.⁹⁰

Essa pauta de reivindicação esteve presente em praticamente todos os dissídios coletivos até a década de 1960, com pequenas variações. Mesmo na fase do sindicato chamado “militante”, como caracterizou Volpato, a reivindicação por melhorias das condições de trabalho e de assistência médico-social manteve-se na ordem do dia. A diferença entre a atuação do sindicato “pelego” e o “militante”, em relação às reivindicações sociais, é

que o primeiro usava a estrutura sindical para ampliar os serviços assistenciais no âmbito do próprio sindicato, enquanto o segundo utilizava-a para ampliar o poder de mobilização da categoria para conquistar os mesmo serviços assistenciais, que considerava obrigação dos proprietários e do Estado.

Nas assembléias dos mineiros, os próprios trabalhadores explicitavam suas reivindicações e apontavam os principais problemas. Na assembléia do sindicato dos mineiros de Criciúma, realizada em fevereiro de 1947, Pedro Juvêncio interveio para afirmar que além dos “parcos” salários que recebiam na CBCA, os trilhos por onde empurravam os vagonetes de carvão eram de madeira, exigindo grande esforço físico; na Companhia Metropolitana a situação era a mesma, disse o mineiro João Bernardino Machado;⁹¹ em julho de 1950, os trabalhadores discutiram com a diretoria do sindicato a portaria ministerial que definia as normas de higiene e segurança nas minas;⁹² em julho de 1953, também em Assembléia Geral, decidiu-se reivindicar a instalação imediata de um posto de fiscalização do ministério do trabalho em Criciúma;⁹³ em setembro de 1958, constituiu-se uma comissão de trabalhadores para ir ao Rio de Janeiro reivindicar melhores condições de higiene e segurança no trabalho, assistência social às famílias mineiras, instalação de armazéns do SAP, melhorias no atendimento do Hospital São José, instalação de refeitórios nas minas, fornecimento de luz às vilas operárias, entre outras questões;⁹⁴ em novembro de 1959, elegeu-se uma nova comissão para falar com o Prefeito de Criciúma sobre o andamento do processo para legalizar a taxa de insalubridade e também saber as razões e buscar alternativas para o elevado custo de vida, principalmente em relação ao preço abusivo do feijão e da carne;⁹⁵ em junho de 1960, Antônio Parente, presidente do sindicato, retornou do Rio de Janeiro, trazendo uma proposta da Comissão Executiva do Plano do Carvão Nacional (CEPCAN) de aumento salarial com adição da taxa de insalubridade de 43% para os trabalhadores da superfície, e 48% para os trabalhadores do subsolo.⁹⁶

Nas reuniões ordinárias da diretoria do Sindicato dos Mineiros de Criciúma, a solicitação de algum tipo de auxílio aparece regularmente. Os associados dirigiam-se ao sindicato para solicitar assistência médica, transportes para levar algum familiar doente até Porto Alegre, auxílio-maternidade, atendimento médico aos sábados, auxílio para internação

⁹⁰ Sindicato Nacional da Indústria de Extração do Carvão, *A batalha do carvão*, 1950. p.317.

⁹¹ Sindicato dos Trabalhadores da Indústria de Extração do Carvão de Criciúma, Ata 64, de 02/02/1947.

⁹² Idem, Ata 161, de 30/07/1950.

⁹³ Idem, Ata 239, de 26/07/1953.

⁹⁴ Idem, Ata de 28/09/1959.

⁹⁵ Idem, Ata de 18/10/1959.

⁹⁶ Idem, Ata de 23/06/1960.

hospitalar, auxílio-alimentação, medicamentos, radiografias, etc. Em janeiro de 1948, por exemplo, um associado pediu auxílio para internar um parente no leprosário de Florianópolis⁹⁷ e, em setembro de 1949, outro associado também precisou da ajuda do sindicato para internar seu filho na Colônia Santana, em Florianópolis.⁹⁸

Nos demais sindicatos, a luta por melhores condições de trabalho e ampliação de serviços assistenciais também era permanente. Na Assembléia Extraordinária, realizada no Distrito de Guatá, em Lauro Müller, em outubro de 1949, o ponto mais polêmico foi a discussão da proposta de aumentar a taxa escolar pela Companhia Barro Branco, cujo argumento era que a caixa escolar estava dando *déficit* e, por isso, não podia prestar melhor assistência aos filhos dos operários;⁹⁹ em setembro de 1953, o sindicato dos mineiros de Lauro Müller decidiu suspender todos os benefícios aos seus associados, com exceção da assistência à maternidade e assistência jurídica;¹⁰⁰ em junho de 1955, o sindicato discutiu a possibilidade de substituir o auxílio-maternidade pela contratação de uma parteira; em novembro de 1955, aprovou-se a renovação de Contrato com o SESI para manter o consultório dentário no distrito de Guatá;¹⁰¹ em novembro de 1957, decidiu-se reivindicar a instalação de uma agência do IAPETC em Lauro Müller;¹⁰² em agosto de 1969, a diretoria do sindicato dos mineiros de Urussanga aprovou a proposta de instalar uma farmácia na sede do sindicato “para vender remédios mais baratos aos associados”.¹⁰³

No âmbito do movimento sindical mineiro, também desenvolveu-se a prática de reivindicar e cobrar dos institutos previdenciários e do poder público ampliação e melhor qualidade no atendimento dos serviços de saúde. Ao mesmo tempo em que se criticava a qualidade dos serviços prestados pelos Institutos de Aposentadorias e Pensões, também se reivindicava a ampliação dos serviços. Na década de 1960, quando o IAPETEC (Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Trabalhadores dos Transportes de Carga) já mostrava sinais de falência, o sindicato dos mineiros encapou a luta dos aposentados, em função dos atrasos de pagamento, e dos cortes dos benefícios dos serviços médicos aos inativos feitos pelo Instituto.

⁹⁷ Idem, Ata 94, de 10/01/1948.

⁹⁸ Idem, Ata 133, de 23/07/1949. No final da década de 1940, quando determinadas doenças infecciosas estavam recolhendo sua regular cota de vidas ao cemitério da cidade, o sindicato dos mineiros de Criciúma também procurou cumprir sua parte no combate contra as moléstias malignas. Nos anos de 1947 e 1948 foram adquiridas grandes quantidades de penicilina para distribuir aos associados.

⁹⁹ Idem, Ata 140, de 28/10/1949.

¹⁰⁰ Sindicato dos Trabalhadores da Indústria de Extração do Carvão de Lauro Müller. Lauro Müller, Ata de 20/09/1953.

¹⁰¹ Idem, Ata de 28/11/1955.

¹⁰² Idem, Ata de 04/11/1957.

¹⁰³ Sindicato dos Trabalhadores da Indústria de Extração do Carvão de Urussanga. Urussanga, Ata de 23/08/1969.

Além disso, era rotina disparar críticas aos institutos e serviços públicos de saúde devido à precariedade no atendimento aos trabalhadores/as em geral.

Em janeiro de 1964, Jorge Feliciano, presidente do Sindicato dos Mineiros de Criciúma, liderou um movimento para fechar o SAMDU (Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência) e a agência do IAPETEC, por 24 horas, com passeada em frente a prefeitura municipal de Criciúma, por causa das deficiências de atendimento. Na época, dizia-se que o serviço domiciliar de urgência (SAMDU) chegava à casa do enfermo depois que ele havia falecido; também criticava-se o prefeito porque ele não disponibilizava auxílio aos necessitados, mas liberava recursos públicos para o carnaval da cidade.¹⁰⁴ O objetivo do movimento não era fechar as entidades, mas sim ampliar e melhorar a qualidade dos serviços prestados.

Mesmo com as constantes disputas internas, irregularidades e limitações estruturais o sindicato dos mineiros, junto com outras instituições, também foi um permanente dispositivo de pressão para melhorar as condições de higiene e segurança das minas, moradias e saúde da classe mineira. Além de dispor de uma estrutura própria para prestar serviços básicos de saúde, o sindicato dos mineiros também manteve uma pauta permanente de reivindicação de serviços de assistência médico-social.

Os serviços médicos-sociais das caixas de aposentadoria e pensões

No período da primeira República, delinearam-se as primeiras iniciativas de âmbito nacional na área de assistência médica e previdenciária. No meio rural, os setores que mais utilizavam capital e trabalho, como a produção do café, motivaram a criação de políticas de saúde de caráter profilático. No meio urbano, foram criados os serviços médicos de empresa, e à medida que a classe operária tornava-se predominantemente mais numerosa, surgia a necessidade de se ampliar os serviços de assistência médica e elaborar políticas previdenciárias. Uma das primeiras medidas que evidencia a preocupação do Estado em constituir uma política nacional de saúde foi a criação, em janeiro de 1923, das Caixas de Aposentadorias e Pensões, por meio da Lei Elói Chaves. Nesse ano, o governo federal decretou que todas as companhias ferroviárias do país deveriam organizar uma Caixa de

¹⁰⁴ Sindicato dos Trabalhadores da Indústria de Extração do Carvão de Criciúma, Ata de 14/01/1964.

Aposentadoria e Pensões (CAP) para os empregados, visando assegurar direitos previdenciários e serviços médicos, além de medicamentos e internações hospitalares. A principal fonte de recursos das CAPs seria de uma contribuição mensal dos empregados, 3% de seus vencimentos, e uma anual da empresa, 1% de sua renda bruta.

No Sul de Santa Catarina, os trabalhadores das minas de carvão e da estrada de ferro Dona Tereza Cristina, conhecida com a ferrovia do carvão da região carbonífera, passaram a contar, a partir desse mesmo ano (1923), com os serviços da Caixa de Aposentadoria e Pensões dos Ferroviários. Alguns anos mais tarde foi criada a Caixa de Aposentadoria dos Trabalhadores nos Serviços de Mineração, também com sede no município de Tubarão. Em 1942, a CAP dos ferroviários incorporou a Caixa dos Serviços de Mineração e, em 1954, parte dos associados, a maioria mineiros, filiou-se ao Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Empregados em Transportes e Cargas (IAPETEC).¹⁰⁵ Em 1949, a CAP dos ferroviários, junto com outras 23 Caixas, passa a fazer parte da Caixa de Aposentadoria e Pensões dos Ferroviários e Empregados em Serviços Públicos (CAPFESP), sendo que, em 1960, foi transformada em Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Ferroviários e Empregados em Serviços Públicos (IAPFESP).¹⁰⁶ Em 1967 o governo federal unificou todos os institutos, criando o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS).

A história das Caixas e Institutos de Aposentadorias e Pensões está repleta de denúncias de corrupção, clientelismo político e outras artimanhas. Diversas pesquisas acadêmicas publicadas nas décadas de 1970 e 1980, principalmente, procuram demonstrar as deficiências, os limites e a subordinação aos interesses econômicos dessas instituições, assim como os constantes desvios de recursos financeiros.¹⁰⁷ Mesmo assim, foi a partir delas que se edificou uma estrutura nacional de assistência e previdência social. Além disso, elas contribuíram para instituir práticas de consulta médica em hospitais, consultórios ou nas casas; disseminaram o hábito de usar medicamentos; aproximaram a população dos hospitais, viabilizando internações hospitalares. Enfim, asseguravam recursos básicos aos associados em casos de doenças e, principalmente, estenderam a aposentadoria para um conjunto de

¹⁰⁵ Walter Zumblick, *Tereza Cristina: a ferrovia do carvão*, 1987.

¹⁰⁶ Cf. Cristina Possas, *Saúde e trabalho: a crise da previdência social*. 2.^a ed. São Paulo: HUCITEC, 1989. p. 206.

¹⁰⁷ Ver Vicente de Paula Faleiros, *A política social do Estado capitalista: as funções da previdência e da assistência sociais*. São Paulo: Cortez Editora, 1980; José Carlos de Souza Braga e Sérgio Góes de Paula, *Saúde e previdência: estudos de política social*. São Paulo: CEBES/HUCITEC, 1981; Madel Luz, *Medicina e ordem política brasileira: políticas e instituições de saúde (1850-1930)*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1982; Cristina Possas, *Saúde e trabalho: a crise da previdência social*. 2.^a ed. São Paulo: HUCITEC, 1989; Massako Lyda, *Cem anos de saúde pública: a cidadania negada*. São Paulo: UNESP, 1994.

trabalhadores/as que não tinham acesso nem conheciam os direitos constitucionais relativos aos serviços de saúde.¹⁰⁸

Bem ou mal, foi por meio das CAPS e dos Institutos que se difundiram os serviços característicos da medicina moderna às classes populares. E na região carbonífera de Santa Catarina, os cuidados com a saúde do corpo foram socializados por meio da ferrovia do carvão e da indústria mineira. Nesse aspecto, a estatística oficial das instituições previdenciárias possibilitam compreender e dimensionar melhor a amplitude dos serviços prestados. Em 1938, por exemplo, a Caixa dos Ferroviários da região carbonífera contava com 965 associados ativos, 60 aposentados e 185 pensionistas, num total de 1.210 filiados. A receita era mais do que o dobro das despesas. Segundo relatório publicado na imprensa local, o serviço médico de Tubarão fez, nesse mesmo ano, 3.712 consultas; 872 visitas no hospital e nas casas; realizou 88 intervenções cirúrgicas; 2.908 curativos e injeções.¹⁰⁹ Conforme mostra a tabela abaixo, os associados da CAP dos ferroviários não eram provenientes apenas da Estrada de Ferro Dona Tereza Cristina, a maioria dos filiados era composta por trabalhadores das minas de carvão:

Tabela 15 – Número de Associados na CAP dos Ferroviários, por empresa – Região Carbonífera de SC (1938-1952)

Empresa	Nº Contribuintes/Segurados			
	1938	1946	1949	1952
Cia. Nacional de Mineração de Carvão Barro Branco (CNMCBB - Lauro Müller)	894	1.549	1.348	939
Estrada de Ferro Dona Tereza Cristina (EFDTC)	-	1.163	1.373	1.155
Cia. Brasileira Carbonífera de Araranguá (CBCA – Minas de Criciúma)	488	974	1.162	955
Sociedade Carbonífera Próspera S/A (Criciúma)	-	725	753	875
Companhia Carbonífera de Urussanga (CCU)	82	316	241	285
Sociedade Carbonífera Criciúma	228	-	-	-
Sociedade Carbonífera União Ltda.	39	197	139	222
Cia Minas do Rio Carvão	125	-	-	-
Sociedade Carbonífera Boa Vista Ltda.	-	104	148	201
CBCA (Tubarão)	-	58	27	-
Cia. Nacional de Mineração de Carvão Barro Branco (Rio de Janeiro)	-	56	34	19
Funcionários da Caixa de Aposentadoria e Pensões dos Ferroviários da EFDTC	08	-	54	68

¹⁰⁸ Segundo Cristina Possas, em 1938 existiam 99 CAPs e 5 IAPs no país, abrangendo uma população segurada da ordem de três milhões. O presidente da instituição era nomeado pelo Presidente da República e cada instituto tinha um órgão administrativo colegiado formado por representantes de empregados e empregadores, ambos vinculados à estrutura sindical. Ainda sob os efeitos do Estado Novo, período em que se intensifica o processo de controle e disciplinamento do capital e trabalho. Possas informa que para complementar os benefícios do sistema previdenciário foram criadas outras entidades, entre as quais: o Serviço de Alimentação da Previdência Social (SAPS, 1940); a Legião Brasileira de Assistência (LBA, 1942); o Serviço Social da Indústria (SESI, 1946); o Serviço Social do Comércio (SESC, 1946); e também em 1946, a Fundação da Casa Popular. (Cristina Possas. Saúde e trabalho: a crise da previdência social. 2.^a ed. São Paulo: HUCITEC, 1989. p. 203-204).

¹⁰⁹ A Imprensa. Tubarão, SC, 15/04/1939.

Sociedade Carbonífera Cocal Ltda.	-	45	48	47
Sociedade Carbonífera Progresso	88	41	23	43
CBCA (seção de eletricidade)	38	26	-	29
Mina Angeloni e Cia.	32	-	-	-
Sociedade Brasileira Carbonífera Visconde de Taunay	32	-	-	-
Segurados voluntários (Tubarão)	-	-	26	07
Mina Colonial de José Casagrande e Cia.	27	-	-	-
Mina Celeste Zili	16	-	-	-
Sociedade Carbonífera São José	15	-	-	-
Mina João Pessoa	02	-	-	-
Sociedade Cooperativa de Consumo dos Ferroviários da EFDTC	-	18	16	18
Sociedade Carbonífera São Sebastião	-	14	15	15
Empresa Força e Luz de Criciúma	-	05	07	08
CBCA (Rio de Janeiro)	-	-	-	06
CCU (Rio de Janeiro)	-	-	04	03
Empresa Força e Luz de Araranguá	-	02	04	-
Empresa Força e Luz de Turvo	-	01	-	-
Empresa Força e Luz de Urussanga	-	01	01	01
Empresa Força e Luz de Braço do Norte	-	01	01	01
Empresa Elétrica de Maracajá	-	01	01	01
Total	2.114	5.297	5.425	4.898

Fonte: Jornal A Imprensa, de Tubarão, edições de 22/04/1939, 29/03/1947, 04/03/1950 e 28/03/1953.

Os números referentes aos anos de 1946 e 1949 refletem o crescimento da indústria carbonífera no contexto da Segunda Guerra Mundial, quando se intensificou uma corrente migratória causada pela abertura de dezenas de novas empresas mineradoras. É importante observar que parte dos serviços prestados pela CAP também atingia a família do associado. Os dados oficiais revelam que os contribuintes e segurados moravam nos municípios situados ao Sul de Santa Catarina, principalmente na região carbonífera: Orleans (Distrito de Lauro Müller, Guatá e Barro Branco), Criciúma, Tubarão, Urussanga, Laguna, Jaguaruna e Araranguá.

Até a década de 1950, o balanço entre receita e despesas da CAP pendia para o saldo positivo. Sem considerar os prováveis desvios de caixa, havia recursos financeiros suficientes para garantir o pagamento de aposentadorias, pensões e custear despesas com serviços médicos e internações hospitalares. No período de 1946 a 1952, por exemplo, a CAP dos ferroviários teve apenas um ano em que o saldo foi negativo:

Tabela 16 - Relação entre Receita e Despesas da CAP dos Ferroviários da EFDTC (1946-1952)

Ano	Receita	Despesas
1946	10.188.997,50	3.196.765,60
1947	8.634.532,10	4.888.991,20
1948	10.358.729,50	6.166.658,20
1949	14.607.179,40	6.894.448,00
1950	18.901.336,90	10.642.106,90
1951	19.235.645,00	15.634.459,40
1952	16.808.946,80	20.937.021,40

Fonte: Jornal A Imprensa, de Tubarão. 28/03/1953.

Segundo a explicação de Flordoaldo Nóbrega, presidente da CAP, o saldo negativo de 1952 resultou do constante aumento das despesas com benefícios aos associados, principalmente gastos com auxílio-pecuniário e aposentadorias por invalidez, e diminuição das contribuições dos associados causada pela crise no setor carbonífero. A partir daí, a crise financeira das Caixas tornou-se constante. Mesmo assim, os serviços previdenciários e a assistência médica permaneceram até criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), em 1967.

Tabela 17 - Serviços Médicos Assegurados pela Caixa de Aposentadoria e Pensões dos Ferroviários da Região Carbonífera de SC: Tubarão, Criciúma, Orleães/Lauro Müller, Urussanga e Laguna (1938-1952)

Tipo de Serviços Médicos	1938	1945	1949	1952
Clínica geral (adultos e crianças)	3.712	5.538	19.507	12.987
Clínica cirúrgica geral	88	188	567	705
Clínica ginecológica e obstétrica	-	256	1.054	4.722
Clínica pediátrica	-	547	-	4.571
Clínica oftalmo-otorrino-laringológica	-	120	1.683	2.655
Clínica tisiológica	-	-	-	817
Partos	-	-	-	166
Visitas domiciliares	872	1.394	3.063	1.940
Curativos e injeções	2.908	-	-	-
Internações hospitalares	44	-	442	424
Injeções diversas	-	147	10.788	10.748
Curativos diversos	-	2.569	3.384	4.587
Exames de laboratório (urina, fezes, escarro, sangue e outros)	-	339	1.666	1.298
Radiografias e radioscopias	-	321	-	-
Injeções endovenosas	-	1.260	-	2.510
Injeções hipodérmicas	-	4.187	-	-
Vacinações (variola/tifo)	-	2.038	655	1.286
Exames e atestados para licença de saúde e admissão	-	5.100	-	624
Aplicações de raio ultra-violeta	-	601	1.094	1033
Aplicações de raio infra-vermelho	-	231	633	387
Diatermia	-	-	1.198	832

Fonte: Jornal A Imprensa, de Tubarão. edições de 15/04/1939, 06/04/1946, 04/03/1950 e 28/03/1953.

Com a implantação e expansão dos serviços das Caixas e dos Institutos de Aposentadorias e Pensões, a presença do médico e da medicina científica foi se tornando comum no cotidiano de vida e trabalho das famílias operárias. Na CAP dos ferroviários, por exemplo, havia médicos nas agências de Tubarão, Criciúma, Lauro Müller, Urussanga e Laguna:

Tabela 18 - Número de Médicos da CAP dos Ferroviários da Região Carbonífera de SC (1945-1952)

Agência Tubarão	Agência Criciúma	Agência Orleães/Lauro	Agência Urussanga	Agência Laguna	Total
--------------------	---------------------	--------------------------	----------------------	-------------------	-------

Müller

1945	04	03	01	01	01	10
1949	04	03	01	01	01	10
1952	07	04	02	01	01	15

Fonte: Jornal A Imprensa, de Tubarão, edições de 15/04/1939, 06/04/1946, 04/03/1950 e 28/03/1953.

Até 1942, a Caixa dos Serviços de Mineração também contribuiu para expandir os serviços médicos e previdenciários aos trabalhadores das minas de carvão. Nos seus primeiros anos de existência, a receita manteve-se superior às despesas. No exercício de 1938, houve uma arrecadação três vezes maior do que os gastos. Havia um total de 2.198 associados, dos quais 2.130 eram trabalhadores da ativa e 68, aposentados. No balanço das despesas, o relatório oficial informa que houve um gasto de “45:694\$300 com serviço médico e” “5:972\$200” com internações hospitalares.¹¹⁰ Nesse mesmo ano, a diretoria agradeceu os médicos do corpo clínico da Caixa, as irmãs de caridade e os diretores dos hospitais de caridade de Tubarão, Urussanga, Criciúma e Laguna, “pelo modo carinhoso e humanitário” com que atendiam os associados da Caixa. Conforme ilustra o quadro abaixo, os filiados eram trabalhadores das diversas empresas de mineração de carvão da região:

Quadro 09 – Número de Associados na Caixa de Aposentadoria e Pensões dos Trabalhadores dos Serviços de Mineração, por Empresa Carbonífera, 1938		
Empresas de Mineração de Carvão – 1938	Município	Nº Filados
Cia. N.M. C.B.B	Lauro Müller	894
CBCA (Criciúma)	Criciúma	419
Soc. Carbonífera Cresciúma	Criciúma	228
Cia Minas Rio Carvão	Urussanga	125
Soc. Brasileira Carb. Progresso	Criciúma	88
Cia. Carbonífera Urussanga	Urussanga	82
CBCA (empresa João Cechinel)	Criciúma	69
Cia. Carbonífera União	Criciúma	39
CBCA (seção eletricidade)	Criciúma	38
Mina Angeloni e Cia.	Criciúma	32
Soc. Brasileira Carb. Visconde de Taunay	-	32
Mina Colonial de José Casagrande e Cia.	Criciúma	27
Mina Celeste Zilli	Criciúma	16
Mina Boa Vista	Criciúma	16
Soc. Carb. São Jose	Criciúma	15
Mina João Pessoa	Criciúma	2
Funcionários da CAP	Tubarão	8
Aposentados	-	68
Total	-	2.198

Fonte: Jornal A Imprensa, de Tubarão, 22/Abril/1939.

Embora as Caixas cumprissem um importante papel no âmbito da seguridade social e na prestação de serviços médicos, as críticas eram constantes. Um dos princípios “problemas”

apontados pelo setor empresarial era a fragmentação gerada pela existência de diversas instituições no mesmo espaço de atuação. Assim, era comum as Caixas disputarem a filiação de trabalhadores/as de uma mesma empresa, afetando a qualidade dos serviços prestados e causando transtornos aos empregadores. Em 1949, por exemplo, Heriberto Hülse, um dos dirigentes da indústria carbonífera de Santa Catarina, presente na Mesa Redonda realizada no Rio de Janeiro para discutir os problemas e o futuro dessa indústria no Brasil, informa que o IAPTEC havia recentemente se instalado em Criciúma, propiciando mais um ambulatório e serviços médicos aos mineiros e seus familiares. Entretanto, salienta, os associados na Caixa ou no Instituto só podiam gozar os benefícios na instituição a qual estavam filiados. O valor da contribuição dos associados também era diferente – o Instituto cobrava 6% e a Caixa, 5%. Hülse informa, ainda, que as empresas de mineração da região já haviam tido a sua própria Caixa, mas decidiram incorporá-la à CAP dos ferroviários da Estrada de Ferro Dona Tereza Cristina. A proposta dos mineradores, formulada por Hülse, era unificar “todas as empresas a uma só instituição de Previdência, seja ela a Caixa dos Ferroviários, a criação de uma Caixa própria para as empresas de mineração, ou a filiação ao I.A.P.E.T.C.”¹¹¹

Na mesma sessão, João Macari, também representante da indústria carbonífera privada, reforça a posição da CSN para pressionar a Caixa e o Instituto “a dar maior assistência aos seus associados e suas famílias, uma vez que a arrecadação das contribuições atinge mensalmente centenas de milhares de cruzeiros”. Na avaliação de Macari,

a insuficiência dessa assistência, que não pode ser contestada, provem do fato de haver duas entidades com obrigações idênticas, ou seja, dar assistência aos seus contribuintes. Como êsses contribuintes concorrem para ambas com importâncias elevadas e elas não correspondem às suas finalidades, melhor seria que as contribuições fôssem destinadas apenas a uma das ditas entidades. Certamente as autoridades estudarão esta sugestão, pois sem dúvida, uma única organização de assistências, se convenientemente aparelhada, será suficiente para, atendendo com eficiência aos seus associados, corresponder, assim, à sua real finalidade, imposta por lei [sic!].¹¹²

¹¹⁰ Idem. 22/04/1939.

¹¹¹ Heriberto Hülse. In: Sindicato Nacional da Indústria da Extração do Carvão. *A batalha do Carvão*, op. cit., p. 185-186.

¹¹² João Macari. In: Sindicato Nacional da Indústria da Extração do Carvão. *A batalha do Carvão*, op. cit., p. 186. Em geral, percebe-se que na histórica “Batalha do Carvão”, a assistência médico-social não estava na relação de prioridades da indústria carbonífera. Os mineradores entendiam que as políticas de saúde eram responsabilidade do Estado e das instituições criadas para esse fim. As iniciativas realizadas no âmbito das minas ocorreram muito mais em função dos imperativos legais, pela pressão do movimento sindical mineiro, pelo poder de fiscalização de órgãos públicos, por iniciativas e críticas de médicos e pela capacidade de mobilização da própria comunidade.

Independentemente das deficiências e críticas dirigidas às CAPs e aos Institutos, estas instituições impulsionaram algumas mudanças importantes em relação às práticas de controle e cura de doenças. A partir destas entidades previdenciárias, os hospitais existentes na região carbonífera puderam contar com uma clientela maior. O caso do Hospital São José, de Criciúma, é um exemplo. Assim como diversos outros hospitais do país, a história desta instituição filantrópica é marcada pela precariedade de recursos financeiros e profissionais. Em 1950, a assistência hospitalar era “muito deficiente, antiquada e falha”, segundo o dr. Boa Nova. Os trinta leitos disponíveis eram insuficientes para atender o crescente número de doentes e acidentados das minas de carvão da região. O hospital mantinha-se graças a uma pequena contribuição do governo do Estado, do pagamento das internações particulares dos doentes “mais abastados, quase todos pequenos agricultores residentes nos arredores da cidade”, e do “abnegado” trabalho das irmãs de caridade. As instalações eram “modestíssimas” e os equipamentos, “pobres e deficientes”. Os enfermos não tinham acomodações adequadas e o hospital estava quase sempre lotado. Todavia, as famílias mineiras tinham cobertura hospitalar da CAP ou do IAPETC. Apesar dos atrasos no pagamento, as internações dos acidentados das minas eram pagas pelas companhias de seguro, e as despesas de internações de doentes pertencente à família mineira eram pagas pela CAP, IAPETC, pelo Sindicato dos Trabalhadores ou pelas companhias carboníferas, que posteriormente descontavam da folha de pagamento de seus empregados.¹¹³

De um modo geral, a instalação das Caixas e dos Institutos na região carbonífera não resolveu as deficiências dos hospitais. Mesmo assim, alguns recursos foram viabilizados por meio dessas entidades previdenciárias. O problema da falta de leitos para atender toda a demanda continuou até a década de 1960, quando foram criados novos hospitais. Em 1953, Boa Nova afirma que em Criciúma havia um déficit de pelo menos duzentos leitos, deficiência que justificava a construção de mais um hospital. Assim, sugeriu duas alternativas: o hospital poderia ser construído com recursos do IAPETC, que nesta época contava com um grande número de contribuintes, ou por meio de uma taxa cobrada por tonelada de carvão produzido. A proposta de Boa Nova era a concretização de um antigo sonho da região – a construção do Hospital dos Mineiros.

Embora este sonho não tenha sido realizado, as forças locais uniram-se, preocupadas em ampliar o atendimento hospitalar. Dessa forma, ao longo dos anos houve um movimento de cobrança e pressão sobre mineradores, autoridades governamentais, políticos e instituições

¹¹³ Francisco de Paula Boa Nova Jr., op. cit, p. 33.

previdenciárias, visando angariar recursos para os hospitais existentes. Desde a década de 1930, marco inicial da construção dos hospitais da região carbonífera, há indicações de uma permanente falta de recursos financeiros nas instituições hospitalares. De fato, o conjunto de hospitais da região – a maioria pertencente a entidades filantrópicas administradas por congregações religiosas – carecia de recursos para manutenção, ampliação e reformas. Com o crescimento urbano e os problemas médicos-sociais decorrentes das atividades carboníferas, os médicos forneceram o diagnóstico que justificava a necessidade de aumentar o número de leitos e modernizar os hospitais, contribuindo, desse modo, para consolidar o hospital como um local de prestação de serviços médicos, de consumo de medicamentos e especializado em curar enfermidades que a medicina popular não tinha meios para controlar.¹¹⁴

Entre os médicos, a implantação dos serviços das Caixas e dos Institutos provocou reações divergentes. Para alguns significou a possibilidade de ampliar o campo profissional, propiciando, inclusive, lucros complementares. Para outros, no entanto, a difusão dos serviços médicos originou uma concorrência desleal. Em 1944, quando Criciúma contava apenas com sete médicos, Boa Nova enfatiza que a situação era insustentável porque a população estava crescendo rapidamente, devido à intensa migração de famílias em busca de emprego nas minas de carvão. Assim, em pouco tempo o número de médicos tornou-se insuficiente para atender as necessidades da cidade. Além de considerar o salário pouco compensador e se queixar da obrigação de trabalhar mais de quatro horas, prejudicando sensivelmente a qualidade da assistência médica, Boa Nova afirma que os médicos estavam fechando seus consultórios particulares porque consideravam uma tarefa impossível concorrer com os serviços gratuitos oferecidos pela CAP, IAPETC e Sindicato:

Devido à progressiva socialização da medicina, que agora caminha também em largos passos pelo interior do País, os médicos de Criciúma estão vivendo dias mais difíceis: assistem, impassíveis, à extinção lenta, mas progressiva, da clínica particular, antes tão rendosa e lucrativa. E esta clínica particular, tão reduzida em Criciúma atualmente, composta exclusivamente de pequenos e modestos agricultores, está já, ao que se diz, com os seus dias contados, com a criação do futuro Serviço Social Rural ou com algum Instituto de Aposentadoria dos Agricultores.¹¹⁵

É interessante observar que Boa Nova problematiza a “progressiva socialização da medicina”, argumentando que os serviços médicos oferecidos pelas Caixas e Institutos

¹¹⁴ Talvez não seja preciso salientar que o hospital também se constituía em um local de saber e poder. Neste local o médico é a autoridade máxima, e à medida que membros da classe trabalhadora passam a frequentá-lo com regularidade, amplia-se o campo de abrangência e domínio da medicina científica moderna, e também do poder médico.

¹¹⁵ Francisco de Paula Boa Nova Jr, op. cit, p. 31-32.

estavam criando uma crise na clínica particular. Provavelmente, seu ponto de vista era compartilhado por médicos que dependiam majoritariamente de suas clínicas particulares, e receavam que a prestação destes serviços iria diminuir o número dos clientes, em função de uma suposta concorrência desleal. As Caixas e os Institutos ofereciam um serviço aparentemente gratuito, aumentavam os serviços de assistência médica, mas não remuneravam os médicos de modo justo. Por isso, explica que

em consequência da redução cada vez mais sensível da clínica particular, e dos baixos salários que percebem nos empregos e cargos que exercem, desproporcionalmente aos avultados e relevantes serviços que prestam, dois dos mais destacados médicos de Criciúma muito em breve deixarão a cidade, em demanda de centros maiores, onde perspectivas mais compensadoras de trabalho menos árduo e melhor se lhe oferecem.¹¹⁶

O diagnóstico de Boa Nova estava errado. A cidade cresceu ainda mais e novos médicos foram aparecendo. A industrialização da cidade e da região originou uma concentração de capital suficiente para formar uma pequena burguesia e uma classe média, que se tornaram os clientes predominantes dos consultórios privados. Depois de um breve declínio dos consultórios particulares, a ascensão foi contínua. Muito mais do que uma suposta “concorrência desleal” à clínica particular, as Caixas e os Institutos propiciaram a expansão de um conjunto de benefícios e serviços médicos que a população trabalhadora desconhecia, além de ampliar o campo de atuação do médico. Os serviços e os números apresentados nos relatórios publicados na imprensa local demonstram que as Caixas contribuíram para difundir os diversos serviços e medicamentos da medicina moderna para uma população habituada a combater doenças com ervas caseiras e procurar, quando necessário, os curandeiros/as, benzedeiras e parteiras da região. Por meio destas instituições previdenciárias, difundiu-se a prática da consulta médica, dos exames, da vacinação, do uso de medicamentos de laboratório, do parto no hospital, da visita domiciliar, etc.

O padrão civilizador da Companhia Siderúrgica Nacional

Na década de 1940, uma das companhias mais importante da região carbonífera de Santa Catarina era a Companhia Siderúrgica Nacional (CSN), com seu complexo de

¹¹⁶ Ibid., p. 32.

mineração de carvão instalado a partir de 1942, composto pelas minas de carvão de Belluno (Siderópolis) e de Criciúma; pelo lavador de Capivari; e pela Usina Termoeletrica de Capivari (UTE), em Tubarão. Em termos de estrutura tecnológica, condições de trabalho, moradia, lazer e assistência médico-social, ela se tornou o principal referencial tanto para os demais mineradores da iniciativa privada quanto para os trabalhadores/as. Enquanto os mineradores das companhias particulares pressionavam o governo federal para liberar recursos para que eles pudessem oferecer às suas minas uma estrutura industrial compatível com a da CSN, o sindicato dos mineiros reivindicava, para o setor privado, as mesmas condições de trabalho, salário, moradia e assistência médica. Ser empregado da CSN era o sonho de muitos trabalhadores/as porque ela proporcionava um padrão de vida e trabalho bem acima da média geral.

Em Belluno, município vizinho de Criciúma, a instalação do complexo industrial da CSN foi tão significativa que a própria comunidade decidiu mudar o nome da pequena cidade para Siderópolis. A vila operária construída pela estatal dispunha de uma infra-estrutura que certamente muitas famílias pobres, de agricultores ou pescadores, ainda não conheciam. Além das casas, havia armazém, açougue, clube recreativo, escola, posto de saúde, restaurante, hospedagem para “doutores”, engenheiros e autoridades governamentais, etc. De um modo geral, a imprensa dos municípios da região Sul de Santa Catarina destacava a magnitude da CSN como símbolo de modernidade e progresso. Essa imagem também era veiculada no *Lingote*, quinzenário editado pelo serviço de relações públicas da companhia desde 1953:

A integração do Sul de Santa Catarina no regime de economia industrial só foi possível com o aparecimento da CSN. A lavoura, que até então absorvia a disponibilidade do mercado local de mão-de-obra, impunha limitações à capacidade realizadora dos filhos da região. Outras atividades industriais, inclusive a extrativa de carvão, eram pouco desenvolvidas. Foi a Companhia Siderúrgica que implantou uma indústria em bases modernas na região, trazendo novas condições de vida e de trabalho para considerável parcela de brasileiros.¹¹⁷

Na mesma edição, o *Lingote* apresenta a trajetória de Bruno Scaini, um dos trabalhadores da CSN, em Siderópolis, beneficiado pela “nova era” que surgiu no Sul de Santa Catarina. Scaini era um jovem de 21 anos que trabalhava no setor rural e “via-se no dilema de emigrar para outros centros mais adiantados ou então continuar naquele marasmo”. Para sua felicidade, destaca a matéria, a vinda da CSN “significou a sua chance de encontrar

trabalho condizente com as suas aptidões”. Em 1944 conseguiu emprego na companhia como “simples operário” e iniciou uma promissora carreira profissional. De acordo com a reportagem, casou-se em 1948, teve quatro filhos e pretendia assegurar o padrão de vida familiar, mantendo o vínculo com a Companhia.

A reportagem ilustra a trajetória vencedora de um simples homem da terra que foi favorecido pela “nova era” trazida pela CSN. Destaca o progresso gerado pela indústria e o “marasmo” da economia rural, ressaltando o grau de satisfação do colono que se tornou mineiro. Porém, a matéria informa aos leitores que, depois da aposentadoria, o desejo de Bruno Scaini era comprar uma fazenda e voltar a viver no campo. Esse desejo de voltar ao meio rural, após a aposentadoria, não era uma vontade somente de Scaini, era uma perspectiva compartilhada por muitos colonos que tiveram de abandonar o modo de vida rural em busca de trabalho nas minas. Sabia-se que o trabalho nas minas era perigoso, insalubre e árduo, mas era o meio de vida mais rentável da época, principalmente quando se trabalhava em uma das empresas da CSN. Em Criciúma, por exemplo, Zeferino da Silva recorda com satisfação a sua transição de vida de colono para a de mineiro, no tempo em que trabalhava na Companhia Próspera:

(...) porque eu trabalhava na lavoura junto com o falecido meu pai e meus irmãos. Mas depois deu uns anos de seca muito brava; e naquele tempo dava alguns anos de seca que não se colhia nada, e aí desanimou...Aí eu disse pro meu pai: oh meu pai, não dá mais pra eu ficar trabalhando na roça, sou obrigado a procurar um destino na vida. Aí então peguei na mina, comecei a trabalhar, peguei a gostar e trabalhei uns 10 anos. Foi o melhor tempo da minha vida. Por quê? Por causa do serviço, que eu gostava. **Eu baixava à mina e quando saía sabia o que é que eu tinha pra receber.** Então eu gostava da mina. Tinha muita gente que falava mal da mina, mas a mina foi uma maravilha para o pobre, foi muito bom...Eu sempre digo que o melhor tempo da minha vida foi quando eu trabalhava na mina. Era perigoso, mas todo lugar é perigoso se a gente não sabe trabalhar direito...¹¹⁸

Trabalhar na mina de carvão significava o início de um processo de mudança no modo de vida e trabalho – a porta do mundo urbano-industrial. Trata-se de uma transição conflituosa, um processo que permitiu às tradicionais famílias de colonos e pescadores da região do litoral Sul de Santa Catarina aprenderem boa parte do sistema da *sociedade industrial civilizada*. E também foi nesse processo que elas conheceram e assimilaram os conceitos essenciais da medicina e das políticas de saúde pública do mundo moderno. Neste

¹¹⁷ O Lingote. Rio de Janeiro, Ano II, n.º 25, março/1954, p.2.

¹¹⁸ Zeferino da Silva. Entrevista feita em 28/05/1996. A Companhia Próspera pertencia à CSN.

aspecto, a CSN estabeleceu um padrão civilizador. Além do seu moderno complexo industrial de extração e beneficiamento do carvão, implementou um conjunto de políticas de assistência médico-social que serviu de parâmetro para os trabalhadores das companhias privadas.

Da mesma forma que no complexo industrial de Volta Redonda, no Rio de Janeiro, em Siderópolis, Tubarão e Criciúma, os diversos serviços sociais garantidos pela CSN impuseram um novo padrão de vida e trabalho na região carbonífera, um padrão que além de suprir o grau de satisfação dos seus trabalhadores/as, despertava o interesse nos mineiros/as das companhias privadas e impressionava autoridades, políticos, engenheiros, médicos e outros profissionais que tiveram a oportunidade de conhecer os serviços prestados pela estatal.

Num período de democratização do país e na época da “guerra fria”, o padrão de vida e trabalho implementado pela CSN também era considerado o modelo ideal de organização industrial. Na visão de algumas autoridades governamentais e profissionais seduzidas pela idéia de modernidade, a condição de trabalho oferecida pela Companhia era uma forma eficiente de conter o germe do comunismo e neutralizar qualquer movimento subversivo. Essa era a opinião do Dr. Deolindo Amorim, em artigo publicado pela Associação Comercial de São Paulo, em 1950, no qual afirmava que o melhor caminho para se alcançar a “ordem” e o “progresso” era a transformação evolutiva do capitalismo. Essa “evolução do capitalismo”, que significava a combinação harmônica da política econômica com a política social, “reconhecida e aceita” até mesmo pelas classes conservadoras, tinha dois objetivos concretos: impedir o surgimento do capitalismo de Estado baseado no modelo soviético e eliminar os pretextos para qualquer tipo de movimento comunista.¹¹⁹

Dr. Amorim argumenta que não adiantava combater o comunismo com metralhadora. A única forma de neutralizar o comunismo era “destruir-lhe os pretextos”, ou seja, “a falta de confiança nos Governos, a miséria, o predomínio das incapacidades, a desordem administrativa, a falta de assistência etc.” Felizmente, diz o mesmo, o Brasil já tinha esse modelo de organização industrial:

Com os próprios recursos do capital, até mesmo as empresas que têm relação direta com o Estado podem criar condições de vida capazes de neutralizar os efeitos de qualquer forma de extremismo, desde que haja elevação equitativa do padrão de vencimentos e dos meios de subsistência. O capital converte-se, portanto, em precioso

¹¹⁹ Dr. Deolindo Amorim. O Plano Social de Volta Redonda e a Transformação do Capitalismo. In: O Lingote. Rio de Janeiro, 1954.

instrumento de recuperação econômica e social dentro da moderna concepção do trabalho. Logo, o dinheiro está integrado na função social que lhe é atribuída pelos valores de nossa cultura. Podemos deixar, agora, as considerações doutrinárias e apresentar, como ilustração, **um exemplo concreto**: Volta Redonda. Quem visita a área da Cia. Siderúrgica Nacional, em Volta Redonda, ainda que o faça despretensiosamente, sem espírito de minúcia, observa logo, no conjunto, a ausência de miséria, um estilo de vida equilibrado, como raramente se pode encontrar em qualquer outra comunidade. Volta Redonda é, sem a menor dúvida, **o marco de uma fase de renovação econômica do Brasil**. Preferimos, porém, neste trabalho, apenas o aspecto social de Volta Redonda, como **prova de que o capital bem aplicado pode trazer a solução dos mais aflitivos problemas sociais de nossa época** [grifos meu].¹²⁰

Esse padrão de vida e trabalho propiciado pela CSN de Volta Redonda também era destacado na região carbonífera de Santa Catarina. Na avaliação dos deputados que faziam parte da CPI do Carvão e que inspecionaram as minas de carvão da região, em 1957, as condições de trabalho, assistência e os salários da estatal eram exemplares. A assistência médico-social era considerada “muito boa”, as moradias eram as únicas que dispunham de serviços sanitários e água potável, os salários dos empregados eram maiores, as empresas tinham refeitórios (fato raro, se não único na região). Embora houvesse alguns descumprimentos em relação às questões de higiene industrial, os deputados avaliaram que “em comparação com as outras minerações, pode-se dizer que são ótimas as condições de trabalho nos locais da Siderurgia”, pois

seus operários são os que melhores salários recebem e gozam de **uma assistência médica digna deste nome** [grifo meu], pois a assistência médica se estende desde a simples consulta nos seus ambulatórios, até o serviço pré-natal.

As leis, no que diz respeito à assistência social, são cumpridas pela Siderúrgica Nacional e para o atendimento médico-cirúrgico dos seus empregados, a Cia., possuindo um bom corpo médico, não fica na dependência dos serviços assistenciais do IAPETC.

É bem cuidada a alimentação nos seus refeitórios, e cremos mesmo que, na zona carvoeira, é o único lugar onde o operário se alimenta em condições normais [sic!].¹²¹

De um modo geral, as impressões dos deputados coincidem com a memória das famílias mineiras. Ao longo de cinquenta anos, a CSN tornou-se um modelo de empresa para os trabalhadores/as e um incômodo para os proprietários das companhias privadas. Nos aspectos assistencial e salarial, nas condições de trabalho e moradia, bem como nas técnicas de extração e beneficiamento, ela era um modelo a ser seguido ou contestado. Para a classe

¹²⁰ Ibid.

operária mineira, trabalhar na Companhia era o sonho de todos. Para os proprietários das mineradoras particulares era, ao mesmo tempo, uma cliente necessária e uma concorrente desleal, visto que se tratava de uma empresa estatal federal com amplos recursos governamentais.

No âmbito da produção, a CSN também tinha os equipamentos e máquinas mais modernas. Em 1957, havia pelo menos duas escavadeiras que faziam a mineração a céu aberto, a “magnífica” Escavadeira 120 B *Shovel* e a Escavadeira 120 B *Dragline*. Nessa época, essas escavadeiras eram vistas, aceitas e admiradas como símbolos de progresso e modernidade. O discurso técnico enaltecia a mineração realizada em Siderópolis porque o sistema de produção era “modernamente mecanizado, dispondo de todos os elementos técnicos para uma exploração racional e eficiente das jazidas”. O antigo trabalho manual estava restrito a operações indispensáveis, e o mineiro que trabalhava no setor carbonífero de Siderópolis, “longe de ser o operário despreparado tecnicamente e rotineiro, como antigamente”, era “um trabalhador afeito às práticas mais racionais, na execução de serviços dessa especialidade”.¹²²

A degradação ambiental só foi problematizada pela população, em geral, quando a Companhia começou a desativar o setor carbonífero da região, na década de 1980. Num período em que ainda não existia uma consciência ambiental na região, a população beneficiada pelo “progresso” gerado pela estatal assimilou o processo de poluição dos rios, solos e ar como o custo necessário para se ter uma vida melhor, ou seja, como o curso “natural” da civilização industrial. Esse sentimento era compartilhado não somente pelos trabalhadores/as da Companhia, mas pela população em geral, uma vez que além de assegurar melhores condições de salário, moradia e assistência médico-social aos trabalhadores/as e seus familiares, também impulsionava o comércio local e viabilizava a construção de uma série de obras públicas, como escolas, centros de lazer, estradas, hospitais, igrejas, cemitérios, etc.

Quando uma autoridade do alto escalão da CSN visitava a região Sul de Santa Catarina, era recebida como chefe de Estado. Em 1954, por exemplo, quando o Presidente da empresa, o General Sylvio Raulino de Oliveira, esteve na região, foi exaltado com faixas, cartazes e por uma “multidão” de pessoas e autoridades de Laguna, Criciúma, Siderópolis e

¹²¹ Brasil, Anais da Câmara dos Deputados, Projeto de Resolução n.º 186 (CPI do Carvão), p.91.

¹²² O Lingote, Rio de Janeiro, n.º 107, novembro/1957, p. 04. A CSN era um modelo para os donos de minas e para os/as trabalhadores/as, um modelo também no vertiginoso processo de degradação ambiental da região Sul de Santa Catarina. A degradação ambiental, provocada pelo complexo industrial da CSN em Siderópolis,

Araranguá. Nesse histórico acontecimento – a população local participou entusiasticamente das solenidades de inauguração do novo serviço de luz de Araranguá e do Parque Infantil em Siderópolis – o *Lingote* soube ilustrar e explicitar o sentimento da população em relação à contribuição para o desenvolvimento industrial e urbano da região:

Cortando de ponta a ponta tôda a vasta área carbonífera do Sul de Santa Catarina, o Gen. Sylvio Raulino de Oliveira foi recebido tanto nos setores que constituem o setor, propriamente dito – aquele onde estão localizados os seus serviços portuários, as suas usinas de beneficiamento do carvão e termo-elétrica e os núcleos de mineração – como noutras cidades tributárias da região mineira, com as expansões do mesmo acolhimento, fidalgo e cordial.¹²³

Em Siderópolis, Criciúma e Capivari, o padrão habitacional da CSN também era tido o melhor. Nos primeiros anos da década de 1950, os técnicos do Serviço Social da Companhia ainda consideravam as condições de moradia um problema que necessitava de solução. Eles se preocupavam com o tamanho da casa destinada a famílias numerosas; classificavam as casas de madeira como pouco confortáveis; preocupavam-se com as instalações sanitárias; com o nível de conforto necessário para assegurar um bom descanso e manter a boa produtividade na empresa. A partir desse diagnóstico, desenvolveu-se uma política de “proteção habitacional” baseada na construção de casas de alvenaria, constituída por três quartos, sala de estar, copa, cozinha, instalações sanitárias e até mesmo lareiras.

Em pouco tempo, a CSN instituiu um novo padrão habitacional nas vilas operárias de Siderópolis, Capivari e Criciúma. Em geral, as grandes companhias privadas da região carbonífera também desenvolveram uma política habitacional evolutiva. Houve melhorias no padrão de qualidade das casas operárias e instalações sanitárias, mas parte dos recursos foi subsidiada pelo Estado. Embora nenhuma empresa privada tenha atingido o padrão de qualidade e conforto da Companhia Siderúrgica Nacional, difundiu-se um movimento reivindicatório para alcançar o nível dela. À medida que se destacavam as diferenciações do “padrão-CSN”, salientadas na imprensa local por engenheiros, médicos, religiosos, deputados, prefeitos, vereadores e até mesmo pelos trabalhadores/as e sindicatos dos mineiros, crescia na região um movimento modernizador, ampliado também por meio da própria expansão da estrutura de mineração da estatal.

Urussanga e em Criciúma, foram violentas. A degradação mais intensa aconteceu em Siderópolis, depois da chegada da Marion, a segunda maior escavadeira mecânica da América Latina.

¹²³ O *Lingote*. Rio de Janeiro, n.º 31, 25/06/1954, p. 09.

Quando a Companhia assumiu o controle acionário da Sociedade Carbonífera Próspera, em 1953, preocupou-se, desde o início, em implementar o plano de assistência social que já desenvolvia no setor de Siderópolis e Capivari. Criou um programa habitacional para construir casas de alvenaria; assinou convênio com o Serviço Social da Indústria (SESI) para instalar e manter um posto de abastecimento de gêneros alimentícios (popularmente conhecido como armazém do SESI); instituiu o Serviço de Visitadoras Sociais, contratando freiras das Pequenas Irmãs da Divina Providência; instalou farmácia, ambulatório e consultório médico.¹²⁴

As políticas sociais da CSN também representavam o desejo de se difundir uma nova mentalidade no setor industrial brasileiro. Na região carbonífera de Santa Catarina, todo ato de inauguração de obras sociais era revestido de importantes mensagens. No dia 1.º de maio de 1955, por exemplo, data que os mineradores comemoravam com festas, com o propósito de difundir a ideologia da harmonia entre capital e trabalho, os novos dirigentes da Sociedade Carbonífera Próspera presentearam os trabalhadores/as da empresa com o primeiro lote de casas. No discurso de entrega das casas, Sesostriis Correia, diretor comercial da Próspera, enalteceu a figura do presidente da CSN, General Edmundo de Macedo Soares, porque ele não havia pensado “apenas em monstros de aço a vomitar ferro para o progresso do Brasil”, mas também no trabalhador nacional. Para o diretor comercial da Próspera, o General Macedo Soares acreditava que era necessário criar uma nova mentalidade no país; estava convencido, “e com razão, de que o crescimento industrial do Brasil deveria ser acompanhado de uma revolução completa, tanto nos métodos de trabalho como nas relações entre patrão e operário”.¹²⁵

Quanto ao lazer, a CSN também estabeleceu um padrão de diferenciação. Em dezembro de 1955, durante a inauguração do Recreio do Trabalhador de Siderópolis, do restaurante e do Recreio do Trabalhador de Capivari, o Vice-Presidente da Companhia, Ismael Coelho de Sousa, cortou a fita de inauguração dos vultosos empreendimentos de lazer diante de “milhares de trabalhadores e suas famílias, além de autoridades civis e eclesiásticas”.¹²⁶

O Recreio do Trabalhador de Siderópolis era considerado “um majestoso edifício de linhas arquitetônicas modernas, localizado em situação privilegiada”, capaz de oferecer aos que o procuravam “um ambiente de recreação verdadeiramente agradável”. Era um “soberbo

¹²⁴ O Lingote. Rio de Janeiro, n.º 68, 10/01/1956.

¹²⁵ O Lingote. Rio de Janeiro, n.º 78, 09/06/1956.

¹²⁶ O Lingote. Rio de Janeiro, n.º 68, 10/01/1956.

prédio” que abrangia “uma área coberta de seiscentos e cinquenta metros quadrados, constando de magnífico salão para danças, cinema e palco para as atividades teatrais, restaurante, sala de jogos e biblioteca”.¹²⁷

Na mesma época, edificou-se o Recreio do Trabalhador de Capivari, também em “estilo moderno e caprichosamente decorado”. Além de um amplo salão de dança, dispunha de instalações para cinema, tela cinematográfica, palco, salas para jogos, reuniões e leitura, e ainda um bar para os momentos de lazer.

No que se refere à assistência médica e às ações preventivas, a CSN tinha uma estrutura ambulatorial equipada para atender os trabalhadores/as e seus familiares com atendimentos de emergência, consultas médicas, farmácia, serviços de vacinação e de proteção à infância e à maternidade. Em todos os aspectos, seja nos métodos de extração e beneficiamento do carvão, seja nas condições salariais, condições de moradia e políticas de assistência médico-sociais, a Companhia Siderúrgica Nacional estabeleceu um *padrão civilizador* na região Sul de Santa Catarina.

O Serviço Social da Indústria e a utopia da sociedade industrial civilizada

Na região carbonífera, duas instituições ligadas à indústria nacional conquistaram um lugar especial na história e memória oficial da região: o Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial (SENAI) e o Serviço Social da Indústria (SESI). Enquanto o SENAI investiu na formação profissional dos filhos da classe operária, o SESI investiu prioritariamente em políticas de assistência médica, higiene infantil e educação sanitária destinadas às famílias mineiras, principalmente às mães e crianças.

Em Santa Catarina, a primeira unidade do SESI foi instalada em Criciúma, em 1948 e, segundo Mário Belolli, viabilizada por Evaldo Lodi, diretor da Companhia Carbonífera Metropolitana, deputado federal e presidente da Confederação Nacional da Indústria.¹²⁸ Dentre os principais serviços prestados, as pessoas lembram-se, com carinho, dos armazéns, da farmácia, dos postos de puericultura e dos “cursos populares” de corte e costura, bordados, etc. Em 1956, o departamento regional contava com os serviços de assistências odontológica, médica e farmacêutica, além dos serviços educativos, como o cinema e o Jornal *Sesinho*;

¹²⁷ O Lingote. Rio de Janeiro, n.º 64, 10/11/1955.

curios populares, bibliotecas ambulantes; serviços de assistência jurídica; de recreação e esportes; serviço social especializado; de assistência alimentar; campanhas médicos-sociais.

De um modo geral, os serviços oferecidos pelo SESI visavam difundir a educação para a “boa” saúde da família operária, ensinando novos hábitos de higiene, de alimentação, e instruindo as mães nos cuidados com os filhos, a casa e o marido. Além de fortalecer a cultura do trabalho, preocupava-se em desenvolver atividades, visando “evitar e sanar os conflitos entre empregadores e operários”, como informa uma matéria veiculada no jornal *O Estado*, em 1956.¹²⁹ Em Santa Catarina, “nas zonas onde o problema social era mais intenso, principalmente na região carbonífera do Sul do Estado”, o SESI catarinense criou um Serviço Social Especializado, constituído por irmãs de congregações religiosas. Por meio desse serviço, as famílias mineiras recebiam assistência direta sobre economia doméstica, educação sanitária, higiene infantil e outras orientações. De acordo com a reportagem, até 1956 haviam sido “realizadas perto de 6.000 visitas pela equipe especializada das Pequenas Irmãs da Divina Providência”.¹³⁰

Irmã Emanuele recorda-se do tempo em que trabalhou na Vila Operária de Santana, distrito de Urussanga, de 1959 a 1964. A Vila foi construída em torno da Mineração Geral do Brasil, companhia carbonífera que foi incorporada, mais tarde, pela Companhia Carbonífera de Urussanga (CCU). Irmã Emanuele, junto com outras irmãs, prestava assistência social às famílias mineiras por meio de um convênio estabelecido entre a companhia mineradora e o SESI. Ela lembra que tinha a carteira profissional assinada e que “naquele tempo ganhava-se um bom salário”, e que as famílias mineiras eram

desprovidas de tudo. Eles não tinham médicos, não tinham assistência religiosa, não tinham nada. Então nós fomos assumindo o trabalho com o SESI. O minerador entrou em contato com o SESI e foi feito o pedido para nós trabalharmos com estas famílias. Então foi aceito este pedido porque era um pedido que veio ao encontro de nosso carisma, que é o de acolher, assistir e abrigar as crianças pobres, abandonadas em condições perigosas. Lá as famílias eram pobres, numerosas e havia muitas crianças abandonadas pelas ruas.¹³¹

¹²⁸ Mário Belolli et al. A história do carvão de Santa Catarina. 2002. p. 271.

¹²⁹ Um Magnífico Programa em SC. o Departamento Regional Do SESI. Florianópolis. O Estado. 13/05/1956, p. 4-5.

¹³⁰ Idem, p. 4-5.

¹³¹ Irmã Emanuele P. B., 66 anos. membro da Congregação das Irmãs Beneditinas da Divina Providência. Entrevista feita em 09/09/1996.

Na vila, as irmãs beneditinas iam, de casa em casa, orientar e aconselhar as famílias mineiras sobre os cuidados com a higiene doméstica, do corpo, dos alimentos, da roupa, das crianças, etc. Tendo como parâmetro o modelo ideal de moradia higiênica e o modo de vida das classes mais “civilizadas”, as irmãs percebiam que no ambiente de vida das famílias mineiras imperava a “ignorância”, a sujeira, o descuido com as crianças, além do risco da promiscuidade. Era uma realidade que chocava as religiosas porque

as famílias eram relativamente numerosas (média de sete a oito filhos), as condições de moradia e higiene “perigosamente” alarmantes, a mortalidade infantil assustadora e os conflitos familiares visíveis publicamente. Não havia cerca entre casas vizinhas. As crianças perambulavam pelas ruas descalças, nuas ou seminuas e defecavam em qualquer lugar; brincavam nos arredores da casa, nos lugares onde corria o esgoto, ou então em lugares mais afastados, em solos e córregos contaminados pelos rejeitos piritosos. À noite, irmãos, irmãs e pais dormiam no único quarto da casa, em condições propícias à ‘promiscuidade’.¹³²

Na perspectiva sanitarista, o modo de vida da família mineira, seus hábitos e costumes estavam impregnados por ignorância e superstições. Para as irmãs visitadoras, familiarizadas com os preceitos da medicina higienista e os valores urbanos, a família mineira desconhecia os princípios elementares de higiene, ignorando a importância de se manter uma casa limpa, tomar banho diariamente, usar roupas apropriadas e preparar uma boa alimentação. As religiosas estranhavam o fato de as casas operárias não terem jardins nem hortas, mesmo no caso das moradias construídas sobre rejeitos piritosos.

O problema da alimentação da família operária mineira era associado muito mais aos seus “maus hábitos” alimentares do que à baixa renda familiar. Os sanitaristas reconheciam que os salários dos operários eram insuficientes, mas o principal obstáculo era a “ignorância” em relação ao preparo e consumo de refeições sadias. A partir desse diagnóstico, o SESI entrou em cena para assegurar o acesso de produtos alimentícios mais baratos à população operária e, ao mesmo tempo, difundir cursos de economia doméstica para a família operária. Por meio de serviços educativos, oferecia cursos que ensinavam às mães, esposas e filhas a evitar o desperdício, preparar uma alimentação racionalmente balanceada e, ainda, retomar ou iniciar alguns hábitos de plantio ao redor da moradia. Como lembra irmã Emanuele: “nós ensinamos cada família a ter a sua verdurinha, ter seu quintalzinho, seu jardimzinho”.¹³³

¹³² Carlos Renato Carola, op. cit., p. 204.

¹³³ Irmã Emanuele P. B., entrevista citada.

Sabe-se que os cursos de economia doméstica e de corte e costura do SESI foram difundidos por todo o país. Na região carbonífera de Santa Catarina, esses cursos eram ministrados inicialmente pelas congregações religiosas. A finalidade fundamental era formar boas donas-de-casa, boas mães e boas esposas, segundo o ideal de “natureza feminina”. Além das aulas de corte e costura, bordados, culinária, tricô e crochê, ensinava-se também práticas de higiene. Dona Elisa, por exemplo, lembra que fazia bordados com “pensamentos bonitos”, como “a higiene prolonga a vida”. Recorda ainda que “quem tinha mais pano de parede era mais bonito, era competição” e que “os banquinhos de prateleiras eram bordadinhos também; elas adoravam nossa casinha e quem fazia este trabalho todo era eu”, afirma orgulhosamente Dona Elisa.¹³⁴

Nas solenidades de encerramento dos cursos, as mulheres expunham seus trabalhos artesanais e recebiam certificados. O dia da formatura era comemorado em grande estilo, com a presença de autoridades públicas, diretores do SESI, representante dos mineradores e, às vezes, até o prefeito. Nessas ocasiões, “a gente recebia muito incentivo do SESI” e as mulheres “se sentiam muito valorizadas com a vinda de diretores para entregar o certificado”, lembra Irmão Emanuele.¹³⁵

O problema alimentar da família mineira também foi motivo de preocupação do dr. Boa Nova, que conhecia as obras de Josué de Castro (*Geografia da Fome*), Dante Costa (*O problema Alimentar no Brasil*) e Irady Gadelha da Cunha (*Alimentação do Trabalhador nos Grandes Centros*). Do seu ponto de vista, o problema alimentar da família operária decorria do baixo nível salarial e dos seus maus hábitos alimentares. Nas grandes capitais, a classe trabalhadora podia contar com os restaurantes populares instalados pelo Serviço de Assistência Social (SAPS) do Ministério do Trabalho. No interior do país, no entanto, a classe operária estava “inteiramente desamparada e desprotegida no que respeita a certos serviços de assistência social, e sem a mais mezinha orientação no tocante ao magno problema de sua alimentação”.¹³⁶ Esta era a situação das famílias mineiras e famílias rurais da região carbonífera de Santa Catarina, segundo Boa Nova.

O médico sanitarista do DNPM acreditava que a situação na região havia se agravado porque as famílias rurais abandonaram suas lavouras para trabalhar nas minas. Na sua opinião, os colonos deixaram suas criações e suas plantações porque o trabalho nas minas era uma garantia de melhores salários, horários fixos de trabalho “e pelos benefícios sociais

¹³⁴ Elisa de Oliveira, 69 anos. Entrevista feita por Marli de Oliveira Costa, em 1996.

¹³⁵ Irmã Emanuele P. B., entrevista citada.

¹³⁶ Francisco de Paula Boa Nova Jr., op. cit., p. 98-99.

outorgados aos trabalhadores industriais pelas instituições de previdência, como aposentadoria, seguro, salário-enfermidade, pensão, etc.”.¹³⁷ Assim, o colono havia se transformado, da noite para o dia, em mineiro, aprofundando a crise de gêneros alimentícios na região.

Com a escassez de alimentos no país, e ainda mais na região carbonífera de Santa Catarina, os preços subiram acentuadamente e os especuladores aproveitaram a situação. O salário dos trabalhadores/as das minas de carvão continuava baixo enquanto o custo de vida aumentava. Nessas circunstâncias, as famílias tornavam-se mais vulneráveis às enfermidades e “à mercê da sanha de comerciantes inescrupulosos, ávidos de enriquecimento rápido, principalmente os que negociavam (...), em Criciúma, com gêneros alimentícios e produtos farmacêuticos”.¹³⁸

Em 1952, os mineiros desencadearam uma greve na região. O movimento reivindicava melhores salários, argumentando que a fome estava diariamente presente em suas casas. Como em todas as greves mineiras realizadas na história da classe operária mineira, os proprietários não hesitaram em usar a força policial para reprimir o movimento. A violência policial foi justificada pelos donos das minas por meio do tradicional método de qualificar a greve como uma organização de comunistas e de subversivos, contra a ordem social. Todavia, segundo o testemunho ocular de Boa Nova, a greve dos mineiros era justa e o movimento foi pacífico:

Nessa ocasião, testemunhamos revoltados que muitos operários em greve, que reivindicavam um salário melhor que lhes atenuasse um pouco mais a fome existente em seus lares, foram injustamente acusados de comunistas e apontados como fomentadores de desordens, muito embora houvessem todos os grevistas se mantido em atitude elogiavelmente pacífica, sem cometer o menor desatino e na mais completa passividade diante das deploráveis violências e dos injustificados espancamentos de que foram vítimas por parte da força policial vinda da capital do Estado. Tôda a população de Criciúma louvou nessa época a atitude ordeira e pacífica dos seus mineiros, reconhecendo como justas, e até mesmo modestas, as suas pretensões de aumento de salários, que afinal foram atendidas pelos seus patrões, os quais, diga-se de passagem, em sua maioria eram favoráveis aos operários [sic!].¹³⁹

No período em que se consolidou a indústria carbonífera, de 1930 a 1960, a fome surgiu como um dos efeitos colaterais do tipo de “progresso” que se instalou na região. Na perspectiva de Boa Nova, as famílias alimentavam-se mal porque os salários eram

¹³⁷ Ibid., p. 99.

¹³⁸ Ibid., p. 99.

¹³⁹ Ibid., p. 100.

insuficientes ou porque seus hábitos alimentares eram inadequados. Pensando no futuro do Brasil, Boa Nova argumenta que o acesso à alimentação e à educação alimentar das classes trabalhadoras era necessário por razões de ordem política e econômica. A fome crônica era um perigo político, pois poderia fomentar a subversão das “massas” contra o Estado e as instituições. Era um perigo que poderia desencadear um movimento incontrolável, pois

a fome aguda ou crônica põe em perigo também até a própria saúde mental e acarreta tremendos desajustamentos coletivos. Operário algum, bem nutrido, economicamente satisfeito e gozando, com sua respectiva família, de relativo bem-estar, acredita em agitadores inescrupulosos. Mas um operário faminto, com esposa e filhos também padecendo de fome, pelo contrário, crê em tudo, desde que suas necessidades sejam convenientemente exploradas. Um outro operário, igualmente necessitado, torna-se presa fácil de contágio mental de seu infortunado companheiro, podendo então surgir o que em psiquiatria se chama ‘loucura a dois’, responsável pelo denominado delírio das multidões, apavoradas ou enfurecidas pela habilidade com que agem os perturbadores.¹⁴⁰

A fome era o “caldo de cultura propício aos desequilíbrios sociais”, dizia Boa Nova. As autoridades deveriam dedicar-se ao estudo científico dos problemas sociais como forma de prevenir as desordens políticas, diminuindo o número de “desajustados”. As greves, as revoluções e as guerras poderiam ser evitadas por meio do conhecimento científico e da “resolução sistemática dos problemas sociais e políticos”, pois

o operário sem problemas, tanto quanto é possível consegui-lo, não tem reivindicações a fazer, não tem de que se queixar nem reclamar, inclinando-se à tolerância, à compreensão, à sociabilidade, à fraternidade e dedicando-se de corpo e alma ao seu trabalho.¹⁴¹

Do ponto de vista econômico, o trabalhador “mal alimentado, mal dormido, mal medicado, mal assistido, mal transportado, etc.”, era ineficiente e improdutivo. Para se alcançar o padrão civilizatório dos países industrializados, o trabalhador brasileiro deveria ser bem alimentado. Mesmo se fosse considerado uma máquina que trabalhava, só se poderia “exigir rendimento apreciável” dos que se alimentavam o suficiente para repor suas energias consumidas no trabalho e fora dele. O operário mal alimentado, sem condições de repouso e

¹⁴⁰ Ibid., p.102. Sua preocupação não era em vão, pois justamente no período de 1952 a 1964, os mineiros conquistaram o sindicato, que antes estava atrelado aos donos das minas, e passaram a deflagrar constantes greves. No Golpe de 1964, o sindicato dos mineiros e suas principais lideranças foram os primeiros alvos dos militares. Prisões, torturas, desaparecimentos e “mortes acidentais” ainda fazem parte das lembranças daqueles que viveram este período.

¹⁴¹ Ibid., p. 107.

sem assistência médica, era um trabalhador com baixa capacidade de produção e pouca resistência às infecções.¹⁴²

Para equacionar este problema, Boa Nova propunha salários mais justos aos trabalhadores; controle dos preços dos gêneros alimentícios e medicamentos; distribuição dos armazéns nos locais de maior concentração operária; e fiscalização higiênica rigorosa dos gêneros alimentícios. Mas nada disso resolveria o problema alimentar se a família mineira não aprendesse a “arte de bem comer”, e nisso a ciência deveria intervir.

Em 1957, a CPI do carvão também opinou sobre as condições alimentares das famílias mineiras. Os deputados constataram que a base alimentar dos trabalhadores mineiros era o arroz, feijão e, às vezes, carne, e que as verduras não faziam parte da dieta da maioria. Assim, concluíram que a família mineira não tinha uma boa alimentação:

(...) Não. Não tem. Não tem boa alimentação. Realizamos, quanto à alimentação, uma inspeção minuciosa, para concluir que, após o desjejum, composto de pão e café, os mineiros servem-se, ao meio-dia, de uma alimentação à base exclusiva de feijão, carne e arroz. Os três elementos em pequenas proporções, muitas vezes inexistindo as carnes. Para 190 operários tivemos ocasião de examinar 20 refeições, e enquanto três delas continham apenas arroz e feijão, a mais parca era composta de angu de milho. Verduras apenas encontramos numa refeição.¹⁴³

Em nível nacional, a questão alimentar também era considerada um dos principais problemas do Brasil. As autoridades no assunto afirmavam que a fome e a subnutrição contribuíam para aumentar os índices de morbidade e mortalidade; que as crianças mal nutridas aprendiam menos; e que os hábitos alimentares do povo brasileiro eram errados e cheios de vícios. Era preciso aumentar a produção de alimentos, garantir a distribuição a um custo acessível, melhorar as condições salariais e educar a família trabalhadora para saber “comprar bem, preparar bem e comer bem”.

A ciência da nutrição recomendava que a mesa do trabalhador brasileiro deveria conter leite, ovos, frutas, legumes e carne. Assim, o organismo teria vitaminas e proteínas suficientes para repor as energias gastas no dia-a-dia e se tornaria mais resistente às enfermidades. Entretanto, além dos baixos salários e dos altos preços dos alimentos, havia o problema dos hábitos, tradições e da falta de higiene da classe operária, questões fortemente assinaladas pelos sanitaristas. Boa Nova, por exemplo, problematiza os hábitos dos operários, lembrando que eles comiam

¹⁴² Ibid., p. 106.

¹⁴³ Brasil, Anais da Câmara dos Deputados, Projeto de Resolução n.º 186 (CPI do carvão), p. 74.

espalhados pelos pátios das fábricas, nas calçadas, nos arredores das oficinas, nos botequins, nas bocas das minas, no interior das galerias das minas ou pelos cantos dos próprios locais de trabalho, em pé ou acorados, comendo nas próprias marmitas, panelas, latas ou vasilhas em que sua comida é levada, muitos deles não fazendo uso de talheres e sim das próprias mãos sujas (às vezes até de substâncias tóxicas), que não são antes lavadas, por ignorância, falta de asseio ou mesmo por não encontrarem facilidades para isso [sic!].¹⁴⁴

Por isso, o Brasil precisava organizar “um movimento visando corrigir tão deplorável estado de coisas e cuidando da instalação adequada, senão de refeitórios nas fábricas, usinas e minas, pelo menos de locais apropriados e higiênicos” onde as refeições poderiam ser feitas da forma como preconizava a legislação da segurança e higiene no trabalho. O custo dos alimentos deveria ser acessível e “uma intensa propaganda em prol da boa alimentação do nosso operariado”, realizada.

O governo federal precisaria implantar uma política alimentar racional para cada região do país. O plano tinha de respeitar as diferenças regionais e se basear em estudos e pesquisas de cada região. Seria necessário ampliar a experiência dos restaurantes populares do SAPS para o interior do país. Na região carbonífera de Santa Catarina, os Postos de Abastecimento do Serviço Social da Indústria cumpriram esse papel. Nas vilas operárias mais populosas foram instalados os memoráveis armazéns do SESI, providos de gêneros alimentícios, artigos de utilidade domésticas, tecidos para confecção de roupas e até mesmo alguns brinquedos. Em geral, a família mineira teve acesso a produtos mais baratos e adquiriu novos hábitos de consumo, principalmente em relação aos enlatados, desconhecidos da população local, como o leite Ninho.

Em junho de 1964, a Tribuna Criciumense fez um breve balanço histórico, destacando a importância do SESI para a classe mineira da região carbonífera. Ressaltou a existência de vários postos de abastecimentos (armazéns) instalados nas vilas operárias com apoio das companhias carboníferas, “favorecendo assim seus beneficiários na aquisição de gêneros de primeira necessidade”. Nessa época, Criciúma, a Capital Brasileira do Carvão, já contava com vários armazéns, enquanto mais um posto estava sendo instalado na vila Boa Vista, com o apoio da Companhia Carbonífera Boa Vista.¹⁴⁵ Além disso, havia farmácias, serviços de assistência social das irmãs visitadoras, cursos de economia doméstica, serviços de puericultura e higiene infantil, de vacinação, entre outros.

¹⁴⁴ Francisco de Paula Boa Nova Jr., op. cit., p. 110.

¹⁴⁵ SESI de Criciúma em Expansão. Criciúma, Tribuna Criciumense, 06-13/06/1964.

Dentre as diversas atividades culturais desenvolvidas pelo SESI desde 1947, e que ainda circula por todo o país, não dá para esquecer o importante papel desempenhado pela revista infantil *Sesinho*. Dirigida especialmente à população infantil da classe operária, durante décadas *Sesinho* constituiu-se em um importante meio de comunicação e difusão dos ideais de uma *sociedade industrial civilizada*. Personificado pela imagem inocente de uma criança, disseminava-se a ideologia do trabalho e um código de higiene para a boa saúde. A saúde e educação para o trabalho, em *Sesinho*, preconizavam a formação integral do trabalhador-cidadão. Segundo Olga Brites, na educação para a boa saúde, além dos cuidados com o corpo, reforçava-se as dimensões do ser social, entre os quais a importância do estudo, do lazer, dos esportes e da formação espiritual. Na educação para o trabalho, valorizava-se a qualificação da mão-de-obra e incentivava-se o leitor a se preocupar com a escolha de sua futura profissão.¹⁴⁶

Até a década de 1960, pelo menos, *Sesinho* foi um dos meios educativos, dentre tantos outros, que difundiu os ideais da nação que se desejava construir. Do ponto de vista de Olga Brites, a pedagogia da boa saúde fazia “parte da educação do trabalhador e de sua família, regulamentando seu cotidiano em relação a cuidados com corpo, capacidade produtiva, uma concepção de progresso e modernidade onde a Nação deve aparecer limpa, nutrida, forte, bela”.¹⁴⁷ Seu objetivo primordial era incutir, desde cedo, a ética do trabalho e hábitos de higiene para a boa saúde. Muito além da tradicional educação para o regime de fábrica, no entanto, *Sesinho* preocupava-se com uma educação integral, favorável ao bom convívio do trabalhador-cidadão em sociedade. Assim, as histórias contidas em cada edição da revista procuravam incutir e ensinar hábitos de estudo, a convivência familiar, uma educação diferenciada para meninos e meninas, valores morais, religiosidade, etc.

Em relação à educação para o trabalho, Olga Brites informa que na edição n.º 01, de dezembro de 1947, *Sesinho* aparece saindo da cama com “raios de sol penetrando no quarto, despertador disparando” e a mensagem explicando: “*Sesinho* sente alegria em ser madrugador, bem cedo começa o dia para o bom trabalhador”. Sobre a higiene para a boa saúde, Brites informa também que a revista divulgou uma série de textos produzidos pelo Serviço Nacional de Educação Sanitária (SNES), do Ministério da Educação e Saúde. A autora destaca as edições que incentivavam as crianças a escovar os dentes, lavar as mãos antes das refeições, a lavar os alimentos antes de comê-los, repousar depois das refeições, tomar banho diariamente, etc. Entre os exemplos de condutas incompatíveis com a higiene da

¹⁴⁶ Olga Brites, Saúde e educação em *Sesinho*. In: Revista de História da USP, p. 97-98.

boa saúde, a revista condenava o hábito de colocar os dedos no nariz, a gula, os que não gostavam de tomar banho, os fumantes, etc.

Diante do que foi exposto acima, resta saber como as famílias mineiras e os proprietários das minas de carvão da região carbonífera de Santa Catarina receberam os preceitos educativos da higiene para a boa saúde, difundidos por *Sesinho*. Não há dúvidas de que as fábulas da “formiga trabalhadora” e da “cigarra preguiçosa” foram bem aceitas. O mesmo não se pode dizer, no entanto, dos ensinamentos que aconselhavam uma boa conduta higiênica e os cuidados essenciais para manter os ambientes profissional e doméstico saneados. O grau de insalubridade das minas de carvão era tão grande, que se as autoridades sanitárias obrigassem os proprietários a cumprir as normas de higiene e segurança estabelecidas por lei, a maioria das companhias mineradoras teria de ser fechada.

No cotidiano das vilas operárias, os obstáculos ao ideal de moradia e conduta higiênica também eram enormes. Durante décadas, as famílias mineiras habituaram-se a viver num ambiente domiciliar sem água encanada, sem banheiros com vaso sanitário e chuveiros, sem sistema de esgoto e energia elétrica. Como já observado anteriormente, as vilas operárias eram construídas nas proximidades das minas, geralmente sobre rejeitos perigosos que tornavam o solo impróprio para o plantio; algumas companhias pintavam as casas com piche, mas a maioria, não, as casas operárias ficavam escurecidas devido à poeira do carvão que ia se incrustando nas paredes internas e externas, ao longo dos anos. Os integrantes da família que trabalhavam nas minas, tanto os homens quanto as mulheres, chegavam em casa cobertos de poeira do carvão. No espaço doméstico, as crianças brincavam em torno da casa, em terrenos onde escorria esgoto a céu aberto, em solo piritoso, poeirento e com odor de gases sulfurosos.

Sem dúvida, *Sesinho* não sobreviveria nesse tipo de ambiente por muito tempo. Tomar banho diariamente, escovar os dentes, lavar as mãos antes das refeições (e depois de sair da “patente”), usar roupas limpas, manter a limpeza e higiene da casa, consumir uma alimentação sadia, entre tantos outros preceitos preconizados pela ideologia sanitarista, eram práticas distantes do cotidiano da classe operária mineira. Gradativamente, no entanto, essa realidade mudou. Aos poucos as famílias mineiras foram assimilando e incorporando alguns elementos do código de higiene que lhes foi oferecido e, em certos aspectos, que lhes foi insistentemente ensinado e incutido. Nem tudo foi assimilado, mas não há dúvidas de que as

¹⁴⁷ Ibid., p. 106.

atividades desenvolvidas pelo SESI também contribuíram para esse processo de higienização de caráter civilizatório.

CAPÍTULO 4

O FUTURO DA NAÇÃO E AS POLÍTICAS DE PROTEÇÃO E CUIDADOS DA CRIANÇA

Mortalidade infantil: o magno problema da nação brasileira

Pode-se avaliar o nível de civilização de um povo pelo seu coeficiente de mortalidade infantil. Quem quiser saber se uma nação é desenvolvida ou não, se é rica ou pobre, se possui ou não cultura generalizada basta consultar os dados relativos à sua mortalidade infantil. Poderá concluir, então, com bastante segurança que, se o coeficiente de mortalidade infantil apresentado for elevado, esse país é, de um modo geral, atrasado, pobre, deficientemente desenvolvido, de baixo nível de civilização.¹

No Brasil, o problema da mortalidade infantil fomentou um permanente processo de estudos, publicações e discursos desde o final do século XIX até algumas décadas além da primeira metade do século XX. Tal como em outros países, a morte precoce de crianças foi um problema que despertou sensibilidades e interesses de médicos, religiosos, políticos, autoridades governamentais, agentes comunitários, etc. Do ponto de vista político, surgiram discursos caracterizando-a como um “magno problema” de âmbito nacional. Para todos aqueles que estavam envolvidos e seduzidos pelo ideal de uma nação em gestação, ela era um grande obstáculo no caminho da marcha civilizatória.

¹ Discurso do deputado Serra de Castro, In: Brasil, Anais da Câmara dos Deputados, ago.-set./1956. p. 271.

No Congresso Nacional, o problema da mortalidade infantil esteve na ordem do dia por mais de meio século. Em setembro de 1935, o médico-deputado Xavier de Oliveira proferiu um longo discurso no plenário da Câmara dos Deputados sobre “o grave problema brasileiro da infância abandonada de todo o país”. Na avaliação do deputado, até 1932 a criança era “um ente desprezível para o Estado, representado por todos os seus governos, do Império à República”. O problema da criança desamparada “constituiu sempre, e constitui ainda, pelo menos, um ente desprezado, não só pelo governo, senão também, infelizmente o digo, pela sociedade brasileira”, diz o deputado.²

Para comprovar a veracidade de sua argumentação, Xavier de Oliveira traz para o plenário da Câmara a experiência de alguns países, sobretudo aqueles que pareciam “marchar à frente da civilização”. Explica aos seus colegas que a comparação era “desoladora”, mas argumenta que a comparação fazia-se necessária, pois o “grau de civilização de um povo” podia ser mensurado pelo grau de assistência e cuidados dedicados à sua infância. Dentre as “nações organizadas do mundo dito civilizado”, o deputado cita a Bélgica, os Estados Unidos, Suíça, Inglaterra, Alemanha e Itália, e “deste lado do continente americano, o Uruguai, a Argentina e um pouco o Chile”. Dos países mencionados, Xavier de Oliveira toma como modelo os casos do Uruguai, Estados Unidos e Itália, “para mostrar bem o contraste frisante, o contraste flagrante que o Brasil apresenta em face dessas nações, cujo grau de civilização pode bem se medir, repito, pela eficiência, pelo cuidado, pelo carinho com que cuidam do problema de sua infância”.³

Um exemplo para o Brasil era o Uruguai, pequeno país vizinho com “grandes homens”, cujo Estado já havia experimentado a criação de um Ministério del Niño. Em relação aos Estados Unidos, o deputado informa que uma das preocupações centrais do governo norte-americano era a melhoria das condições de vida e saúde da população infantil. Esta era “a solução única para a formação eugénica de seu povo e para o desenvolvimento do grande país saxão”, que na época já era considerado “um modelo de organização para o mundo”.⁴

Xavier de Oliveira chama a atenção de seus colegas, estabelecendo uma relação comparativa entre a realidade norte-americana e a brasileira. Ressalta que em comparação com a estrutura e os recursos financeiros disponibilizados pelo poder público e privado dos Estados Unidos para a assistência à infância, chegava-se à conclusão de que no Brasil “nada

² Brasil, Anais da Câmara dos Deputados, set./1935. p. 654.

³ Ibid., p. 654.

⁴ Ibid., p. 655.

possuímos, que possa sequer merecer a denominação de assistência a infância, eugenia, defesa da criança, defesa da mãe, defesa do povo, visando a formação da nacionalidade”.⁵

Entre os modelos apresentados, no entanto, Xavier de Oliveira mostra-se encantado com o da Itália, de Mussolini. Pelo que observou e estudou, diz que a Itália havia feito “um verdadeiro milagre de organização” voltado para a assistência à maternidade e à infância, “constituindo um sentido novo de governo e de política”. Em termos de políticas sociais, a “grande Revolução moderna” era “incontestavelmente” o projeto fascista de Mussolini:

É notável e serve, realmente, de modelo para Europa e para o mundo - a acção do governo fascista no que diz com a assistencia que soube dar, integralmente, á creança italiana, neste ultimo decennio, que se vae completar em 10 de dezembro proximo, quando ali se commemorará - o que se deveria commemorar, tambem em todo o globo - a acção do fascio em favor da maternidade e infancia [sic!].⁶

Rapidamente, o deputado Magalhães Netto interrompe o discurso de Xavier de Oliveira, sugerindo ao seu nobre colega que seria interessante comparar “o serviço de assistência organizado pelo fascismo italiano, com o serviço de assistência praticado nos *soviets* russos”. Oliveira Xavier valoriza a contribuição de seu colega, salientando que a Rússia, “em muitos aspectos, marcha à frente do mundo neste particular”.⁷

No mesmo instante, o deputado Altamirando Requião solicita um aparte e chama atenção dos seus colegas, lembrando que era importante falar sobre algumas experiências bem-sucedidas no Brasil, como no caso de seu Estado, a Bahia, onde o governo havia construído “um abrigo maternal, um lactário e um pupilarío a inaugurar-se dentro de breves dias, os quais constituem verdadeiro modelo em matéria de pediatria e de assistência à infância, copiados integralmente do que se faz na Bélgica”.⁸

É interessante perceber que o deputado Requião entra no debate, salientando que “antes de citar o avanço estupendo dos estrangeiros”, os deputados deveriam também considerar as ações exemplares de alguns Estados brasileiros. Entretanto, cita o exemplo de política de assistência maternal e infantil da Bahia como um modelo “copiado integralmente” da Bélgica.

Voltando aos modelos idealizados, novamente Xavier de Oliveira retoma a palavra. Explica que tomou como modelo a Itália, os Estados Unidos e o Uruguai para se contrapor

⁵ Ibid., p. 656.

⁶ Ibid., p. 657.

⁷ Ibid., p. 657.

⁸ Ibid., p. 658.

aos deputados, sobretudo um “douto colega, notável sanitarista”, que defendia “a união dos serviços da criança no Brasil aos serviços sanitários gerais do país”. Oliveira conta que buscou inspiração, “sobretudo na Itália rediviva, na *Obra Nacional de Proteção e Assistência à Maternidade e à Infância*”, para combater a tese dos que defendiam esta união:

Foi, pois, Sr. Presidente, observando e tomando como exemplo os serviços de duas grandes nações relativos á maternidade e á infancia - os Estados Unidos e a Italia - que pleiteei, antes, e, novamente, venho solicitar agora, a V. Ex. e á camara: 1.º, a reorganização desses serviços com a amplitude que lhe permite o art.141; 2.º, sua independencia completa das demais instituições sanitarias e assistenciaes do paiz ; 3.º, a sua efficiencia real, não só nas capitaes da Republica e dos Estados, senão em todos os municipios do territorio nacional [sic!]⁹

Sua proposta era criar um órgão forte e independente dos demais serviços sanitários do país, para garantir uma assistência efetiva à maternidade e à infância, como previa o artigo 141 da Constituição. Era preciso, no entanto, segundo o médico-deputado Oliveira, que a Câmara, “em sua alta sabedoria”, regulamentasse o artigo que dizia ser “obrigatório, em todo o território nacional, o amparo á maternidade e á infância, para o que a União, os Estados e os Municípios destinarão 1% das respectivas rendas tributarias”[sic!].¹⁰

Pelo visto, Xavier de Oliveira idealizava uma política de assistência maternal e infantil que chegasse a todos os municípios brasileiros. Seu modelo de organização, inspirado no modelo fascista de Mussolini, tinha como objetivo central a assistência preventiva, ou melhor, a prevenção moral, como sugeria o deputado Magalhães Netto. Para desenvolver a formação moral e física da população, era “preciso formar o caráter da mãe, educando-a e dando-lhe a consciência higiênica e sanitária, a fim de que ela possa transmiti-la ao filho, porque, se visamos a criança, não podemos ir a ela senão por intermédio da mãe”.¹¹

Enquanto os deputados preocupavam-se em destacar o “magno problema” da mortalidade infantil, o governo federal também explicitava o seu diagnóstico e destacava suas ações. Em 25 de dezembro de 1932, o Presidente Getúlio Vargas pronunciou sua Mensagem de Natal, remetendo-a diretamente aos seus interventores nos Estados. Num discurso dirigido aos pais, médicos, políticos, autoridades governamentais e a sociedade em geral, Vargas problematiza a pouca assistência pública destinada à população infantil e faz um alerta sobre o futuro da nação, salientando a necessidade de criar políticas, visando o aperfeiçoamento da raça e o progresso do país, apelo dirigido também aos interventores:

⁹ Ibid., p. 660-661.

¹⁰ Ibid., p. 660.

Escolho este dia, tradicionalmente consagrado á creança, para vos dirigir um appello, no sentido de dispensardes a maior attenção aos problemas concernentes á protecção e á saude da infancia, pois nenhuma obra patriotica, intimamente ligada ao aperfeiçoamento da raça e ao progresso do Paiz, excede a esta, devendo constituir, por isso, preocupação predominante em toda actuação politica verdadeiramente nacional [sic!].¹²

Vargas explicita nitidamente o sentido preventivo da política de assistência à criança. Propõe uma aliança entre os poderes públicos e a iniciativa privada, “guiados por estudo atento e científico dos fatos” com o propósito de assegurar “a conservação da saúde e o desenvolvimento físico e mental, um problema de maior transcendência, chave da nossa opulência futura”. O amparo à criança era uma necessidade crucial para o futuro do país, “principalmente em nossa terra, onde, mais, talvez que nas outras, se acumularam fatores nocivos à formação de uma raça forte e sadia”, salienta Vargas.¹³

Em sua mensagem natalina, o Presidente da República diz que o índice da mortalidade infantil no Brasil, mesmo na capital federal, era comparável aos índices registrados em países da África e da Ásia. Por isso, era chegada a hora de “zelar pela formação da nacionalidade, cuidando das crianças de hoje, para transformá-las em cidadãos fortes e capazes”. Para alcançar essa meta, Vargas determina que os interventores convoquem especialistas da área de saúde, “de forma a estudarem o problema, ampla e minuciosamente, em face das estatísticas da higiene moderna”.¹⁴ No âmbito federal, informa que iria realizar, em breve, o Congresso da Criança, com representantes de todos os Estados. O objetivo principal do Congresso era fornecer:

os methodos e as directrizes a seguir para favorecer e auxiliar todas as instituições seriamente empenhadas em promover o bem estar, a saude, o desenvolvimento e a educação da creança, desde antes do nascimento, pela assistencia a maternidade, até a idade escolar e á adolescencia, proporcionando-lhe, ainda, os subsidios indispensaveis á promulgação de leis e regulamentos tendentes a realizar uma protecção efficaz á infancia com segurança e exito [sic!].¹⁵

¹¹ Ibid., p. 660.

¹² Ibid., p. 661-662. No plenário da Câmara dos Deputados, Xavier de Oliveira, que também era médico, usou o discurso de Vargas cerca de três anos mais tarde, visando fortalecer seus argumentos em favor de uma ampla política de assistência maternal e infantil no Brasil.

¹³ Ibid., p. 662.

¹⁴ Ibid., p. 662.

¹⁵ Ibid., p. 662.

O médico-deputado Xavier de Oliveira participou desse Congresso. Na sua avaliação, uma das principais resoluções do evento referiu-se às ações destinadas aos municípios – o Estado deveria “manter em todos os municípios postos de higiene devidamente aparelhados para os serviços pré-natal e infantil, devendo os municípios concorrer com uma quota determinada da sua arrecadação anual para aplicação exclusiva a esses serviços”. Alguns anos antes da realização do Congresso Brasileiro da Criança, lembra que já havia sido realizado, em 1928, o Primeiro Congresso de Homicultura, em Havana, capital de Cuba. Nesse congresso, foram aprovados os 10 Mandamentos de Havana sobre os direitos universais da Criança, os quais Xavier de Oliveira fez questão de apresentar aos seus colegas presentes no plenário da Câmara, na sessão de 23 de setembro de 1935:

Primeiro - A criança tem direito a um reconhecimento absoluto de seu direito a vida, fundamento essencial de todos os demais. O Estado deve converter em uma de suas funções específicas da proteção da infância.

Segundo - A criança tem direito a nascer em condições físicas e sociais que determinem sua vida normal.

Terceiro - A criança tem direito a seus pais: as legislações positivas devem consagrar amplamente a investigação da paternidade e da maternidade para estabelecer a verdadeira filiação e reclamar de seus pais os direitos que a ella correspondem.

Quarto - A criança tem direito de receber da sociedade os meios suficientes para desenvolver-se livremente, tanto física como espiritualmente.

Quinto - A criança tem direito a ser protegida contra toda sorte de exploração e muito especialmente a que não se dedique a trabalhos que a impeçam de frequentar a escola, seu descanso ou sua expansão em jogos recreativos.

Sexto - A criança tem direito a alegria; tudo que lhe produza dor ou tristeza deve ser impedido e, em troca, facilitados os meios para brincar, cantar, correr e rir, para sua distração e desenvolvimento de suas aptidões corporais e estéticas.

Setimo - A criança tem direito á educação de accordo com os mais avançados postulados da pedagogia.

Oitavo - A criança tem direito ao amor de seus pais e mestres, aos cuidados e atenções de seu lar e de sua escola, afim de poder realizar normalmente seu desenvolvimento integral.

Nono - A criança tem direito a manter e desenvolver sua personalidade, a que lhe respeite a vocação e a ser estimulada e amparada em suas naturais aptidões. Deve-se-lhe proporcionar a maneira de aprender um officio, arte ou profissão com que haja de prover sua subsistencia no futuro.

Decimo - A criança tem direito a conservar sua innocencia. A criança desviada dos bons costumes e que pratique actos delictuosos, será julgada por tribunaes especiaes, e, quando reclusa ou asylada, será em reformatorios adequados onde se assegure seu aperfeiçoamento [sic!].¹⁶

¹⁶ Ibid., p. 663-664.

Na opinião do médico-deputado, se o Brasil desejasse realmente resolver o “magno problema da Nação brasileira”, deveria implementar as ações preconizadas pelos Mandamentos de Havana, aprovados “por um Congresso de sábios pediatras de todas as partes do mundo”. Assim, o Brasil deveria seguir o mesmo caminho da Itália, de Mussolini, “reforçar ao máximo o sentimento do vínculo familiar; dar o maior impulso à natividade; diminuir ao mínimo as causas de mortalidade da mãe e da criança”. A estratégia fundamental era “visar a criança através da mulher, o filho através da mãe, a coletividade através do indivíduo, a sociedade através da família, a nação através da sociedade organizada”. Dessa forma, poderia vislumbrar-se um novo Brasil, um país “maior e melhor, numérica, física e moralmente”.¹⁷

No mundo ocidental, a temática da mortalidade infantil e as políticas de proteção e cuidados com a saúde da criança motivaram diversos estudos, pesquisas, conferências e congressos na Europa e no continente americano, desde o início do século XX até a década de 1950, pelo menos. Ao longo de décadas surgiram centenas de teses, diagnósticos e propostas de projetos para solucionar o drama dos constantes “enterrinhos de anjos”. Para o médico francês Lelong, a mortalidade infantil era causada por múltiplos fatores e ela indicava

os progressos científicos realizados, a maneira pela qual foram eles aplicados, o valor técnico do pessoal sanitário e a organização utilizada, a educação higiênica da população, o estado social e econômico de um país, a qualidade do *habitat*, o nível de vida material e intelectual, não somente da elite, mas das massas, o interesse psicológico atribuído à criança e, portanto, à noção do porvir da nação [sic!]. **Está mesmo ligada à estrutura do Estado, à eficiência do seu aparelho, às suas concepções políticas** [grifo meu].¹⁸

Entre as principais causas da mortalidade infantil, Lelong relaciona as de origem congênita, infecciosa, alimentar e o nascimento prematuro. Para solucionar ou controlar as razões das mortes, prescreve a necessidade imperiosa de um processo sistemático de acompanhamento pré-natal e exames médicos periódicos da criança. Além disso, era preciso melhorar a qualificação técnica dos profissionais da área de saúde, aperfeiçoar o ensino nas faculdades de medicina, escolas de puericultura e escolas de enfermagem, e manter a educação sanitária das mães e da população em geral.

A educação sanitária da população, principalmente das mães, era considerada um importante instrumento para diminuir os índices de mortalidade infantil. Todavia, Lelong

¹⁷ Ibid., p. 664-665.

¹⁸ Marcel Lelong, *A puericultura*, 1960. p. 121.

salienta que os meios coletivos, como “tratados, brochuras, conferências, transmissões radiofônicas, televisão” tinham “apenas uma influência superficial e pouco durável”. A eficiência duradoura da educação sanitária impunha-se na “intimidade de uma mãe com seu filho, no seio da família”, e nesse sentido “o papel educativo do médico, da parteira, da enfermeira é essencial”.¹⁹ Essa era a função primordial do serviço de higiene infantil.

No Brasil, os médicos também aprofundaram seus estudos, participaram ativamente de eventos nacionais e internacionais e produziram centenas de obras com o objetivo de melhorar o estado de saúde da população infantil. Na década de 1950, Valdemar de Oliveira pregava a necessidade e importância de se fazer a “catequese sanitária das populações”. Propunha a realização de grandes campanhas educativas de higiene infantil direcionadas às classes pobres, porque elas proliferavam de forma intensa e suas crianças estavam “entregues, via de regra, à imprevidência, à negligência, à ignorância e à penúria de recursos dos pais”. Oliveira defendia a união de esforços entre os poderes públicos e os “particulares imbuídos de sentimentos altruísticos” com o objetivo de promover “uma cruzada larga, intensiva e instrutiva no sentido de educar as mães nas noções básicas da higiene pré-natal e infantil”, como preconizava Martagão Gesteira.²⁰ Na sua opinião, o poder público deveria implantar programas, visando a “educação técnica das mães” por meio da puericultura.

Em geral, a medicina higienista problematizava a “ignorância” da população, sobretudo das mães, como uma das principais causas da mortalidade infantil. Para o médico João de Barros Barreto, por exemplo, os três principais perigos de ordem médica que resultavam na mortalidade infantil provinham de problemas congênitos, infecções e *perigo alimentar*. Havia mortes que ocorriam na vida intra-uterina, no parto ou no *post-partum*; mortes causadas por infecções agudas ou crônicas, principalmente provocadas por doenças respiratórias; e as mortes causadas por problemas digestivos decorrentes de “erros de alimentação”.²¹ Para não haver dúvidas, Barreto destaca os resultados de um inquérito sobre mortalidade infantil no Brasil, patrocinado pela Organização de Higiene da Sociedade das Nações. Segundo os dados apresentados, cerca de 32% das mortes eram provenientes de “perturbações digestivas e de nutrição”; 28% oriundas de “doenças transmissíveis específicas”; 21% provocadas por “outras doenças microbianas”; e cerca de 9% decorrentes de problemas ocorridos no período “pré-natal, natal e neonatal”. Na contabilidade geral, cerca

¹⁹ Ibid., p. 136.

²⁰ Valdemar de Oliveira, *Higiene e puericultura*, 1955, p. 288.

²¹ João de Barros Barreto, *Tratado de higiene*, 1942, p. 509. João de Barros Barreto era professor de Higiene na Faculdade de Ciências Médicas e Diretor Geral do Departamento Nacional de Saúde.

de 50% das causas de morte eram de origem infecciosa, principalmente de doenças respiratórias, e 32% eram decorrentes do chamado *perigo alimentar*.²²

Quanto ao *perigo alimentar*, o diagnóstico médico responsabiliza os “erros e desregramento de alimentação” como uma das principais causas dos problemas de saúde. Entre os erros destacados, constava o problema do excesso de alimentação, o abandono precoce do aleitamento materno, a má qualidade do leite de vaca, a introdução precoce de alimentos sólidos nas refeições da criança, etc. Segundo o diagnóstico do médico Valdemar de Oliveira, “a grande culpa da má alimentação cabe à mãe da criança ou a quem lhe faça às vezes”.²³

Os fatores de ordem econômica e social também eram apontados como causa de mortalidade infantil. Desde o século XIX já se sabia que o padrão de vida das famílias era um dos fatores essenciais que influenciava o quadro de morbidade e mortalidade de uma população. A difusão dos inquéritos feitos na Europa, Estados Unidos e mesmo no Brasil não deixava dúvidas sobre o caráter da mortalidade infantil, ou seja, que a morte precoce de crianças pobres estava relacionada às desigualdades sociais, de concentração de renda, de terras, etc.

Entretanto, na maioria das obras que abordam os problemas de saúde da população, o diagnóstico médico baseou-se muito mais nas consequências da miséria do que na ordem sócio-econômica que gera as desigualdades sociais. João de Barros Barreto, por exemplo, destaca os problemas gerados pelo trabalho da mulher fora de casa e a “ignorância” como os principais causadores da mortalidade infantil. Do seu ponto de vista, o trabalho da mulher fora do espaço doméstico, além de contrariar a suposta ordem natural da vida, contribuía para elevar os índices de mortalidade infantil porque as crianças ficavam sob os cuidados de responsáveis ainda mais “ignorantes” e “negligentes”. A ausência das mães no lar resultava “na falta dos bons cuidados, indispensáveis às crianças”, e a “ignorância” gerava erros na prática alimentar, valorizava o trabalho das “curiosas” e perpetuava a “fé no charlatanismo”.²⁴

Na luta contra a mortalidade infantil, higienistas e sanitaristas propunham melhorar os salários, criar políticas de habitação popular e de alimentação, mas era fundamental difundir a educação sanitária para combater a “ignorância” da população e corrigir os seus “maus hábitos”. Nesse aspecto, praticamente todos os higienistas prescreviam a mesma receita, ou seja, prognosticavam que o melhor remédio contra a mortalidade infantil era a prevenção, que

²² Ibid., p. 510.

²³ Ibid., p. 512.

²⁴ Ibid., p. 520-521.

requeria ações sanitárias no ambiente profissional e doméstico, e um processo permanente de educação, visando inculcar novos hábitos de higiene na população. Por se tratar de um problema de âmbito geral e nacional, a difusão de medidas preventivas dessa amplitude só poderia ser viabilizada por meio do Estado, que por sua vez deveria assegurar a construção e manutenção de postos de saúde e dispensários por todo o território nacional. Ao promover a institucionalização e difusão dos postos de saúde, junto com serviços de higiene pré-natal, higiene infantil, higiene escolar, higiene alimentar, etc., acreditava-se que o Estado estaria viabilizando a formação de uma futura nação constituída por uma população vigorosamente saudável.

De um modo geral, os médicos diziam que o índice de mortalidade infantil era um importante indicador do grau de civilização do país. Do ponto de vista dos higienistas, quanto mais civilizado era o país, menor era o seu índice de mortalidade infantil. Para reduzir o número de óbitos de criança, preconizavam-se medidas preventivas e educativas de amplitude nacional. As condições sócio-econômicas da população eram consideradas um fator causal de morte, mas a “ignorância” era tida como um das principais causas. Mesmo diante dos exaltados avanços científicos, os médicos persistiam em apontar a “ignorância” da população como um agente propulsor de moléstias e morte. Lamentava-se que enquanto a ciência avançava no ritmo da modernidade, o mesmo não acontecia em relação à mudança de mentalidade.

Essa percepção da realidade não era uma visão peculiar da medicina brasileira, mas sim o diagnóstico predominante do mundo ocidental. Na década de 1950, o médico e professor francês Marcel Lelong lamentava que em relação aos cuidados preventivos da criança sadia “a evolução dos espíritos não acompanhou os progressos das ciências e a mudança de mentalidade ainda não se verificou”. Nem os médicos, nem os poderes públicos e muito menos a população tinha a “plena consciência” de que o futuro da sociedade estava diretamente relacionado com as políticas de cuidado da criança. Lelong critica as políticas de saúde pública francesa porque a maior parte dos recursos públicos era destinada “aos doentes e enfermos irrecuperáveis do que à proteção das crianças sãs, cujo capital de saúde é, contudo, o próprio capital da nação, que seria bem mais barato preservar”. Na França, continua, “a Assistência Social não se interessa oficialmente senão pelos cuidados médicos e ignora a prevenção”.²⁵

²⁵ Marcel Lelong, op. cit., p. 17-18.

Em Santa Catarina, a crença na medicina preventiva pode ser facilmente identificada nos discursos de higienistas e autoridades governamentais desde as primeiras décadas do século XX. Na década de 1920, o governo catarinense já contabilizava os resultados positivos alcançados com as incipientes políticas sanitárias. Acreditava-se que a diminuição dos índices de mortalidade era resultado da aplicação dos meios da higiene moderna. Em 1925, o Coronel Antonio da Silva e Oliveira, vice-governador e governador em exercício, afirma que o declínio gradativo da mortalidade geral devia-se ao emprego dos grandes meios preconizados pela “higiene moderna”. Ele informa aos congressistas catarinenses que o coeficiente de mortalidade havia baixado de 33 por mil habitantes em 1905, para 22,38 de 1915 a 1922, e que em 1925 já havia declinado para 17,5, “coeficiente que já se pôde considerar lisonjeiro e abonador do nosso zelo pelos preceitos de higiene”, completa.²⁶

Enquanto destacava-se a diminuição gradativa da mortalidade geral, percebia-se que a mortalidade infantil continuava mantendo o seu índice elevado. Nessa época, as autoridades oficiais consideravam que o alto coeficiente da mortalidade infantil era causado, principalmente, por moléstias que emergiam sob a forma de epidemia, como a epidemia da gripe espanhola, em 1918; da varíola, em 1920; e também pela sífilis (lues), que se encontrava “em todas as camadas sociais, concorrendo com o pauperismo para o aumento dos natimortos”.²⁷ Além disso, o governo do Coronel Antonio da Silva e Oliveira lamenta que seus antecessores não tenham implantado uma política pública de amparo à mulher grávida, principalmente para as que pertenciam “às classes desprotegidas da fortuna”. Assim, o jeito era apoiar ou aplaudir as iniciativas civis de caráter comunitário e filantrópico que organizavam serviços de proteção e cuidados da criança.

Nessa época, a ideologia sanitária já tinha formulado e disseminado um conceito de infância e preconizado políticas de higiene destinadas à proteção e aos cuidados da população infantil. As autoridades oficiais de Santa Catarina estavam familiarizadas com esses preceitos, mas havia o problema dos limites orçamentários do Estado, as divergências de deputados, a “ignorância” da população, a falta de recursos profissionais e outros. Ainda em 1945, o Diretor do Departamento de Saúde Pública do Estado de Santa Catarina conclui, em relação ao serviço de higiene infantil, que havia sido feito pouco “nos domínios da profilaxia e muito no terreno inevitável da assistência médica”, contrariando os princípios da medicina sanitária. Isto era inevitável porque as mães levavam suas crianças em busca de recursos terapêuticos,

²⁶ Santa Catarina, Mensagem apresentada ao Congresso Representativo, em 22 de julho de 1925, pelo Coronel Antonio da Silva e Oliveira, vice-governador, no exercício do cargo de Governador do Estado de Santa Catarina, 1925. p. 18.

“apenas”, salienta o diretor. Segundo o mesmo, “o mal tinha raízes, atingindo a totalidade dos dispensários quando examinamos a questão”. Para inverter esta “ação dúplice”, o departamento empenhou-se “em que, tanto no Serviço de Higiene Infantil como nos demais serviços, fosse a assistência médica reduzida gradativamente, intensificando-se, paralelamente, as lides puras de profilaxia”. O diretor acreditava que uma “campanha de retorno à encruzilhada da técnica”, posta em prática nas unidades de saúde por sanitaristas e puericultores, iria propiciar uma melhoria significativa nas condições de saúde da população infantil, contribuindo, desta forma, para diminuir a mortalidade.²⁸

Independentemente das dificuldades apontadas pelas autoridades governamentais, o fato concreto é que, ao longo de décadas, foi se criando e expandindo uma estrutura sanitária e serviços preventivos de saúde destinados a proteger e assegurar a saúde da população infantil. Com o objetivo de enquadrar os índices de mortalidade infantil no patamar da civilização e garantir a formação sadia do futuro trabalhador/a na sociedade industrial civilizada, a medicina higienista e suas diversas especialidades definiram as diretrizes dos serviços de higiene desenvolvidos nos postos de saúde que se disseminaram por todo o território nacional, inclusive na região carbonífera de Santa Catarina. Por meio desses serviços o Estado penetrou no cotidiano de vida e trabalho da população, procurando construir uma cultura de higiene com hábitos e costumes para assegurar a boa saúde.

A mortalidade infantil e o “ciclo da ignorância” na região carbonífera

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 duzentas crianças, Srs. Deputados, já morreram 170 crianças.²⁹

Até a década de 1960, um dos problemas sociais que alarmava a população da região carbonífera, sobretudo sob a perspectiva dos médicos, era a “assustadora” mortalidade infantil, fato que despertava também a atenção de outros segmentos da sociedade brasileira que passavam pelas cidades do carvão. Na memória das famílias mineiras há um vasto

²⁷ Ibid., p. 18.

²⁸ Santa Catarina, Departamento de Saúde Pública. Um ano de atividade sanitária, 1947. p. 75.

²⁹ Brasil, Anais da Câmara dos Deputados, Da Comissão de Inquérito: Aprova conclusões da Comissão Parlamentar de Inquérito sobre as minas de carvão no Estado de Santa Catarina, 1959. p. 73.

arquivo de lembranças marcadas pelos constantes “enterrinhos” que aconteciam com frequência nas vilas operárias.

Em 1957, o médico Manif Zacharias, que trabalhou em Criciúma de 1944 a 1966, recorda que esta cidade chamava a atenção dos “elementos estranhos à terra” por duas características marcantes: “Uma, o carvão, expressão da riqueza de seu subsolo; outra, a elevada mortalidade infantil, traduzindo a miséria de seu povo”. Responsabilizando a negligência das administrações públicas, Manif insistia em afirmar que a mortalidade infantil era, “antes de tudo, problema médico-social, de caráter profilático, preventivo”. Assim, prescrevia a adoção de ações profiláticas e políticas públicas de caráter educativo, voltadas principalmente para a educação sanitária das famílias operárias e das mães em especial:

(...) Não se luta contra ela [mortalidade infantil] procurando curar a criança doente, mas evitando que a criança venha doente ao mundo ou aqui adoeça. E é neste particular que entram em jogo, desempenhando papel preponderante na questão, os exames pré-nupciais, a clínica pré-natal, os cuidados imediatos ao recém-nascido, as noções básicas de puericultura a serem ministradas às mães, a higiene da habitação e da alimentação, a própria educação moral, etc., para só depois, então, como elemento subsidiário, entrar a assistência médica hospitalar, adequada e eficiente, para o tratamento de enfermidades eventuais.³⁰

Nos 22 anos que trabalhou em Criciúma (1944-1966), Dr. Manif Zacharias preocupou-se com o “angustiante” problema da mortalidade infantil. Na sua época, discursos afirmavam que a cidade tinha um dos índices mais elevados do país. A falta de um órgão que dispusesse de estatísticas sobre o número de nascimentos e de óbitos infantis em Criciúma, em 1957, motivou Dr. Manif a desvendar a veracidade desses discursos. Pesquisou os cartórios distritais e os resultados o surpreenderam, pois pensava que a situação fosse pior, em comparação com os números nacionais – ele não constatou no período pesquisado (1946-1956), a média anual de dez a doze enterros diários de crianças, como propagava a imprensa. Os números não passavam de exageros, afirma Dr. Manif, e provinham da “generalização de ocorrências acidentais e esporádicas, verificadas, quiçá, por ocasião de surtos epidêmicos de diarreia estival ou cousa parecida”. Sua pesquisa revelou uma média de 87 mortes em cada mil nascimentos, na área de abrangência do município, e uma média de 105 para o perímetro da cidade:

³⁰ Manif Zacharias. A mortalidade infantil em Criciúma. Criciúma, Tribuna Criciumense, 20/05/1957 e 03/06/1957.

Tabela 19 - Índice de Mortalidade Infantil em Criciúma (1946-1956)³¹

Ano	M. I. – Município (o/oo)	M. I. – Cidade (o/oo)
1946	106,7	133,0
1947	101,2	131,6
1948	101,8	124,7
1949	88,5	108,0
1950	65,7	80,3
1951	82,7	98,0
1952	77,7	94,3
1953	89,9	101,7
1954	80,9	97,0
1955	81,7	92,8
1956	88,8	97,9

Fonte: Tribuna Criciumense. Criciúma, 20 e 27/05/1957.

De acordo com o quadro apresentado por Dr. Manif, a média da mortalidade infantil de Criciúma no período pesquisado não alcançou o patamar mais elevado. Os maiores índices, ocorridos entre os anos de 1946 a 1949, devem-se ao surgimento de alguns surtos de tifo, disenteria e diarreia. A taxa de mortalidade infantil em Criciúma era alta, mas não tanto quanto se pensava. Em comparação com outros Estados do país, os índices de Criciúma também não eram tão “alarmantes” como se propagava, salienta Dr. Manif. Em Florianópolis, de 1945 a 1954, a mortalidade infantil variou de 211,6 a 99,9 em cada mil nascimentos, sendo que em nove anos o coeficiente foi **muito elevado**; no Distrito Federal, o índice foi 106, em 1950; Porto Alegre alcançou 107, Belém do Pará 110 e Salvador 162, no mesmo ano. Nessa época, Santa Catarina apresentava uma média inferior aos demais Estados brasileiros, mas nem por isso menos preocupante.³²

No Brasil, era comum o médico e os demais profissionais da área de saúde chamarem a atenção das autoridades públicas e da classe política para o contraste entre os índices de mortalidade infantil no Brasil e os de outros países. A comparação era uma das formas de denunciar as péssimas condições de vida da população brasileira e convencer as autoridades governamentais a investirem em políticas de saúde pública. Dr. Manif também usou essa estratégia, divulgando na imprensa local os índices de outros países para destacar o atraso do Brasil em relação às políticas de proteção e cuidado da infância.

³¹ Nesse período o município Criciúma congregava três distritos que mais tarde se tornaram municípios: o distrito de Nova Veneza, Forquilha e Içara.

³² No seu artigo publicado no jornal local, Dr. Manif explica ao leitor o significado de mortalidade infantil. Informa que se tratava do número de mortes de crianças registrado no primeiro ano de vida, e o coeficiente era obtido pela relação do número de nascimentos e o número de óbitos registrado no período de um ano, para cada 1000 crianças nascidas vivas. Informa também que a mortalidade infantil podia ser considerada **baixa ou fraca**, quando o coeficiente era inferior a 40; **média ou moderada**, quando o índice ficava entre 40 e 70; **alto ou forte**, quando variava de 70 a 100; e **muito elevada**, ou muito forte, quando era superior a 100.

O índice de mortalidade infantil na capital do carvão era alto, mas não estava acima da média nacional, como afirmavam os discursos mais dramáticos. Segundo o diagnóstico do médico Manif Zacharias, a morte precoce de crianças ocorria por causa de dois fatores principais: ignorância e miséria. Todavia, esses fatores decorriam das desigualdades sociais de classe pois, em geral, o elevado índice de óbitos da população infantil era “fortemente influenciado pelas condições higiênicas de habitação e de alimentação, e pelos fatores econômicos e sociais que, quando desfavoráveis, carregam a pobreza e o atraso cultural”. Utilizando-se dos estudos de renomados pediatras da época, Manif convenceu-se de que as causas médicas da mortalidade infantil, como distúrbios nutritivos, infecções, etc., eram “meras colaboradoras do óbito, representando simples pretextos para que a criança morra, condenada pelas causas predisponentes ou favorecedoras”, que eram a ignorância, a miséria, a falta de higiene, a fome, etc. Para reforçar seus argumentos, evocou a autoridade de Martagão Gesteira, autor de um tratado de puericultura, entre outras obras, e que também defendia a tese de que a mortalidade infantil estava relacionada com as condições econômicas e sociais da população. Além disso, informa que no VI Congresso Sul-Americano de Pediatria, a delegação argentina explicitou a tese de que a mortalidade infantil resultava das deficiências nos cuidados das crianças nos ambientes familiar e social.³³

Apesar de estabelecer uma relação causal entre mortalidade infantil e desigualdades sociais, ao focalizar a “ignorância” e a “miséria” como problemas centrais, Dr. Manif justifica a intervenção do Estado no modo de vida da população pobre e dos trabalhadores em geral. A análise dos resultados obtidos no estudo das causas de morte reforça a ignorância como fator de morbidade e/ou mortalidade. Entre as causas de ordem médica, ele apontou aquelas de maior incidência. Os distúrbios nutritivos agudos (dispepsias e intoxicações) constituíam cerca de 17% dos óbitos; as doenças broncopulmonares (pneumonias, broncopneumonias, bronquites capilares, etc.) representavam 11%; os natimortos somavam 4%; e outras causas atingiam 9%. Outra causa apontada era a falta de assistência médica. Segundo os dados pesquisados, referentes ao período de 1946 a 1956, 59% das crianças com até um ano de idade haviam morrido “SEM ASSISTÊNCIA MÉDICA” [grifo do autor]. Eram filhos de famílias mineiras e rurais. Na sua opinião, enquanto a miséria e a fome deixavam o organismo vulnerável e propício a todo o tipo de doenças, a “ignorância” levava as famílias aos consultórios das comadres, benzedeiras e curandeiros, ou seja, para o mundo da superstição e dos “charlatões”, destaca o médico:

³³ Ibid. Dr. Manif Zacharias era maçom e simpático dos ideais comunistas.

Por certo crianças depauperadas organicamente, distróficas, preparadas pela fome crônica para o golpe fatal da toxicose ou da broncopneumonia, as péssimas condições de higiene de seu “habitat” a aumentarem sensivelmente a precariedade de sua recém-iniciada existência. A ignorância conduzindo as infelizes e pequenas vítimas às benzeduras e aos “chás” das comadres, às “garrafadas” dos curandeiros e as drogas “milagreiras” dos boticários com pretensões a doutores. E não somente a ignorância, mas a miséria também, que não permite ao pobre se dar ao luxo (!) de pagar uma consulta médica e muito menos comprar os medicamentos, hoje a preços verdadeiramente proibitivos.³⁴

Era também a miséria que fazia com que as mães substituíssem o leite pelo pirão de farinha com água. Dr. Manif afirma que “a ignorância e a miséria” estavam de “mãos dadas, gerando a promiscuidade entre as crianças e adultos doentes ou animais”. Além disso, havia o problema do consumo de água poluída, alimentos de baixo valor nutritivo, falta de roupas adequadas para enfrentar o inverno, entre outras deficiências.

A ignorância e a miséria eram fatores que causavam a morbidade e mortalidade, mas havia outros agentes. O poder público também tinha sua parcela de culpa, uma vez que os serviços de saúde eram insuficientes, deficientes e precários. No caso de Criciúma, até 1950 a família mineira pôde contar apenas com um Posto de Puericultura, instalado na Vila Operária da Companhia Brasileira Carbonífera de Araranguá, e um pequeno berçário anexo na maternidade do Hospital São José. A situação foi amenizada com a instalação dos serviços do Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Empregados da Estrada de Ferro Dona Teresa Cristina (IAPETEC), em 1950, e do Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência (SAMDU), a partir de 1956. De acordo com as informações do dr. Manif, o número de óbitos sem assistência médica – 73% em 1946 – declinou sensivelmente depois da instalação desses serviços. Na sua opinião, a morte precoce de criança era inaceitável, e qualquer país, Estado ou cidade que tivesse elevados índices de mortalidade infantil estava perpetuando um crime em massa contra a própria sociedade. Era preciso investir em ações preventivas, pois “sem educar o povo e sem lhe proporcionar recursos econômicos razoáveis para uma vida decente, sem privações, inoperante será qualquer outra medida com que se pretenda atacar o problema”.³⁵

Na mesma época, e trabalhando na mesma cidade, o médico sanitarista Boa Nova também explicitou o seu diagnóstico sobre a mortalidade infantil na Capital Brasileira do Carvão. O seu relatório conta que uma das questões que despertou sua atenção quando

³⁴ Ibid.

chegou a Criciúma, em 1944, foi o “elevado número de enterros de crianças que eram vistos diariamente pelas ruas da cidade.” Boa Nova ficou assustado com a mortalidade infantil porque havia, em média, cerca de oito a dez enterros de crianças por dia. A maioria das crianças morria por “doenças gastrintestinais (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, *sub-nutrição!*”³⁶

Da mesma forma que o seu colega de profissão, Boa Nova aponta a “ignorância” entre as principais causas do elevado nível de mortalidade infantil de Criciúma. As crianças morriam precocemente devido à “ignorância” dos pais e ao preço inacessível do leite de vaca, leite de cabra ou mesmo leite em pó. 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 às primeiras semanas de vida, substituindo o preciosíssimo leite materno pelo pirão de farinha de mandioca, feito simplesmente com água”. Para agravar a situação, a água usada para fazer o pirão “provinha, quase sempre, de poços e cisternas enlameados, cheios de sapos, a maioria deles situada nas vizinhanças das toscas ‘patentes’ de madeira, com fossas rudimentaríssimas, poluídas, portanto, por uma abundante flora microbiana, altamente nociva ao delicado organismo das criancinhas subnutridas”.³⁷ Por isso, relata o médico,

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.³⁸

O problema da fome e da subnutrição foi uma das preocupações centrais da sociedade brasileira durante quase todo o século XX.³⁹ Desde a década de 1920, pelo menos, a medicina

³⁵ Ibid.

³⁶ Francisco de Paula Boa Nova Jr, Problemas médicos-sociais da indústria carbonífera sul-catarinense, op. cit., p. 22.

³⁷ Ibid., p. 22.

³⁸ Ibid., p. 22-23.

³⁹ E a implantação do Programa Fome Zero do Governo Lula indica que ainda há muito o que fazer para equacionar esse problema de ordem nacional e mundial.

brasileira diagnosticou a questão alimentar como um dos principais problemas de saúde do país. Em 1942, o diretor geral do Departamento Nacional de Saúde do governo Vargas informa que os governos dos “países adiantados” estavam tomando “medidas oportunas” para solucionar esse problema. Os inquéritos realizados e os preceitos estabelecidos pela ciência da nutrição comprovavam que havia “falhas sensíveis e desregramentos alimentares” que contribuíam decisivamente para os elevados índices de mortalidade maternal e infantil.

Na visão de João de Barros Barreto, diretor geral do Departamento Nacional de Saúde, a questão alimentar era um problema de economia nacional, cuja responsabilidade cabia aos poderes públicos. Barreto afirma que era imperioso e necessário, a exemplo do que faziam os “países adiantados”, implementar uma política alimentar de nível nacional em benefício da saúde, da vitalidade e do progresso do povo brasileiro. Para atingir esses objetivos era preciso instituir “por toda a parte providências e medidas de ordem sanitária, econômica e social, de larga amplitude e extenso alcance”, com o propósito de “não só fixar e divulgar as normas da boa nutrição, senão também dispor de alimentos de boa qualidade e em fartura, bem distribuídos e ao alcance mesmo das classes menos remediadas”.⁴⁰

Em relação às “classes menos remediadas”, Barreto destaca o problema de ordem econômica, mas confessa que a causa fundamental da má alimentação era a ignorância da população. Embora o fator econômico fosse um obstáculo importante, a “ignorância”, o “desleixo” e os “maus hábitos” eram elementos essenciais do problema, pois impediam “o aproveitamento útil do dinheiro disponível, desviando-o para outros gastos, inclusive a aquisição de alimentos de poder nutritivo fraco ou deficiente”.⁴¹

Em geral, os médicos destacavam que os malefícios da saúde provinham da “alimentação incorreta” e “maus hábitos” das camadas populares – as camadas mais abastadas também careciam de educação alimentar. Na visão do médico e diretor do Departamento Nacional de Saúde, o problema da boa ou má alimentação, no entanto, era responsabilidade dos poderes públicos. Do seu ponto de vista, “ignorância, desleixo e maus hábitos” existiam em larga escala devido à “incúria” dos poderes públicos,

que não favorecem os meios para um desvio na boa direção, fora da trilha errada; que não trazem à grande massa o ensinamento necessário para utilizar, da maneira mais acertada, o dinheiro disponível na aquisição de produtos alimentares mais indispensáveis e mais úteis ao desenvolvimento e à manutenção da saúde. Incúria também, porque tão pouco não fomentam, como deviam, os poderes públicos a produção racional dos bons alimentos, esquecendo-se de impulsionar a agricultura e a

⁴⁰ João de Barros Barreto, op. cit., p. 400.

⁴¹ Ibid., p. 400.

pecuária por métodos modernos, de incentivar em larga escala a horti e a pomicultura, a criação de animais domésticos utilizáveis para alimentação, o preparo industrial conveniente de produtos de emprego amplo ou marcada utilidade, como sejam o pão e os leites em pó e evaporado. Incúria ainda, porque tão pouco não regulam a distribuição e o comércio dos gêneros alimentícios mais necessários, favorecendo a sua aquisição por baixo preço, suprimindo *trusts* e intermediários, criando cooperativas de consumo e restaurantes populares, chegando até a distribuição gratuita, às classes menos favorecidas, de alimentos imprescindíveis como o leite. Incúria, finalmente, porque se descuidam de mandar fazer investigação sobre o valor nutritivo e o possível aproveitamento de produtos de fácil obtenção regional, procurando assim sucedâneos satisfatórios para outros, tidos como indispensáveis e de que se não dispõe localmente [sic!].⁴²

Se a responsabilidade da política alimentar era dos poderes públicos, qual o papel da higiene para solucionar esse problema? A questão da boa ou da má alimentação era um problema de ordem econômica, fisiológica e, principalmente, de educação, cabendo “à higiene um grande papel, construtor e realizador”. Cabia aos governos executarem as obras e empreendimentos de acordo com as diretrizes e normas fixadas pela higiene. Baseada na fisiologia da nutrição e nas experiências de laboratórios, a higiene estabelecia as regras básicas e fundamentais para resolver o problema alimentar. Em prol da saúde e do bem-estar de toda a população, cabia à higiene controlar os produtos alimentícios, desde as “normas para a produção, transporte, beneficemente, distribuição, conservação e utilização”, até o tipo de alimento adequado, a forma de prepará-lo ou consumi-lo.⁴³

Além do perigo alimentar, havia outro conjunto de fatores que incidia sobre a mortalidade infantil. Na região carbonífera de Santa Catarina, os deputados da CPI do carvão problematizaram as condições de moradia e higiene da família mineira. Ao descrever o aspecto geral das habitações operárias e o alto índice de morte de crianças, o relator da CPI apropria-se de um discurso “indignado” do governador Jorge Lacerda, também médico, que percorrera a região carbonífera de Lauro Müller em anos anteriores, afirmando que a mortalidade infantil, além de grave, não era uma situação nova. Lacerda relata aos deputados, “com profunda tristeza”, que em Guatá, de 200 crianças nascidas em 1948, 170 haviam falecido antes do primeiro ano de vida. O governador referia-se ao distrito carbonífero de Guatá, de Lauro Müller, município localizado a 60 quilômetros de Criciúma, onde as péssimas condições de moradia e higiene formavam um ambiente propício para agravar o estado de saúde da família mineira:

⁴² Ibid., p. 400-401.

(...) De um modo geral, as casas se situam em pequenas elevações e os despejos são realizados nos fundos das habitações. Quando, por qualquer circunstância, o que é comum, as fossas perdidas transbordam, as matérias fecais descem por gravidade para a frente das residências, onde os filhos dos mineiros, descalços e desnudos, costumam brincar. Este é um quadro real de fácil observação. **Adiantará por acaso a existência de um pequeno grupo de assistentes sociais** [grifo meu] como tivemos ocasião de verificar na Mineração Geral do Brasil, se os operários e suas famílias, bebem, muitas vezes, água de poços cavados nas vizinhanças das fossas e as crianças descalças e desnudas brincam nas matérias fecais?⁴⁴

De um modo geral, o índice de mortalidade infantil da região carbonífera catarinense estava entre os mais altos do país. Na década de 1950, Criciúma já era conhecida nacionalmente como a capital do carvão, mas também pelas péssimas condições de saúde da população operária, quando o sepultamento diário de crianças era comum. Embora Criciúma não fosse um caso isolado, uma vez que o Brasil aparecia, nas estatísticas internacionais, entre os países com maiores índices de mortalidade infantil, a morte freqüente de crianças despertava a indignação daqueles que percebiam a incompatibilidade entre o “progresso” e as condições de saúde da população.

Essa era a percepção do médico sanitarista Francisco de Paula Boa Nova Jr., funcionário do Departamento Nacional de Produção Mineral. Ao finalizar seu trabalho na região carbonífera, Boa Nova entregou às autoridades governamentais um precioso relatório com diagnósticos e propostas para melhorar as condições de vida e trabalho da classe operária mineira. Sugeriu um plano geral de assistência baseado nos seguintes pontos: reajustamento dos salários dos mineiros; criação de uma política de alimentação voltada ao operário e à sua família; ampliação e melhoramento da assistência médico-hospitalar; construção de habitações higiênicas; criação de escolas para os filhos dos operários e curso de alfabetização para adultos; ampliação dos postos de abastecimento (SESI) ou criação de cooperativas de consumo; instalação de novos postos de puericultura e de postos agropecuários nas vilas operárias mais populosas; incorporação da antiga Caixa dos empregados da Estrada de Ferro Dona Teresa Cristina ao IAPETC; inspeções rigorosas dos novos candidatos aos trabalhos no subsolo das minas e exames médicos periódicos completos dos operários; e controle rigoroso dos preços dos gêneros alimentícios, produtos farmacêuticos e utilidades em geral.⁴⁵ Do seu ponto de vista, a execução do seu programa era

⁴³ Ibid., p. 401.

⁴⁴ Brasil. Anais da Câmara dos Deputados, Projeto de Resolução n.º 186 (CPI do Carvão), op. cit., p. 73-74.

⁴⁵ Francisco de Paula Boa Nova Jr., op. cit., p. 4.

relativamente fácil e se constituía numa obra patriótica porque visava o bem-estar da classe operária, o progresso e o desenvolvimento do país:

Desde que bem planejado, e isto o será certamente, não nos parece difícil a execução perfeita e integral do programa assistencial e, assim o fazendo, estaremos contribuindo decididamente para a realização de uma obra meritória, humana e patriótica, que culminará com a desejada **formação de uma verdadeira elite de operários**, sem problemas e sem reivindicações, bem educada, bem evoluída, bem formada e **perfeitamente sadia de corpo e de espírito** [grifos meus].⁴⁶

Este programa de assistência social visava a formação de uma “verdadeira elite operária”, fisicamente saudável, “perfeitamente sadia de corpo e de espírito”. Boa Nova criticava as condições de trabalho e vida das famílias mineiras, mas o fazia em prol de uma sociedade industrial civilizada, a exemplo dos Estados Unidos. Idealizava uma sociedade mais justa, humana e produtiva. Sintonizado com o pensamento sanitarista de sua época, defendia a modernização da indústria dentro de uma lógica cientificamente racional, que resultaria numa melhor eficiência produtiva e numa mão-de-obra mais saudável, disciplinada e feliz.

Cerca de quinze anos mais tarde, outro médico, preocupado com as condições de saúde das famílias mineiras, também formulou um plano de assistência médico-social para a região carbonífera de Santa Catarina. David Boianovisky era pediatra e trabalhava na Sociedade de Assistência aos Trabalhadores do Carvão (SATC), além de outras instituições. Apesar de já existir uma estrutura mínima de controle da saúde pública, lamenta a ausência do Estado nas questões de assistência médica e destaca a atuação dos “homens de empresa”, dotados de “elevado sentido cívico”, na organização de atividades que o Estado tinha a obrigação “natural” de cumprir, mas não cumpria.⁴⁷

Na época, a SATC, instituição criada em 1959 pelos donos das minas de carvão da região carbonífera, tinha dois objetivos explícitos: criar uma escola técnica para a formação profissional dos filhos das famílias mineiras e prestar assistência médico-social. Entre 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 pré-escolar e escolar, e o cuidado com crianças segundo as regras básicas de higiene. O filho que fosse cuidado dentro destes preceitos pediátricos seria sadio e se tornaria um “adulto capaz”. Porém, aquele que, ao contrário, não fosse bem cuidado, seria

⁴⁶ Ibid., p. 4.

⁴⁷ Assistência Social na Zona Carbonífera de Santa Catarina, Trabalho apresentado no II Simpósio do Carvão Nacional, 1965.

futuramente um sujeito “depauperado e ignorante”, assim como seus futuros filhos. Era assim que se constituía o Ciclo da Ignorância, acrescentava o pediatra.

O Ciclo da Ignorância, apresentado esquematicamente em forma de um círculo, explica a origem do problema por uma simples lógica matemática: Pai Ignorante → Recém-Nascido e Lactante Ditrófico → Escolar Depauperado → Púbere Incapaz → Pai Ignorante. Para romper esse ciclo, Boianovsky propõe “medidas preventivas”, baseadas num processo metódico de educação da família operária mineira. Nessa perspectiva, a educação dos pais, sobretudo a da mãe, era fundamental. A preocupação central era com a criança, mas para proteger e preservar a sua saúde era necessário educar a mãe. O programa proposto baseava-se na prevenção, mas não somente na prevenção da saúde física:

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 ditrófica 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.⁴⁸

Para ilustrar o Ciclo da Ignorância, principalmente em relação às suas conseqüências, Boianovsky apresenta alguns dados sobre as famílias mineiras da região carbonífera. Por meio de imagens fotográficas de crianças subnutridas, que nos remetem à situação de alguns países africanos, ele relata alguns casos de subnutrição que, “a custo de enormes sacrifícios e vultosas despesas foram curados após várias recidivas e vários retornos ao hospital”⁴⁹. Em relação aos índices de mortalidade infantil, diferentemente dos valores apresentados por Manif Zacharias, baseado no período de 1946 a 1956, os números de Boianovsky, referentes aos anos de 1958 a 1963, indicam que houve um aumento, a não ser que ambos tenham usado fontes diferentes:

⁴⁸ Ibid., p. 3.

Tabela 20 – Índice de Mortalidade em Criciúma (1958-1963)

Ano	Óbito de 0 a 1 ano	Óbito de 1 a 15 anos	Óbito de 15 a 50 anos
1958	186	102	128
1959	154	71	116
1960	133	41	122
1961	151	75	99
1962	184	64	126
1963	169	58	127

Fonte: Assistência Social na Zona Carbonífera de Santa Catarina. Trabalho apresentado no II Simpósio do Carvão Nacional, realizado em Florianópolis, de 29 de novembro a 04 de dezembro de 1965. Criciúma: SATC, 1965.

Boianovsky argumenta que a realidade de Criciúma não era diferente da do país, mas ressalta que era necessário cuidar melhor do “lactente” da região. Durante a apresentação do relatório no II Simpósio do Carvão Nacional, procurou convencer os mineradores e autoridades governamentais presentes de que o desenvolvimento da indústria do carvão também dependia do fim do Ciclo da Ignorância. A “interrupção do Ciclo da Ignorância” deveria ser encarada como uma medida urgente e prioritária, caso o Estado quisesse homens de “mentalidade bem formadas a impulsionar físicos tão imunes quanto possíveis”.

Para demonstrar a viabilidade do seu plano de assistência médico-preventivo, o pediatra da SATC evidencia as condições favoráveis da região carbonífera para acabar com o Ciclo da Ignorância. O índice salarial das minas era superior ao salário mínimo regional; as famílias mineiras estavam concentradas em vilas operárias próximas das minas; e já havia os serviços do IAPETC, relativos aos acidentes de trabalho e hospitalizações. Por isso, cabia apenas “uma assistência eminentemente educadora, de orientação, para que se interrompa o Ciclo da Ignorância”. E qual parte do Ciclo deveria ser rompida, pergunta Boianovsky? Havia apenas um estágio do Ciclo que era vulnerável – o da criança – que poderia ser recuperado por meio de um trabalho educativo-preventivo. Assim, a Reversão do Ciclo da Ignorância poderia ser, de fato, concretizada: Recém Nascido e Lactente Entróficos → Escolar Bem Nutrido → Púbere Capaz → Pai Esclarecido → Recém Nascido e Lactentes Entróficos.

Sem dúvida Boianovsky sonhava com uma sociedade mais justa, uma sociedade industrial civilizada. Na sua percepção, o instrumento fundamental para melhorar as condições de vida das camadas pobres era a educação. Mas esta deveria atingir prioritariamente as crianças, pois “tentar modificar a mentalidade do adulto, remover crenças arraigadas, era o mesmo que tentar salvar uma multidão enterrada até os cabelos em areias

⁴⁹ Ibid., p. 4-5.

movediças: alguns têm cabelos fortes e é possível puxá-los de volta, mas a maioria sucumbe, asfixiada”.⁵⁰ Em síntese, o esquema explicativo de Boianovsky resumia-se da seguinte forma:

Quadro 10 - Esquema Explicativo da Ciclo da Ignorância segundo o médico pediatra David Boianovsky, 1965	
Condições ideais para o crescimento e desenvolvimento de uma criança sadia ⇒	Alimentação correta, vacinação, boa insolação, cuidados higiênicos, boa educação pré-escolar e escolar, recreação.
Condições não ideais ⇒	Formação de um adulto depauperado e ignorante = reprodução do CICLO DA IGNORÂNCIA.
CICLO DA IGNORÂNCIA ⇒	Pais ignorantes ⇒ recém-nascido e lactente distróficos ⇒ escolar depauperado ⇒ púbere incapaz.
Inexistência de medidas preventivas ⇒	Reprodução do CICLO DA IGNORÂNCIA e do binômio IGNORÂNCIA-MISÉRIA.
Meta prioritária dos poderes instituídos ⇒	Interromper o Ciclo da Ignorância.
Reversão do Ciclo da Ignorância ⇒	Recém-nacido e lactente eutróficos ⇒ escolar bem nutrido ⇒ púbere capaz ⇒ pai esclarecido.

Fonte: Assistência Social na Zona Carbonífera de Santa Catarina. Trabalho apresentado no II Simpósio do Carvão Nacional, realizado em Florianópolis, de 29 de novembro a 04 de dezembro de 1965. Criciúma: SATC, 1965.

Enfim, para interromper e reverter o Ciclo da Ignorância era preciso investir em medidas preventivas e corrigir os maus hábitos da família operária, principalmente o alimentar. E isso a SATC já estava fazendo por meio do seu serviço de puericultura. As mães que levavam os filhos até postos de saúde, ou quando recebiam as visitas das irmãs de caridade, aprendiam noções básicas de puericultura, de educação alimentar, orientações sobre a higiene do bebê, da roupa, da casa, etc.

Os recursos alocados para o serviço de puericultura da SATC eram insuficientes para atender toda a demanda social. Mesmo assim, prestava-se “uma assistência bem organizada, de gabarito elevado, oferecida na casa do assistido, cujos resultados, não sendo imediatistas, são, pelo contrário, de longo alcance e de sentido perene”.⁵¹ Tal serviço era visto como uma pequena semente que deveria proliferar em toda a região carbonífera de Santa Catarina. Mas isso exigia mais apoio dos mineradores e também do poder público.

Em 1965, a Sociedade de Assistência aos Trabalhadores do Carvão prestava serviços em quinze bairros operários de Criciúma: Próspera, Linha Batista, Operária Velha, Operária Nova, Mina do Mato, Bainha, São Simão, Napolini, Visconde, Rio Maina, Metropolitana, União, São Marcos, Boa Vista e Cidade Mineira. O atendimento era feito nos domicílios e em postos do IAPETC localizados no Rio Maina, na Mina do Mato, em São Marcos, na União e no bairro Metropolitana; havia também postos organizados por algumas companhias

⁵⁰ Ibid., p. 13.

⁵¹ Ibid., p. 7.

carboníferas, como os de serviço da Cia. Próspera e Cia. Boa Vista. Pelos dados contidos no quadro abaixo, conclui-se que, por meio da SATC, os proprietários das companhias carboníferas também entraram na luta contra a mortalidade infantil, implementando um amplo programa de controle social sobre a família operária mineira:

Quadro 11 – Serviço de Puericultura da SATC, 1965	
Serviços Realizados em 1965	Total
Crianças matriculadas até 20/07/1965	230
Comparecimento médico aos postos	5 vezes cada criança
Número de crianças que necessitaram de tratamento médico	174
Número de crianças que necessitaram de correção alimentar nos primeiros dois meses de vida	80
Número de crianças que necessitaram de hospitalização	14
Crianças nascidas em hospital	163
Mães que fizeram pré-natal	32
Partos normais	215
Partos com assistência médica direta	52
Partos sem qualquer assistência	03
Mães que trabalhavam fora	02
Mães que freqüentaram ou já haviam freqüentado cursos de assistência social da SATC	42
Mães que tinham alguma aptidão especial (por ex.: costura)	180
Pais alfabetizados	381
Casais casados no civil	226
Casais casados no religioso	215
Salário médio	Cr\$ 109.000
Média de habitante por casa visitada	5,8
Média do número de camas por casa	2,9
Número de peças por casa	4,9
Número de casas pintadas	46
Número de casas forradas	109
Número de casas com fossa	28
Número de casas própria	134
Estado de conservação das casas	Bom: 71; Médio: 91; Ruim: 68
Número de berços para recém-nascidos	194
Número de banheiras para recém-nascidos	64
Crianças batizadas	223
Crianças registradas	230
Crianças do sexo masculino	126
Crianças do sexo feminino	104
Número de óbitos ocorridos com crianças assistidas	01

Fonte: Assistência Social na Zona Carbonífera de Santa Catarina. Trabalho apresentado no II Simpósio do Carvão Nacional, realizado em Florianópolis, de 29 de novembro a 04 de dezembro de 1965. Criciúma: SATC, 1965.

É interessante observar que o serviço social da SATC, assim como um serviço de saúde pública, operacionalizou uma espécie de radiografia social das condições de vida das famílias assistidas. Além do número de crianças matriculadas no programa, dos atendimentos médicos e do controle dos partos, identificavam-se a escolaridade dos pais, a situação conjugal, a renda familiar, o número de pessoas que moravam na casa, o tamanho e a

qualidade da casa, o número de peças, o número de camas, etc. Em relação às crianças, procurava-se enumerar as casas que tinham berços e banheiras para recém-nascidos; quantificar as que eram batizadas e as registradas.

O diagnóstico do “triste fenômeno” da mortalidade infantil e da subnutrição era o “alto grau de ignorância das mães que levava a erros alimentares”, gerando uma “alta incidência da famigerada Distrofia Pluricarencial”. Por isso, era necessário “assistir à criança de forma ordenada, educadora, trabalhosa e preventiva para interromper o famigerado Ciclo da Ignorância”. Do ponto de vista de Boianovsky, os resultados alcançados demonstravam que a eficiência dos serviços prestados pela SATC era “incontestável e ilimitada”, visto que o índice de natalidade mantinha-se estável, enquanto o de mortalidade tendia a diminuir. Era preciso, no entanto, fazer muito mais. Era necessário oferecer às gestantes acompanhamento pré-natal e estender o plano de puericultura para todos os municípios da região carbonífera. Para tornar essas iniciativas possíveis, requeria-se mais investimento por parte do poder público e dos próprios mineradores.

O objetivo era sensibilizar as autoridades a investirem numa assistência total, e não numa meia assistência, pois a sociedade não podia ficar à mercê de “subvenções homeopáticas”. Além disso, um serviço geral de puericultura deveria ser considerado um grande investimento que traria resultados benéficos a toda a população, uma vez que investir na educação e na melhoria das condições de vida das famílias operárias da região mineira significava prevenir a formação de indivíduos com caráter subversivo, agressivo ou negativo:

Hoje, após poucos meses de trabalho, já se vê muitos lactentes ‘gorduchos’ nos colos das esposas de mineiros, ostentando um novo odor de sabonete, um novo brilho no olhar exuberante. Tais crianças, continuando a ser orientadas e protegidas como o plano prevê, evidentemente terão um rumo diferente em suas vidas, plasmarão um caráter pré-escolar sem contaminação, sem negativismos e sem recalques, uma mentalidade escolar em sua maioria prenhe de vontade e capacidade de aprendizado, uma inteligência juvenil vivaz e bem educada e uma consciência de adulto voltada para o trabalho produtivo sem agressividades inúteis, e decididamente imune à esperteza desleal e às doutrinas espúrias.⁵²

Ainda sobre as políticas de proteção e cuidados com a criança, cabe ressaltar a prioridade estabelecida pelo Estado brasileiro a partir da década de 1930. Como o problema da mortalidade infantil era uma realidade nacional e um obstáculo no caminho da industrialização e modernização do país, comprometendo, inclusive, o futuro da nação

⁵² Ibid., p. 12.

segundo os discursos oficiais, o governo federal liberou recursos e instituiu uma série de dispositivos de controle na esfera municipal.

Logo nos primeiros anos do governo Vargas, o Ministério da Educação e Saúde Pública organizou inquéritos na área de educação e saúde pública para formar um quadro nacional de informações. Em julho de 1933, por exemplo, o prefeito de Orleans recebeu uma correspondência do Ministério, por intermédio da Diretoria Geral de Informações, Estatística e Divulgação, solicitando informações sobre os gastos da prefeitura na área de “instrução” e assistência médico-sanitária.⁵³ Alguns dias depois, o prefeito de Orleans recebeu outro ofício do Ministério, convidando-o para participar da Conferência Nacional de Proteção à Infância, que seria realizada em 07 de setembro, na capital da República.⁵⁴

Segundo a comunicação oficial, a conferência tinha o objetivo de “estudar os melhores meios de proteger e amparar as crianças em nosso país, onde até agora tão pouco se tem feito em favor delas”. Mesmo que o prefeito não pudesse comparecer ao evento, a comissão organizadora comprometia-se a remeter as conclusões da conferência para dar à prefeitura condições de colocar em prática o programa nacional em “favor da saúde, do desenvolvimento e da educação das crianças, de modo a torná-las dignos elementos da nossa grandeza futura”.⁵⁵

Uma das prioridades do governo Vargas foi, sem dúvida, a criação de uma política nacional de proteção à população infantil. Por meio do Ministério da Educação e Saúde, Vargas instituiu uma estrutura de controle da saúde infantil, ou seja, criou a Diretoria de Proteção à Maternidade e à Infância. Esta diretoria procurou estabelecer uma sintonia regular com os governos estaduais e municipais. Os municípios da região carbonífera de Santa Catarina, por exemplo, recebiam solicitações e informações regulares dos programas desenvolvidos pelo Ministério da Educação e Saúde. Na Campanha Nacional pela Alimentação da Criança, organizada em 1936, o prefeito de Orleans recebeu um ofício do ministério lembrando a existência da Diretoria de Proteção à Maternidade e à Infância, e solicitando a indicação de um funcionário da prefeitura para ser responsável pela organização da Campanha, em Orleans.⁵⁶

Em setembro de 1937, o mesmo prefeito recebe mais uma comunicação oficial do Ministério da Educação e Saúde, por meio da Divisão de Amparo à Maternidade e à Infância.

⁵³ Brasil, Ministério da Educação e Saúde Pública, Inquérito nacional sobre gastos municipais com “instrução” e assistência “médico-sanitária” Ofício dirigido ao Prefeito de Orleans, 12/07/1933.

⁵⁴ Brasil, Ministério da Educação e Saúde Pública, Conferência Nacional de Proteção à Infância. Ofício dirigido ao Prefeito de Orleans, 20/07/1933.

⁵⁵ Ibid.

No ofício, a divisão ministerial apresenta sugestões para implantar um serviço de amparo às mães e crianças do município, salientando que o ministério estava disponibilizando uma verba para o “serviço de higiene e assistência social”. A proposta do Ministério, enviada às prefeituras do país, sugeria a criação de consultórios de higiene pré-natal e infantil, lactário, educação sanitária nas escolas, instalação de consultórios para atender mães e crianças em estabelecimentos industriais, e creches para que “os lactentes fossem guardados durante o trabalho das mães”. Para concretizar e coordenar o plano municipal de cuidados com a população infantil, o Ministério recomenda a criação de uma Associação de Proteção à Infância, “composta de elementos sociais da localidade”, que se incumbiria de “promover a assistência social e vigilância sanitária a gestantes e à criança em seus diferentes aspectos, e principalmente em forma de assistência médica, alimentar e judiciária, providenciando quanto aos trabalhos médicos e higiênicos, pela assistência domiciliar, a distribuição de roupas, alimentos ou medicamentos”.⁵⁷

A associação deveria ser criada pela prefeitura e poderia funcionar no próprio prédio, em um grupo escolar, um hospital ou uma residência particular. Nesse espaço deveria ser instalado um Centro de Puericultura, onde funcionaria um consultório de higiene pré-natal, sob a responsabilidade de um médico obstetra, e um consultório de higiene infantil, sob os cuidados de um pediatra. Para que a Associação cumprisse sua missão de forma eficiente, o Ministério sugeria que ela estabelecesse uma “relação e entendimento com a Divisão para orientação da campanha e com as instituições congêneres para melhor eficiência dos trabalhos”. A Associação faria “propaganda pelo rádio e imprensa”; estabeleceria “os meios necessários para a manutenção do Centro (angariando donativos, organizando quadros sociais, trabalhos voluntários, etc.); despertaria a atenção das senhoras para o estudo da puericultura e higiene infantil, e, finalmente, por intermédio da Associação, a prefeitura subvencionaria o Centro com a quota de 1%, prevista pela constituição”.⁵⁸

De acordo com a proposta do Ministério, enquanto a prefeitura se responsabilizaria pela operacionalidade do programa, caberia à Divisão de Amparo à Maternidade e à Infância “orientar a execução da campanha, remetendo à Associação de Senhoras, às professoras, à educadora sanitária ou aos médicos, todo o material de propaganda, estatutos para a organização de associações, assuntos das preleções, modelos de fichas, regimes alimentares os mais sucintos”. Além disso, a Divisão comprometia-se a enviar correspondência à

⁵⁶ Brasil, Ministério da Educação e Saúde. Ofício dirigido ao Prefeito de Orleans. Rio de Janeiro, 16/01/1936.

⁵⁷ Brasil, Ministério da Educação e Saúde, Ofício dirigido ao Prefeito de Orleans. Rio de Janeiro, 08/09./1937.

⁵⁸ Ibid.

prefeitura, aos diretores dos grupos escolares, médicos interessados na campanha, e se dispunha a receber sugestões a respeito do problema da assistência no município e informações dos resultados do programa.

Durante a maior parte do século XX, a política de saúde pública era incumbência da União e dos Estados. Geralmente o poder público municipal desenvolvia algum tipo de serviço de saúde quando o governo federal ou estadual liberava recursos orçamentários para determinados programas de saúde. Nessas ocasiões, era comum os prefeitos competirem entre si para conseguir as verbas anunciadas nos programas federais ou estaduais. Quando não havia recursos ou a distribuição era desigual, os prefeitos reclamavam e reivindicavam. Em 1952, por exemplo, Luiz Mazon, prefeito de Orleans, remeteu o “relatório dos negócios administrativos do município” à Câmara Municipal para informar os vereadores das realizações de sua administração, destacando os principais problemas da população. Mazon salienta que apesar de Orleans ser o berço do “ouro negro” em Santa Catarina, e estar contribuindo com a riqueza nacional, inclusive pagando uma taxa do carvão à União, não recebia a atenção e os recursos que merecia.

Do ponto de vista do prefeito Luiz Mazon, Orleans estava sendo injustiçada ou esquecida. Enquanto Criciúma havia sido beneficiada com a instalação de água potável e “equipamento completo no setor de assistência social”; enquanto Urussanga também tinha sido contemplada com recursos federais para instalação de água potável; enquanto em Siderópolis a Companhia Siderúrgica Nacional (CSN) tinha impulsionado um “progresso acentuado” e ainda havia uma Agência do Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Empregados em Transportes e Cargas (IAPETC); e em Tubarão a CSN também havia “edificado outra grande cidade industrial” e “com suas usinas possantíssimas” beneficiava o carvão mineral e ainda fornecia energia elétrica a vários municípios da região carbonífera; Orleans, lamenta o prefeito, “talvez condenada pela natureza na sua localização geográfica, ou quiçá pela má sorte de seus habitantes, ficou esquecida, abandonada, marcando passo, a espera de um braço vigoroso e justo, que lhe estenda a mão e lhe soerga para o nível das demais vizinhas do Sul do Estado”.⁵⁹

Quando Mazon prenuncia a esperança de um “braço vigoroso e justo” para restabelecer a igualdade social, estava falando do retorno de Getúlio Vargas, recentemente eleito pelo voto popular, em outubro de 1950. Evoca o passado de Vargas para enaltecer as políticas implantadas no seu governo em defesa do progresso da indústria carbonífera

nacional, na esperança de que o mesmo voltasse a olhar e liberar recursos federais também para Orleans. Nessa época, a Companhia Carbonífera Nacional de Mineração Barro Branco contava com cerca de 1.400 operários, incluindo os trabalhadores/as do setor administrativo, totalizando uma população mineira de cerca de sete a oito mil almas que viviam em torno das minas de carvão de Lauro Müller, Guatá e Itanema, distritos carboníferos pertencentes ao município de Orleans.

Com a volta de Getúlio Vargas ao Estado, os prefeitos dos municípios da região carbonífera, inclusive o de Orleans, trataram de estabelecer uma boa sintonia com o memorável “pai dos trabalhadores”. Visando chamar a atenção do Presidente, procuram informá-lo da situação angustiante da classe operária mineira. Foi isso que fez o prefeito Luiz Mazon em seu relatório remetido ao “Exmo. Sr. Presidente Getúlio Vargas” em outubro de 1952. No relatório, Mazon queixa-se da inexistência de uma estrutura pública de assistência médico-social destinada aos operários; informa ao Presidente que não havia “um hospital para os que se adoecem e se acidentam”; que não havia um posto de puericultura “tão necessário” para os filhos da classe operária mineira, enquanto “magnatas” do carvão enriqueciam à custa do “infeliz ARIGÓ”. Informa, ainda, que embora os núcleos de trabalhadores de Guatá, Barro Branco, Rio Bonito e Farroupilha se destacassem pela sua enorme população operária e pela produção de carvão, “o índice de mortalidade infantil nessas zonas” era “assustador”, urgindo a necessidade de

construção de, pelo menos, um Posto de Puericultura no sentido de amparar a natalidade que se verifica pela quantidade de operários que militam na indústria extrativa do carvão mineral, e uma maternidade, onde a mulher modesta e humilde do operário, companheira abnegada do desafortunado que trabalha e, acima de tudo, MÃE BRASILEIRA que, por ironia do destino, vive de vestes esfarrapadas e pisando com os pés nus, por cima do OURO NEGRO sem que, desta fortuna de valor material inestimável, possa ser desviada uma pequena partícula para a construção de uma Maternidade onde estas infelizes mulheres, estas mães heróicas, possam dar luzes aos seus filhinhos, experimentando o conforto de que as outras mães dispõem.⁶⁰

Na região carbonífera de Santa Catarina, a mortalidade infantil era realmente “assustadora”. Todavia, ela também serviu de argumento para sensibilizar as autoridades governamentais das esferas estadual e federal, visando liberar recursos para o poder público municipal. Mais importante do que as estratégias usadas para conquistar verbas

⁵⁹ Santa Catarina, Prefeitura Municipal de Orleans, Relatório dos negócios administrativos do município de Orleans, nov./1951.

⁶⁰ Ibid.

orçamentárias, a mortalidade infantil justificou e legitimou a intervenção do Estado no cotidiano da população trabalhadora, não somente porque as péssimas condições de vida dos habitantes constituíam um obstáculo ao progresso, à modernização e à industrialização, mas também porque o crescimento de uma sensibilidade social deixava as pessoas indignadas e revoltadas com a morte precoce de crianças.

A redução e o controle da mortalidade infantil na região carbonífera de Santa Catarina, muito além das questões meramente econômicas, acompanhou o movimento da civilização dos países ocidentais. Por meio do Estado e dos poderes públicos municipais e estaduais, formou-se um movimento nacional em defesa da vida e saúde da população infantil. No âmbito regional, desenvolveu-se uma constelação de forças constituída por indivíduos e instituições comunitárias e filantrópicas, por empresas, escolas, igrejas, congregações religiosas, clubes de mães, instituições médicas, etc. Se por um lado o Estado assegurou legitimidade, recursos e estrutura para manter as políticas de proteção e cuidado com a criança, intervindo no espaço privado da família brasileira, a medicina sanitaria e outras especialidades médicas forneceram o discurso científico, o código de higiene, as ações profiláticas e os remédios para combater as enfermidades que atingiam mães e filhos. E os recursos utilizados, seja para prevenir seja para curar, implicou um intenso processo de mudança de hábitos e costumes da população assistida.

A medicina higienista e os manuais de higiene

Um povo é tanto mais civilizado quanto maior a sua consciência sanitária.⁶¹

A Higiene é um ramo da medicina que se preocupa com “toda a atividade física, intelectual e moral do homem”, disse o médico pernambucano Valdemar de Oliveira, em 1955. No campo da **eugenia**, ela persegue o indivíduo antes do casamento e cuida da evolução do feto no ventre materno. Na fase seguinte, a **higiene infantil** encarrega-se da proteção e dos cuidados com as “criancinhas”; um pouco mais tarde, a **higiene escolar**

⁶¹ Valdemar de Oliveira, op. cit.

assume os cuidados necessários com a criança na fase escolar; e, por fim, a **higiene profissional** incube-se de proteger os indivíduos no ambiente de trabalho.⁶²

Além destas especialidades, havia uma série de outras subdivisões, como a higiene corporal, do vestuário, da alimentação, da habitação, do solo, da água, do ar, etc. Em termos mais coletivos, a higiene podia ser dividida em urbana, rural e profilática. “Assim, do berço ao túmulo, a higiene segue o indivíduo por toda a vida e até a morte, providenciando sobre localização dos cemitérios, sepultamento ou incineração dos cadáveres, etc.”⁶³

Do ponto de vista de Valdemar de Oliveira, o homem era um capital de trabalho; doente, era um capital inerte, um “estorvo ou ameaça à coletividade”; morto, era um “capital perdido”. Por isso, cabia “à higiene valorizar o material humano, tornando cada indivíduo uma parcela útil, capaz de concorrer para o aperfeiçoamento da humanidade”.⁶⁴

Enquanto à medicina curativa cabia a incumbência de cuidar do enfermo e lutar contra a morte, a higiene deveria preservar a saúde e a vida do indivíduo, impedindo o surgimento de moléstias. Do ponto de vista do médico Valdemar de Oliveira, a higiene era mais importante do que a medicina curativa porque lutava pela vida de forma permanente. Nesta mesma perspectiva, João de Barros Barreto – médico, professor e diretor geral do Departamento Nacional de Saúde, em 1942 – afirma que a Higiene tinha a finalidade de proteger e melhorar a saúde dos indivíduos e da população, pois ela

cuida de sanear o ambiente em que vive o homem, cuida de favorecer na sua plenitude o ótimo funcionamento do organismo, ajustando-o ao meio, cuida de impedir e combater as doenças que trazem estorvo a esse perfeito funcionamento; e assim se esforça por manter, íntegra, a saúde, elevar o padrão de bem estar, prolongar a duração da vida e aprimorar a raça [sic!].⁶⁵

No intuito de conseguir seus objetivos, a Higiene, segundo Barreto, cumpria três funções: saneamento, cujo objetivo principal era o “cuidado conveniente com o meio ambiente”; o “cuidado do organismo humano”, tanto em nível individual (higiene individual) quanto em nível coletivo (higiene pública); e também a medicina preventiva, “que se propõe a reduzir ou erradicar as doenças, removendo ou modificando os seus fatores etiológicos, agindo sobre elementos e condições, que facilitem a sua ocorrência e expansão, ou ainda

⁶² Ibid. Valdemar de Oliveira era catedrático de Higiene da Faculdade de Ciências Médicas de Pernambuco; docente assistente de Higiene da Faculdade de Medicina da Universidade do Recife; catedrático de Higiene da Escola Normal Pinto Júnior; catedrático de Higiene e Pedometria da extinta Escola de Aperfeiçoamento Pedagógico de Pernambuco; catedrático de Botânica da Faculdade de Filosofia da Universidade do Recife.

⁶³ Ibid., p. 23.

⁶⁴ Ibid., p. 23.

imprimindo alteração à suscetibilidade individual, graças a recursos e práticas que alicerçam e reforçam a resistência orgânica”.⁶⁶

Na mesma época, Clóvis Corrêa da Costa, chefe da Maternidade do Instituto Nacional de Puericultura, explica o papel do Estado e a função de cada especialidade da ciência higiênica, fazendo uma analogia com a produção industrial em série. Resumindo, diz o mesmo, “vemos que o Estado criou instituições que funcionam à moda de máquinas, pelos quais os indivíduos, como os artigos em série, em cada seção sofrem um retoque ou remanuseio”. Primeiramente, o “produto” passa pela eugenia, em que os genitores devem ser selecionados, “sendo afastados os idiotas, esquizofrênicos, débeis mentais, epiléticos etc.”, assim como “os tuberculosos em atividade, os leprosos, os sífilíticos contagiantes, os cardíacos em via de descompensação e os portadores de males graves, suscetíveis de se transmitirem a descendência, ou capazes de ocasionar a morte, dentro de curto lapso de tempo”. Em seguida, passa pela seção de pré-natal e depois pela Maternidade. Após o nascimento, a criança é “tomada pela Higiene Infantil, que lhe dirige a alimentação, a imuniza ou evita as infecções próprias da idade; acompanha o seu desenvolvimento, orienta a sua criação”. Se conseguir atravessar o primeiro ano de vida, a criança chega até os setores de Higiene Pré-escolar e Higiene Escolar, nos quais os especialistas “acompanham o crescimento e incentivam o desenvolvimento, por meio de exercícios e ginástica; evitam escolhos e precipícios, corrigem deficiências, enviam-na a clínicas especializadas, em casos de necessidade; tratam, cuidam, até que o indivíduo possa fazer parte da juventude”. Nesta fase, completa-se a sua educação física e se desenvolvem as “qualidades morais e espirituais, que o Estado requer dos seus filhos” até estar “em condições de ingressar na sociedade, como unidade de valor econômico, útil a si e à comunhão dos seus semelhantes”.⁶⁷

O campo de atuação da Higiene era infinitamente amplo, englobando tanto o espaço privado quanto o público. Segundo a visão dominante do pensamento médico-higienista, à Higiene cabia o papel de estabelecer os preceitos e as condições ideais para se ter uma boa qualidade do ar, da água e do solo. Era a especialidade da ciência médica que tinha autoridade científica para estabelecer a ordem saudável para uma boa organização social, uma moradia higiênica, o ordenamento ideal da cidade como espaço de habitação da coletividade. Por meio da Higiene eram prescritas as medidas corretas para o asseio corporal, a boa nutrição, o vestir-se adequadamente. No campo da higiene mental, estabelecia ações para o

⁶⁵ João de Barros Barreto, op. cit., p. 5.

⁶⁶ Ibid., p. 5.

⁶⁷ Clóvis Corrêa da Costa, Puericultura e maternidade, 1943, p. 12-13.

ajustamento harmonioso do indivíduo ao meio, evitando “os maléficos de causas perturbadoras da saúde psíquica”, salienta Barreto.⁶⁸ Visando o desenvolvimento “normal” do corpo humano, a Higiene era o ramo da medicina especializado em acompanhar o indivíduo desde o momento da gestação até a sua fase adulta, funções assumidas pela higiene pré-natal, infantil, escolar e do trabalho.

Dentre as especialidades médicas preocupadas com a saúde física e mental das futuras gerações, a puericultura também tinha um papel patriótico. Criada no século XIX, desenvolveu-se sob a influência da ideologia da nação, do ideal de raça e da sociedade industrial civilizada. Diferentemente da pediatria, destinada a cuidar da criança, a puericultura surgiu com a finalidade de cuidar e proteger a gestante. Seguindo o mesmo pressuposto da higiene infantil que vislumbra o futuro baseado na idéia de que a criança de hoje seria o homem de amanhã, e que não existiria uma “nação verdadeiramente forte, sem homens fortes”, a proteção da criança impunha-se como um dever imperioso da humanidade pois “ela assegura o progresso e o futuro das nações, devendo iniciar-se pelo amparo às gestantes”, porque com “a fraqueza das mães, começa a dos homens”.⁶⁹ Do ponto de vista econômico, a proteção da infância convertia-se “numa campanha patriótica, porque sendo, o homem, um valor econômico, cada criança poupada acresce o patrimônio da nacionalidade, contribuindo, futuramente, para sua prosperidade e sua grandeza. Eis o grande mérito da Puericultura”.⁷⁰

Se os objetivos primordiais da puericultura eram esses, de que forma e onde se poderia colocá-los em prática? No âmbito da saúde pública, a idéia mais eficiente era difundir e organizar postos de puericultura nos locais onde moravam as populações urbana e rural. O posto ideal era aquele que tivesse um consultório para gestantes e um consultório para lactentes, uma cantina maternal, um lactário e, se possível, uma creche. As mães ou crianças doentes deveriam ser encaminhadas à maternidade ou à policlínica infantil. A principal função do posto, no entanto, era prestar às gestantes, às mães e aos filhos “cuidado profilático, vigilância sanitária, orientação dietética e ensinamentos educativos”.⁷¹

A higiene pré-natal deveria cumprir um “conjunto de medidas e cuidados, visando salvaguardar a vida e a saúde da mulher grávida e da criança antes do nascimento”.⁷² No combate à mortalidade materna, os preceitos e as ações da higiene pré-natal eram considerados fundamentais. Geralmente, as causas médicas da mortalidade, segundo os

⁶⁸ João de Barros Barreto, op. cit., p. 6.

⁶⁹ Valdemar de Oliveira, op. cit., p. 268-269.

⁷⁰ Valdemar de Oliveira, op. cit., p. 268-269.

⁷¹ Ibid., p. 287-288.

⁷² João de Barros Barreto, op. cit., p. 489.

registros oficiais, decorriam de problemas causados por infecção puerperal e por complicações obstétricas, ocorridos durante a gravidez e o parto, principalmente.

Na década de 1950, o médico e professor francês Marcel Lelong concebia a puericultura como uma ciência cuja finalidade não era apenas contribuir para diminuir a mortalidade infantil e os índices de morbidez, mas principalmente para o desenvolvimento normal da criança sadia. A noção de puericultura, segundo Lelong, “abrange a melhoria da espécie, a proteção contra as taras hereditárias” e a seleção da espécie, quando necessário. A puericultura deveria preocupar-se não somente em aumentar o número de crianças, mas, sobretudo torná-las mais belas e mais fortes.⁷³

Para o médico argentino Juan Guarrahan, que também concebia a puericultura como *a la ciencia de la crianza del niño*, havia a puericultura *preconcepcional*, a *antenatal* e a *postnatal*. A primeira estava sob o domínio da eugenia e da medicina social; a segunda vinculava-se à obstetrícia; e a terceira submetia-se à pediatria, especialidade médica voltada para os cuidados da primeira infância. Na prática, segundo Guarrahan, a pediatria

debe establecése al niño um plan de vida (horarios para las comidas, el baño, las salidas, el sueño, etc.); un régimen alimentario sucesivamente modificado (cumpliéndose con la higiene alimentaria); normas para el vestido, para el aseo, para su ambiente psíquico, para su educación alimentaria y la adquisición de diversos hábitos; y en general para el mantenimiento de la buena salud y la defensa contra las infecciones. [sic!].⁷⁴

Na utopia da nação, a eugenia também tinha um importante papel a desempenhar. A puericultura pré-natal ou pré-concepcional fundamentava-se na eugenia, considerada uma especialidade da ciência médica que visava a melhoria da espécie humana, ou seja, a ciência que estuda os fatores que, “sob controle social, podem melhorar ou piorar as qualidades raciais das gerações futuras, quer física, quer intelectualmente”.⁷⁵ Nesse sentido, a eugenia tinha o propósito de assegurar a “higidez física e mental” do homem e da mulher, para que ambos pudessem gerar filhos sadios e “não pesos mortos como a imensa multidão de

⁷³ Marcel Lelong, op. cit., p. 07-09. Em relação aos meios necessários para alcançar os objetivos, Lelong diz que a puericultura era individual quando agia sobre um só indivíduo; quando atuava sobre o coletivo, “trata-se então da puericultura social”. De acordo com os períodos de crescimento da criança, a puericultura podia ser dividida em: pré-concepcional (eugenia); pré-natal e natal; primeira infância (até 3 anos); e a puericultura pré-escolar e escolar.

⁷⁴ Juan P. Garran, *Medicina infantil: pediatria e puericultura*, 1956, p. 467.

⁷⁵ Valdemar de Oliveira, op. cit., p. 272-273.

anormais que enchem os asilos, os hospitais, as penitenciárias, por culpa, tantas vezes, dos pais”.⁷⁶

De um modo geral, a ciência eugênica podia ser dividida em eugenia preventiva, positiva e negativa. A preventiva preocupava-se com o estudo dos fatores que agiam sobre o homem, ou seja, aqueles que diminuía a resistência física (tornando o corpo suscetível a moléstias) e a resistência moral (desregramento dos costumes, vícios, descrença nos valores da família e da Pátria). A positiva empenhava-se na difusão dos postulados sanitários, “na educação sexual dos jovens, na preparação física e moral para o matrimônio, na difícil tarefa de catequese das populações no sentido de uma descendência sadia”. Em certo sentido, a eugenia positiva preocupava-se “em civilizar o instinto da reprodução”, em benefício das futuras gerações. Já à negativa cabia um papel mais repressivo, como a imposição de restrições em determinados casamentos para “evitar o nascimento de indivíduos indesejáveis em qualquer sociedade civilizada”, “anormais, tarados, portadores de certas doenças físicas e mentais, inviáveis e degenerados”.⁷⁷ Para não deixar dúvidas, eis uma explicação bem ilustrativa e didática:

Da mesma maneira que o agricultor conserva para semente, os melhores e os mais belos espécimes da sua cultura – o milho grão de espiga farta, total e sem falha, o caroço das mais longas fibras de algodão, as mais belas e saborosas frutas; da mesma maneira que o zootecnista faz o cruzamento somente entre os mais belos animais, portadores das mais puras linhas raciais e possuidores, no mais alto grau, das qualidades que se deseja apurar – seja a velocidade, na criação de cavalos de corrida; a força, nos animais de tiro; a massa muscular e gordura nos animais de corte – assim também, na espécie humana, o casamento só deveria ser permitido entre indivíduos fisicamente bem constituídos, entre tipos perfeitos, inteiramente sadios, mentalmente sãos, sem taras, de inteligência impositiva, superior”.⁷⁸

Infelizmente, no Brasil, “a eugenia continua a ser mera aspiração”, lamenta Dr. Corrêa da Costa em 1943. Enquanto o exame pré-nupcial era lei em alguns países, uma “fina flor da civilização”, no Brasil era um sonho muito distante. Na região carbonífera de Santa Catarina, esse sentimento de frustração também era compartilhado pelo médico Boa Nova, que reconhecia os esforços das autoridades governamentais brasileiras para combater o “índice impressionantemente elevado de mortalidade infantil”. Porém, ele percebia um atraso muito grande em comparação com os países mais desenvolvidos. Do seu ponto de vista, constituía-se um

⁷⁶ Valdemar de Oliveira, op. cit., p. 272-273.

⁷⁷ Ibid., p. 273.

dever imperioso a conjugação de esforços para a geração dos normais, dos sadios e dos fortes e devemos nos empenhar a fundo para corrigir as múltiplas causas e fatores que concorrem para a decadência de uma raça, para os seu definhamento, para o seu abastardamento, melhorando as qualidades naturais físicas e psíquicas do indivíduo. Deveremos, portanto, agir contra a progênie defeituosa e degenerada, que, devido à hereditariedade, transmite seus estigmas à sua descendência [sic!].⁷⁹

Boa Nova explicita a idéia de um controle social para impedir a “decadência da raça” e constituir uma nova elite de operários, visando uma futura sociedade industrial civilizada. Como o indivíduo, acrescenta, estava “submetido à influência dos seus antepassados, à influência dos seus antecessores diretos e à influência do meio, influência estas que dirigem suas ações”, era imperioso instituir políticas de amparo aos que nasciam “fortes ou fracos, sadios ou doentes, perfeitos ou imperfeitos, normais ou anormais, pois, todos têm o mesmo direito à vida, direito natural, amparado pelas leis supremas e que força igual criou”.⁸⁰

Para acabar com o “flagelo da mortalidade infantil”, Boa Nova afirma que era preciso prevenir as moléstias na infância, tarefa que cabia à Higiene. Nesse sentido, “deveríamos aqui no Brasil seguir o grande exemplo dos Estados Unidos da América do Norte, onde a criança tem todo o amparo dos Poderes Públicos”, destaca o autor. Neste “grande país”, as repartições públicas organizavam serviços de saúde para prevenir moléstias contagiosas por meio de quarentenas, vacinações profiláticas e leis que garantiam a higiene dos alimentos e educação sanitária destinada aos pais e às crianças.

Em geral, uma das principais preocupações dos médicos era difundir os princípios da boa higiene à população. Assim, os ensinamentos da eugenia e da higiene não ficaram confinados em obras de uso exclusivo de cientistas. Desde as primeiras décadas do século XX, houve uma preocupação em escrever manuais populares para permitir o acesso da população ao conhecimento de normas elementares da boa saúde e os meios de evitar as moléstias. Com o objetivo de ensinar os cuidados necessários para prevenir enfermidades e assegurar o desenvolvimento sadio do corpo e da mente, os manuais de higiene constituíram-se em uma espécie de cartilha da *conduta civilizada*, uma vez que os hábitos de higiene preconizados eram originários de um determinado modo de vida – o das sociedades civilizadas do mundo ocidental.⁸¹

⁷⁸ Clovis Corrêa da Costa, op. cit., p.10.

⁷⁹ Francisco de Paula Boa Nova Jr., op. cit., p.24.

⁸⁰ Ibid., p. 24-25.

⁸¹ Nesse aspecto, não é preciso mergulhar nas profundezas do passado para lembrar que desde o século XIX parte das elites intelectuais brasileiras sonhou em fazer do Brasil uma nação civilizada. O desafio imposto para a

Assim, os manuais de higiene, tanto os importados, quanto os elaborados por médicos brasileiros, expressam e divulgam o modo de vida das sociedades civilizadas. Desde as primeiras décadas do século XX, várias publicações dos Estados Unidos, Europa e até mesmo de países da América do Sul, principalmente da Argentina, circularam pelo território brasileiro. E independentemente da nacionalidade e de algumas diferenciações conceituais, todos preconizam a assimilação dos hábitos de higiene adotados no mundo ocidental.

A título de exemplo, é ilustrativo o manual *Cuidado da Criança na Primeira Infância*, escrito nos Estados Unidos e traduzido especialmente para o Brasil, em 1942. O manual tinha a finalidade de “ministrar às mães informações simples relativas ao cuidado e nutrição dos bebês”. Na avaliação de Katharine Lenroot, chefe do Departamento da Criança do governo norte-americano, esse tipo de publicação popular havia contribuído significativamente para a diminuição do coeficiente de mortalidade infantil no seu país. Desde a sua primeira edição, em 1915, o governo já tinha distribuído cerca de treze milhões de exemplares.⁸²

Na apresentação, Lenroot diz que esperava que “esse livrinho” tivesse o mesmo sucesso no Brasil. No geral, o conteúdo do manual não era diferente dos tantos outros que circulavam pelo país. A primeira orientação referia-se à “importância absoluta” de registrar o filho no prazo de 36 horas após o nascimento. Utilizando uma linguagem popular e recursos didáticos ilustrativos, o manual divulga uma série de informações e ensinamentos sobre o desenvolvimento normal do bebê; o horário da amamentação, do banho e de dormir; como manter a criança sadia; como evitar doenças; como cuidar da casa, da roupa do bebê, do banho, dos dentes, do sono; a forma correta de o bebê tomar sol; a educação para formar hábitos saudáveis de alimentação, sono, higiene, e como evitar os maus hábitos; o que fazer e observar quando o bebê está doente. O manual contém um diálogo com os pais, feito com perguntas básicas e suas respectivas respostas:

COM QUE RAPIDEZ se desenvolve o bebê, em peso, altura, e em ‘discernimento e compreensão’? Qual deve ser a sua alimentação? Como devemos vesti-lo? Como podemos mantê-lo em boa saúde? Como podemos prevenir ou curar suas doenças? Como podemos ensinar-lhe bons hábitos? Quais os sinais de perigo que devemos vigiar?⁸³

Primeira República era superar as estruturas material e cultural herdadas pelo estado colonial, e conquistar o patamar da civilização. Desta forma, desencadeou-se um movimento para romper com o mundo arcaico do passado colonial, visando construir uma nova nação, uma nação civilizada de feições ocidentais.

⁸² EUA, Departamento da Criança e Secretaria do Trabalho. *Cuidado da criança na primeira infância*, 1942.

⁸³ *Ibid.*, p. 01.

Para manter a criança sadia, recomenda-se um conjunto de cuidados preconizados pela higiene infantil. Algumas doenças podiam ser prevenidas com uma “alimentação apropriada”, complementando-se com uma exposição correta do bebê à luz do sol; outras podiam ser evitadas por meio da vacinação. Devia-se evitar a exposição da criança em lugares onde houvesse pessoas com moléstia contagiosa, e nos locais “apinhados de gente”, inclusive nos concursos de robustez infantil; mantê-las afastadas de moscas e outros insetos portadores de doenças; fazer a esterilização ou fervura de alimentos e de todo o tipo de brinquedo que o bebê coloca na boca, evitando o contato com germes que provocam doenças.⁸⁴

Para preservar a saúde da primeira infância, recomenda-se também procurar regularmente o médico. A mãe, explica-se, não conhecia nem reconhecia os primeiros sintomas de muitas doenças porque não havia sido educada para isso. Assim, o ideal era levar o bebê uma ou duas vezes por mês ao consultório médico ou ao centro de saúde.⁸⁵

Na década de 1960, os manuais ainda circulam pelo território nacional. Em 1968, a Cartilha de Saúde do Ministério da Saúde informa que ainda existiam cidades brasileiras onde não havia médicos. A população ainda mantinha o costume de procurar o curandeiro ou a benzedeira, aquele com suas tradicionais garrafadas e cozimentos, e a benzedeira com “suas rezas estranhas e o milagroso galho de arruda”. Ambos eram “quase sempre ignorantes completos, de nada entendendo, muito menos de medicina”. Para assegurar a saúde da mãe e do recém-nascido, recomenda-se evitar o serviço de uma “aparadeira”, pois geralmente ela aparecia “de mãos sujas e unhas de luto, para fazer o curativo do umbigo com borra de café, teia de aranha ou terra de encruzilhada”. Para não correr risco de vida, aconselha-se a população a não procurar os praticantes da medicina popular, ou seja: “sentindo-se doente, não procure um curandeiro ou uma benzedeira. Procure um médico. Se não existir médico em sua cidade, procure, então, o farmacêutico, o padre ou a professora”.⁸⁶

Com o propósito de formar e desenvolver uma população sadia, médicos e autoridades governamentais usam os manuais de higiene também para combater os praticantes da medicina popular. Além disso, preconizavam uma intervenção no ambiente de vida, no corpo e na mente, com a finalidade de impedir o surgimento de enfermidades, corrigir hábitos e

⁸⁴ Ibid., p. 10.

⁸⁵ Na região carbonífera de Santa Catarina, Boa Nova – médico sanitaria que trabalhava em Criciúma – não se restringe a aconselhar as famílias operárias a procurar o médico, recomenda-lhes evitar as curiosas, curandeiros/as, e benzedeiras. Na sua opinião, o médico especialista deveria incumbir-se da responsabilidade de “orientar as repartições oficiais competentes e as organizações privadas”, pois sua prática diária oferecia “oportunidade sem fim para educar os pais na proteção de seus filhos contra danos físicos, infecções, influência da alimentação defeituosa e ambiente anti-higiênico”. Francisco de Paula Boa Nova Jr., op. cit., p. 25.

⁸⁶ Brasil. Ministério da Saúde. Cartilha da Saúde. Brasília, 1968. p. 63-64.

tornar civilizado o modo de vida da população. Para combater as moléstias malignas e acabar com o “flagelo” da mortalidade infantil, prescrevia-se o controle social sobre a vida e a morte, cabendo ao Estado o dever e a obrigação de criar dispositivos para incutir na população a cultura da higiene, disseminando os ensinamentos da conduta higiênica em todo o tecido social. Embora se propagasse a cultura da higiene por todos os espaços sociais, havia, no entanto, dois espaços privilegiados para se difundir a educação preventiva: o posto de saúde e a escola, onde foram, então, instalados os serviços de higiene pré-natal, infantil e escolar.

A escola e o serviço de higiene escolar

À maneira de postulados que, hoje em dia, dispensam prova, convém, de começo, fixar estes três pontos: 1) **A educação higiênica é essencialmente a aquisição de um sistema de hábitos, integrados na vida cotidiana do indivíduo** [grifo meu], e tendentes a favorecer-lhe a saúde, bem como a preservar os que o cercam. 2) A melhor época, senão a exclusiva, para a realização da educação higiênica, é a infância, graças à maleabilidade psicológica do indivíduo. 3) Isso posto, facilmente se deduz que o único aparelho em condições de difundir econômica e eficazmente a educação higiênica é a escola primária, por meio do respectivo professor. São possíveis e úteis organizações auxiliares, ao lado e depois dela; mas a escola primária constitui o agente fundamental de tão considerável tarefa.⁸⁷

Nas três primeiras décadas do século XX, os higienistas brasileiros também produziram uma farta bibliografia sobre o papel da escola na formação de “hábitos sadios nas crianças”. Em geral, os higienistas consideravam a escola um dos espaços privilegiados para incutir “um sistema de hábitos” que, disseminado no dia-a-dia, favorecia a saúde da criança, da sua família e das pessoas que com ela conviviam. A escola tinha um papel fundamental na construção da “consciência sanitária” porque a melhor época para assimilar a educação higiênica era a infância, fase em que o indivíduo apresenta uma “maleabilidade psicológica” suscetível de influência.

Desde o jardim de infância, as crianças aprendiam certas práticas sanitárias que geralmente os pais ignoravam. No ambiente escolar, tinha início “o aprendizado das práticas

sanitárias, cedo convertidas em hábitos que conservará através da existência”, afirma o médico Valdemar de Oliveira. No começo da escolaridade, uma boa professora deveria ensinar as primeiras lições de higiene; os alunos que já sabiam ler deveriam ser orientados para “a leitura de folhetos de educação sanitária, com ilustrações e gravuras elucidativas”; as crianças mais adiantadas deveriam fazer “trabalhos de polícia de focos, drenando pequenas coleções d’água, destruindo viveiros de mosquitos, fiscalizando quintais e interiores domésticos, construindo telas e abrigos contra esses insetos, etc.” Além disso, podia-se estudar as formas de combater os ratos e as moléstias; aprender a distinguir a boa qualidade dos alimentos, da água e do vestuário.⁸⁸

Havia uma infinidade de preceitos de educação sanitária que cabia à escola ensinar às crianças. Muitos higienistas acreditavam que sob as diretrizes de uma “higiene mental bem conduzida” era possível modelar o caráter e demarcar os fundamentos da personalidade na fase infantil, principalmente no período escolar.⁸⁹ Além disso, as doenças contagiosas seriam combatidas de modo mais eficaz por meio de medidas preventivas e assistência médica especializada.⁹⁰

A escola também corrigia os “maus hábitos” adquiridos no seio familiar e, através das crianças, dissemina-se os preceitos essenciais da educação higiênica além do espaço escolar. Por ser o espaço ideal de um “centro irradiador” da saúde individual e coletiva, a escola deveria tornar-se o “núcleo revigorador da saúde da nação”, visando formar o caráter moral, o aperfeiçoamento racial e a constituição do “homem trabalhador” a serviço da pátria. Ela representava um ambiente propício para se constituir um “sistema de hábitos integrados”, um local ideal para se desenvolver a conduta higienizada, inculcando o hábito de tomar banho regularmente, escovar os dentes, lavar as mãos, vestir roupas limpas, usar o vaso sanitário, alimentar-se corretamente, etc.⁹¹

Uma análise comparativa entre os preceitos contidos nas propostas de higiene escolar, difundidos nas décadas de 1920, 1940 e 1960, revela que em cada época houve um conjunto

⁸⁷ A. Almeida Júnior, *Formação de hábitos sadios nas crianças*, 1929, In: Gerson Zanetta de Lima. *Saúde escolar e educação*, 1985. p. 126.

⁸⁸ Valdemar de Oliveira, *op. cit.*, p. 26.

⁸⁹ João de Barros Barreto, *op. cit.*, p. 537.

⁹⁰ De forma geral, percebe-se que as instituições cumprem funções de acordo com os valores e a ordem social de cada época. Neste sentido, pode-se dizer que escola brasileira da Primeira República não teve a mesma finalidade da escola que se desenvolveu depois de 1930. Mesmo assim, ela não deixou de exercer a sua função civilizadora, uma vez que as políticas destinadas a assegurar educação e saúde da população infantil atravessaram o século XX. Houve mudanças e adaptações em função das necessidades impostas pela ordem econômica e social de cada período histórico, mas a pedagogia da boa higiene permaneceu, fazendo parte da rotina escolar por todo o século.

⁹¹ M. A. Castro, *Escola e saúde*, 1929. In: Gerson Zanetta de Lima, *op. cit.*, p. 125.

de serviços essenciais e uma tendência focalizada para solucionar o principal problema do período, seja em nível nacional seja no âmbito regional. Todavia, a preocupação com a educação sanitária e a formação de hábitos para a “boa saúde” estiveram sempre presentes. Dentre as temáticas oficiais do I Congresso Nacional de Saúde Escolar, em 1942, faziam parte da pauta: a organização dos serviços de saúde escolar; o serviço de saúde nos meios urbanos e rurais; a saúde física e mental das professoras/es; as doenças no meio escolar; a educação sanitária nas escolas, principalmente sobre a formação de hábitos sadios, o ensino de puericultura, a função social da educadora sanitária e a relação entre o lar e a escola; os fatores pedagógicos, sociais, médicos e psicológicos que influenciavam na repetência e evasão escolar; a higiene mental no meio escolar; a educação alimentar e as consequências da subnutrição.⁹²

Na década de 1960, os manuais de educação sanitária e higiene escolar continuam difundindo os preceitos educativos básicos formulados pelos higienistas do início do século. Utilizando uma didática ilustrativa e uma linguagem popular, ensina-se a dieta da boa alimentação, a organização higiênica da escola, os cuidados essenciais para preservar a saúde, a função do médico e do dentista, a importância da vacinação, os principais tipos de doenças contagiosas e os meios de evitá-las, os preceitos da higiene física e da saúde mental, o papel das professoras e dos pais, etc. Em 1969, por exemplo, o manual do médico gaúcho Heitor Silveira recomenda à criança escolar treze cuidados para preservar a saúde: lavar as mãos antes da cada refeição, depois de usar o vaso sanitário, de apertar a mão de pessoa doente e ao chegar em casa; tomar vacina contra varíola e mais outras duas doenças; tomar leite e comer, diariamente, carne, cereais, frutas, verduras, derivados de leite; dormir de nove a dez horas por noite; vestir-se de acordo com a temperatura; escovar os dentes após cada refeição; não usar escovas dentais de fios duros; enxugar bem entre os dedos dos pés para evitar “frieiras”; ter a sua própria toalha de rosto e de banho; evitar apertar as mãos de uma pessoa que está comendo, pois os micróbios podem ser transmitidos pelas mãos; não tomar chimarrão na mesma cuia, em grupo, de boca em boca; tomar banho de sol regularmente, principalmente nos dias ensolarados de inverno; e tomar banho diariamente.⁹³

Um ano antes, a Cartilha de Saúde do Ministério da Saúde ensinava que a escola era um espaço privilegiado para a criança adquirir hábitos que geram uma “consciência proveitosa” para ela e seus pais. A professora era uma agente sanitária que, por meio das crianças, orientava a família sobre a higiene da boa saúde. O prédio escolar podia não ser

⁹² Gerson Zanetta de Lima, op. cit., p. 144-145.

muito bonito, mas era fundamental que a escola seguisse os princípios da higiene. Nessa época, o Ministério da Saúde avalia que “os hábitos higiênicos de nossa população” estavam “melhorando consideravelmente, como resultado da evolução dos nossos costumes”. A mudança era animadora e a escola tinha tido um papel importante nessa evolução. Em tempos distantes “havia quem risse das professoras que, aos sábados, ao modo de uma revista, faziam a inspeção dos alunos, verificando se o banho havia sido tomado, se as unhas estavam limpas e cortadas, se a criança apresentava piolhos e se a cabeça havia sido lavada, se os dentes estavam limpos e tratados”. Apesar de haver muito para fazer e mudar, a inspeção escolar, “da qual muita gente achava graça”, produziu “hábitos proveitosos que, em muitos lugares, beneficiaram os meninos do passado, hoje os avós da atual geração”.⁹⁴

Em Santa Catarina, o serviço de higiene escolar do Departamento de Saúde Pública também produziu “hábitos proveitosos”. A educação sanitária atingia as crianças, as professoras e os pais. A estatística oficial da seção escolar do serviço de higiene da criança revela que, anualmente, fazia-se inspeções nas escolas (públicas e privadas) com o objetivo de registrar o número de alunos inscritos e o de crianças atendidas; o número de escolares encaminhados ao dentista e oftalmo-oto-rinologista; o número de exames antropométricos, feito para identificar os fisicamente “normais” e os “anormais”. Além disso, identificava-se os estudantes “psíquicos anormais”; contabilizava-se o número de injeções e vacinas aplicadas; as ordens médicas prescritas; os avisos aos professores/as e aos pais ou responsáveis; e também o número de visitas feitas pelas enfermeiras visitadoras, o número de pessoas que recebiam conselhos individuais, o número de palestras nas escolas e o número de impressos distribuídos.

Tabela 21 - Serviço de Higiene da Criança – Seção Escolar – Departamento de Saúde Pública de SC (1938-1947)

Atividades Realizadas	1938	1941	1942	1947
Escolas públicas visitadas	666	962	740	147
Escolas particulares visitadas	11	9	86	16
Escolares atendidos	2.995	13.427	11.579	18.765
Escolares inscritos	2.483	3.773	3.535	4.047
Escolares encaminhados ao Serviço de Odontologia	2.156	9.882	2.199	1.976
Escolares encaminhados ao Serviço de Oftalmo-oto-rinologia	1.779	845	900	375
Escolares encaminhado a outros serviços	-	-	944	1.858
Exames antropométricos	2.483	3.085	3.536	2.389
Escolares fisicamente normais	184	511	1.359	2.540

⁹³ Heitor Silveira. Escola e saúde. Porto Alegre: Editora Globo, 1969. p. 17-20.

⁹⁴ Brasil, Ministério da Saúde, Cartilha da Saúde, op. cit., p. 35.

Escolares fisicamente anormais	2.207 (?)	-	737	513
Escolares psíquicos anormais	3	-	6	1.290 (?)
Injeções aplicadas	367	1.141	1.281	2.204
Ordens médicas	407	2.022	146	2.885
Doses de vermífugos distribuídas nas escolas	-	-	2.013	3.411
Pedidos de visitas	-	91	25	15
Avisos aos professores	214	480	245	77
Professores inspecionados	-	-	56	128
Avisos aos pais ou responsáveis	411	1.685	307	171
Conselhos individuais	2.483	4.474	3.574	4.897
Palestras nas escolas	173	314	6	-
Impressos distribuídos	717	1.405	-	-
Cartazes afixados	2	-	-	-
Visitas feitas pela enfermeira visitadora	516	-	-	1.667

Fonte: Santa Catarina. Relatórios apresentados ao exmo. Sr. Presidente da República. Florianópolis, relatórios publicados em 1939, 1942 e 1943.

Santa Catarina. Secretaria da Justiça, Educação e Saúde. Departamento de Saúde Pública. Um ano de atividade sanitária, 1945. Florianópolis: Imprensa Oficial, 1947.

* Os números de 1942 abrangem sete Centros de Saúde e os de 1947 abrangem dez unidades sanitárias.

A noção de “normal” e “anormal” merece uma breve observação. A partir do século XIX, a medicina científica procurou definir cientificamente a hierarquia das raças, assim como o perfil dos indivíduos normais e anormais. No campo da medicina higienista, instituiu-se a mensuração e classificação do corpo físico e mental. Em 1935, por exemplo, o médico-deputado Xavier de Oliveira usa o plenário da Câmara dos Deputados para demonstrar que a preocupação eugênica do povo norte-americano motivou o governo a priorizar uma política nacional de assistência à população infantil. Há cerca de seis anos, afirma o deputado, “existiam naquele país quarenta e cinco milhões de crianças, das quais apenas trinta e cinco milhões razoavelmente normais”. Os demais dez milhões foram classificados de anormais, “e isto, de acordo com estatísticas verdadeiras, porque organizadas por técnicos, naturalmente especializados no assunto, e, mais ainda, porque sob a imediata direção do próprio Presidente da República, que foi, igualmente, o diretor, o animador, o executor integral do grande certame que deu uma nova e mais completa organização aos serviços da criança na grande nação do Norte”. Segundo os dados do deputado, os dez milhões de crianças consideradas anormais foram classificadas da seguinte forma:

(...) Esses dez milhões de crianças anormais a que faz referência o trabalho a que me reporto estavam assim distribuídos: 6.000.000, de mal nutridos; 1.000.000 com defeitos de palavras; 675.000, apresentando problemas de conduta; 455.000 retardados mentais; 382.000 tuberculosos; 342.000 com má audição; 18.000

completamente surdos; 300.000 aleijados; 50.000 parcialmente cegos; 14.000 com cegueira completa; 200.000 delinquentes e 500.000 desamparados [sic!].⁹⁵

Se esta era a realidade dos Estados Unidos, imagine a situação no Brasil, comenta o deputado Teixeira Leite. A preocupação com as crianças desamparadas, portanto, estava fortemente relacionada com a formação de uma população “normal” e a diminuição ou controle dos “anormais”. E esse controle deveria começar desde a infância, ou melhor, desde a gestação.

Voltando à ação do serviço de higiene escolar, havia também a preocupação de identificar moléstias nas crianças para então encaminhá-las ao atendimento médico. Nas inspeções escolares eram identificadas as crianças com afecções na garganta, pele e couro cabeludo; com doenças nos aparelhos respiratório, digestivo e cardiovascular; e com doenças contagiosas, entre outras enfermidades, como mostra a tabela abaixo:

Tabela 22 - Principais Doenças Registradas pelo Serviço de Higiene Infantil – Seção Escolar – Departamento de Saúde Pública de SC (1938-1947)

Tipo de Afecções	1938	1941	1942	1947
Escolares com afecções da garganta	1.366	919	1.463	719
Escolares com afecções do sistema linfático	884	-	409	-
Escolares com afecções do aparelho digestivo	482	162	246	387
Escolares com afecções da pele e couro cabeludo	416	1.006	695	544
Escolares com afecções do aparelho respiratório	152	232	350	529
Escolares com doenças transmissíveis/infecciosas	137	772	497	324
Escolares com afecções dos olhos	127	86	350	137
Escolares com afecções do nariz	78	73	122	74
Escolares com afecções dos ouvidos	76	50	79	103
Escolares com afecções do aparelho cardiovascular	12	72	31	100
Escolares com afecções do sistema ósseo	3	-	24	353

Fonte: Santa Catarina. Relatórios apresentados ao exmo. Sr. Presidente da República. Florianópolis, relatórios publicados em 1939, 1942 e 1944.

Santa Catarina. Mensagem do governador dr. Aderbal R. da Silva, para a Assembléia Legislativa. Florianópolis, 1948.

Em nível estadual, as doenças registradas eram as mesmas, mas a ordem de incidência variava de distrito para distrito. No de Tubarão, por exemplo, os índices de 1943 revelam que as maiores incidências de doenças registradas foram classificadas, pela ordem, como afecções da garganta, pele e couro cabeludo; e afecções dos aparelhos respiratório e digestivo. As doenças transmissíveis aparecem em sexto lugar, logo depois das afecções do aparelho cardiovascular.⁹⁶

⁹⁵ Brasil, Anais da Câmara dos Deputados, set./1935, p. 656.

⁹⁶ Cf. Santa Catarina, Relatório apresentado ao exmo. Sr. Presidente da República, pelo Dr. Nerêu Ramos, Interventor Federal no Estado de Santa Catarina, referente ao exercício de 1943, outubro/1944.

Um dos aspectos mais importante da estatística epidemiológica é que o serviço de higiene escolar fornecia informações suficientes para se elaborar a geografia das doenças da população escolar do Estado, uma vez que cada distrito sanitário fazia suas inspeções e estatística. Com base nas informações e no diagnóstico produzido, as autoridades sanitárias do Estado catarinense definiam estratégias para prevenir e combater as enfermidades que atingiam os estudantes. Conhecendo-se a estatística e a geografia das doenças, cabia ao Departamento de Saúde Pública coordenar e liberar os recursos necessários para implementar ações profiláticas e assegurar a distribuição dos medicamentos para combater as doenças identificadas.

Além do serviço de higiene escolar, viabilizada pelo Departamento de Saúde Pública, a própria escola ensinava diariamente (e ainda ensina) os hábitos de higiene corporal preconizados pela medicina higienista. Desde o primeiro dia de aula inicia-se um ritual pedagógico visando ensinar às crianças a escovar os dentes após cada refeição, vestir roupas limpas, usar adequadamente o vaso sanitário, manter as mãos limpas, os cabelos curtos, cuidar da limpeza da escola e da sala de aula, alimentar-se corretamente, etc.

No Brasil, cabe lembrar que a utilização da escola como espaço privilegiado de educação higiênica não é recente. No início do século XX, uma das atribuições dos inspetores escolares era verificar a conduta higiênica, além de averiguar o grau de aprendizagem, a comunicação oral e escrita das crianças, o método de ensino da professora, o respeito aos símbolos nacionais, as condições físicas das escolas, a competência e comportamento da professora, o índice de frequência dos alunos, a higiene da escola e das crianças, entre tantos outros aspectos. Em Santa Catarina, particularmente na região Sul, os registros do inspetor escolar podem ser encontrados nas escolas mais antigas, desde a década de 1920. Tanto nas escolas organizadas por núcleos coloniais (italianos e alemães) e por companhias carboníferas, quanto nas escolas oficiais, a preocupação com a higiene do corpo, da mente e do ambiente fazia parte da rotina escolar.

No contexto do Estado Novo, as escolas da região Sul de Santa Catarina também instituíram dois modelos de organização que se disseminaram pelo Brasil: a Liga Pró-Língua Nacional e os Pelotões de Saúde. Nas escolas isoladas do meio rural, os inspetores mantiveram um regular poder de normatização da língua nacional até a década de 1960. Na inspeção feita na Escola Mista Estadual Núcleo Hercílio Luz, em março de 1949, por exemplo, o inspetor recomenda à professora que continue corrigindo a fala dos alunos, uma vez que a pronúncia ainda apresentava vícios. Aconselha, também, que ela solicite a

colaboração dos pais para que obriguem os filhos a falar o idioma nacional. Na inspeção de outubro de 1950, o inspetor recomendou mais exercícios de caligrafia; melhorar a ordem e limpeza da sala de aula; ministrar aulas “com vivacidade, falando bem alto para poder exigir o mesmo de seus alunos”; “corrigir a má pronúncia dos alunos, exigindo o máximo de expressão em leitura”; e manter contanto com o programa de ensino do Estado.⁹⁷

No âmbito da higiene escolar, os inspetores também davam conselhos, e ao pelotão da saúde cabia a tarefa de promover a ordem, a higiene e a educação sanitária da comunidade escolar, ou seja, a higiene na escola e no meio familiar. Em 1946, o pelotão da saúde da Escola Hercílio Luz tinha o nome do interventor do Estado de Santa Catarina, Nereu Ramos, e uma bandeira com o lema “saúde, força e alegria”. Era formado por uma diretoria constituída por presidente/a, secretário/a, tesoureiro/a e fiscais.⁹⁸

No Brasil, a experiência com esse tipo de organização escolar, voltado para questões de higiene e saúde, já existia na década de 1920. Na época, os higienistas criaram clubes de saúde com o propósito de difundir e fortalecer a educação sanitária na escola e em casa. A finalidade desses clubes era unir escola, pais e comunidade, alunos e professoras em prol da higiene e saúde das crianças. Em 1929, o médico catarinense Oswaldo Rodrigues Cabral informa que os americanos, “sob os auspícios da *National Tuberculosis Association* haviam fundado, já na década de 1910, *The Modern Health Crusades*, destinada a difundir educação higiênica nas escolas. Em 1920, segundo Cabral, a Moderna Cruzada da Saúde contava com aproximadamente quatro milhões de crianças. Inspirado nesse modelo, o dr. Carlos Sá, especialista em higiene e educação, criou, no Brasil, os pelotões de saúde. Para se ter uma idéia do papel da *The Modern Health Crusades* e dos pelotões de saúde, Cabral evidencia os mandamentos ou os deveres dos “cruzados” mirins, nos Estados Unidos, e os deveres dos pequenos soldados da saúde adotados pelo Serviço de Saneamento Rural do Estado do Rio de Janeiro:

Quadro 12 – Deveres dos Pequenos Soldados da Saúde, 1920	
Deveres dos Cruzados Mirins (EUA, 1920)	Deveres dos Pequenos Soldados da Saúde, no Estado do Rio de Janeiro (Brasil, 1920)
1. Lavei hoje as mãos antes de cada refeição.	1. Lavei as mãos e o rosto ao acordar.
2. Lavei hoje não só meu rosto, mas minhas orelhas e meu pescoço e limpei minhas unhas.	2. Tomei hoje um banho com água e sabão.
3. Não coloquei hoje, na boca ou no nariz, nem os dedos, nem o lápis, nem nada que estivesse sujo ou pudesse machucar-me.	3. Penteei hoje os cabelos e limpei as unhas.
4. Escovei os dentes hoje depois do almoço e da	4. Escovei hoje os dentes de manhã.

⁹⁷ Livro Ata de Exame da Escola Mista do Núcleo Hercílio Luz de Criciúma. Criciúma, 1949 e 1950.

⁹⁸ Idem, Ata de 1946.

merenda.	
5. Fiz hoje dez ou mais respirações profundas de ar fresco. Tive o cuidado de não tossir, nem espirrar, nem cuspir em cima dos outros.	0. Fiz hoje uma evacuação intestinal, lavando depois as mãos com água e sabão.
0. Brinquei hoje durante mais de trinta minutos ao ar livre ou com as janelas abertas.	0. Não coloquei hoje na boca, nariz e ouvido, nem os dedos, nem o lápis, nem nada que estivesse sujo ou pudesse machucar-me.
0. Bebi hoje quatro copos de água, inclusive o que tomei antes de cada refeição; não ingeri chá, nem café, nem nenhuma outra bebida nociva à saúde.	0. Brinquei hoje mais durante quinze minutos ao ar livre.
0. Esforcei-me hoje para comer só alimentos salubres e os comi devagar. Fui ao banheiro à hora a que me habituei, e lavei as mãos depois.	0. Como todos os dias frutas ou ervas, lavo sempre as mãos antes de comer e mastigo devagar os alimentos.
0. Esforcei-me hoje por manter-me em atitude direita, quer sentado, quer de pé; por conservar o espírito claro, alegre e puro; e por ser útil aos outros.	0. Já bebi hoje mais de três copos de água.
0. Dormi a noite passada por dez horas, no mínimo, com as janelas do quarto abertas.	0. Não tomo, nunca, álcool, nem fumo.
0. Tomei um banho completo em cada um dos dias da semana.	0. Ando sempre calçado e com roupa limpa.
	0. Hoje não chupei balas, nem comi doces.
	0. Hoje fiquei sempre direito, quer de pé, quer sentado.
	0. Hoje só bebi água no meu copo e só limpei os olhos e o nariz com o meu lenço.
	0. Hoje não cuspi nem escarrei no chão, nem espirrei, nem tossi a não ser no meu lenço.
	0. Hoje não menti, nem brincando.

Fonte: Oswaldo Rodrigues Cabral. Problemas educacionais de higiene. Rio de Janeiro: s.e., 1929.

Na escola, as crianças tinham de responder diariamente esses deveres. No pelotão da saúde idealizado por Dr. Carlos Sá, cada aluno tinha um “cartão de alistamento”, contendo nome, número de matrícula, endereço, filiação, nome da escola, da professora, número de matrícula no posto de saúde e os deveres diários que os pequenos soldados da saúde deveriam cumprir, e depois responder e assinalar no cartão.

Fazendo-se uma comparação entre os deveres dos pequenos “cruzados” norte-americanos e os deveres dos pequenos soldados da saúde do Rio de Janeiro, formulados pelo médico Carlos Sá, percebe-se que não houve uma simples transposição de modelo. Ao destacar o importante trabalho do Dr. Carlos Sá, Cabral evidencia que ele soube adaptar a experiência norte-americana à realidade brasileira, complementando alguns ensinamentos de higiene pertinentes ao modo de vida da população rural e inserindo alguns ensinamentos de ordem moral. Assim, ensina-se o pequeno soldado carioca a não tomar bebida alcoólica, não fumar, não mentir, não chupar balas nem comer doces. Recomenda-se também a lavar as mãos depois das evacuações, usar calçados e roupas limpas.

Nessa mesma época também foram organizadas, no Brasil, as Ligas das Mães, a cargo de enfermeiras ou professoras, segundo Cabral. A finalidade das ligas era difundir

noções de puericultura à meninas em idade escolar, ensinando desde cedo os cuidados fundamentais para o desenvolvimento sadio dos bebês, a importância dos banhos, os cuidados com o corpo, as roupas e a alimentação. Desta forma, as meninas aprendiam, desde cedo, não somente os princípios básicos da higiene infantil, mas também as características essenciais da boa mãe e da boa esposa.

A partir de 1930 até a década de 1960, os pelotões da saúde voltaram a fazer parte de programas oficiais de saúde pública e fomentar discursos de higienistas. Em 1969, Heitor Silveira retoma a proposta de criar o Clube de Saúde, lembrando “que anos atrás, nas escolas, existiam os ‘pelotões de saúde’, não de todo desaparecidos”. Silveira explica que o desaparecimento dos pelotões de saúde aconteceu devido às dificuldades de transporte e ao turno único, que impossibilitava a convivência dos alunos. Diante de uma nova realidade, Silveira propunha a organização do Clube de Saúde, com a “participação ativa dos alunos” e a colaboração da professora, do médico, do dentista e da direção escolar. O Clube deveria eleger uma diretoria composta de presidente, vice-presidentes, secretários, tesoureiro e colaboradores. O estatuto deveria ser aprovado em assembléia geral e os sócios participariam de diversas atividades, entre as quais:

- distribuição da merenda escolar;
- descoberta de focos de mosquito na escola e imediações, e em casa;
- combate às moscas e aos ratos, em casa e na escola;
- programas de educação, saúde, trânsito e outros;
- auxílio aos dirigentes das Colônias de Recuperação, onde as condições de higiene devem ser impecáveis;
- comemorações da Semana da Criança, de 10 a 17 de outubro;
- visita e ajuda a colega enfermo;
- tomar vacina e colaborar para a vacinação dos colegas;
- difusão do modo correto de lavar as mãos e escovar os dentes;
- obtenção de filmes ilustrativos e de arte e passá-los na escola;
- obter, gratuitamente, do Departamento Nacional de Endemias Rurais e de outras procedências, medicamentos contra vermes, que serão administrados pelo médico da escola;
- eleição, no fim do ano, do melhor companheiro, que deverá receber uma linda medalha.⁹⁹

Para cumprir essas e outras finalidades, Silveira também sugeria a formação de grupos de alunos que se encarregariam de executar um conjunto de atividades. Assim, seria constituído um grupo de higiene para cuidar do asseio, da água, do lixo, dos banheiros e do

⁹⁹ Heitor Silveira, op. cit., p. 86-88.

vestuário; um grupo de profilaxia incumbido de colaborar com as vacinações, combater as verminoses, cárie dentária, acidentes de trânsito, domésticos e na escola; um grupo de promoção da saúde para cuidar da merenda escolar, nutrição, higiene mental, educação física, recreação e excursões; e um grupo de educação sanitária que teria a função de contatar representantes da Saúde Pública local, organizar cursos e conferências, trazer filmes e material impresso, desenvolver programas educativos, visitar clubes de mães e lares da comunidade.¹⁰⁰

Evidentemente que uma boa parte daquilo que foi idealizado e planejado pelos higienistas ficou no campo dos sonhos. Mesmo assim, a escola era e continua sendo um espaço estratégico para uma política permanente de educação sanitária. Por meio da escola atinge-se não somente as crianças, mas também os pais, as professoras e a comunidade de forma geral. A escola ensina os preceitos essenciais da higiene do corpo, identifica as crianças com determinada moléstia, encaminha-as para os serviços especializados das unidades sanitárias ou para hospitais; no decorrer da vida escolar a criança vai assimilando mecanismos de controle externo e internalizando-os em forma de dispositivo disciplinar de auto-controle, constituindo hábitos e costumes de higiene e saneamento.

A normatização das “curiosas” e a hospitalização dos partos

No início do século XX, Monteiro Lobato expressou sua indignação contra a prática popular de dar à luz em casa. Assumindo a perspectiva da medicina moderna, ironiza a prática dos partos da família Jeca Tatu, salientado que eles aconteciam em um ambiente maleficamente contaminado por crendices e simpatias nefastas. A forma como os filhos do Jeca vinham ao mundo, uma espécie de ritual bizantino, “daria um in-fólio d’alto fôlego ao Sílvia Romero bastante operoso que se propusesse a compendia-lo”. Num parto difícil, por exemplo, Lobato narra sua irônica explicação:

(...) Nada tão eficaz como engolir três caroços de feijão-mouro, de passo que a parturiente veste pelo avesso a camisa do marido e põe na cabeça, também pelo avesso, o seu chapéu. Falhando esta simpatia, há um derradeiro recurso: colar no ventre encruado a imagem de São Benedito.¹⁰¹

¹⁰⁰ Ibid., p. 89-90.

¹⁰¹ Monteiro Lobato, Urupês, 1994. p. 174.

Nesses momentos angustiantes, continua Lobato, nenhuma outra mulher podia penetrar no recinto “sem primeiro defumar-se ao fogo”, nem podia trazer “na mão caça ou peixe”, caso contrário “a criança morreria pagã”. Quem não respeitasse esses preceitos estaria correndo o risco de atrair “mil desgraças na cabeça do chorincas recém-nascido”.¹⁰²

Lobato evidencia a realidade de uma época em que as parteiras populares exerciam um papel predominante na arte do nascimento. Na memória do povo elas não foram esquecidas, ao contrário, permaneceram imortalizadas nos arquivos das lembranças mais significativas. Enquanto a medicina científica não chegava às pequenas localidades, a cultura local formava suas próprias parteiras ou “comadres”, como eram chamadas. A pé, a cavalo ou de carroça, elas atendiam nas casas onde eram chamadas e, às vezes, se estabelecia uma relação afetiva com a família.

Com o surgimento do Estado moderno, essa realidade começou a mudar. No caso brasileiro, o projeto de construção do Estado-nação implicou a necessidade de definir uma política de cuidados e proteção da população infantil que atingisse todo o território nacional. Como o futuro da nação exigia o controle e a diminuição da mortalidade infantil, e o diagnóstico médico relacionava o problema da mortalidade com a prática do parto domiciliar e o “despreparo” das “curiosas”, o Estado foi pressionado a tomar providência para mudar essa antiga prática de nascimento.

Em 1940, João de Barros Barreto – médico, professor e diretor geral do Departamento Nacional de Saúde – estima que apenas 40% dos partos brasileiros eram feitos em maternidades. Mas este índice variava de cidade para cidade, podendo chegar aos extremos de 10 ou 90%. A internação das gestantes em maternidades era um forte indicativo de progresso, principalmente em países onde o índice de mortalidade maternal era baixo. Barreto, no entanto, informa que a hospitalização do parto não foi uma política adotada por todos os países desenvolvidos. Enquanto nos Estados Unidos a tendência era a hospitalização, na Inglaterra as investigações mostravam que os partos feitos em casa tinham vantagens.

De qualquer forma, preconizava-se a necessidade de prestar assistência médica, seja nas maternidades, seja na própria moradia da parturiente. No período em que a maioria dos partos ainda acontecia em casa, os médicos destacavam dois problemas centrais: a falta de assistência médica domiciliar e os partos feitos pelas parteiras “curiosas”. Para resolver o primeiro problema, Barreto propunha organizar um serviço de assistência domiciliar formado

¹⁰² Ibid., p. 174.

por uma equipe constituída por um estudante de medicina e uma aluna parteira, equipados “com material necessário à desinfecção das mãos e da genitália, e ao próprio parto: pinças, tesouras, apetrechos para curativo do umbigo, solução de nitrato de prata, balança portátil, ampolas de urgência, toalhas e lençóis esterilizados”.¹⁰³

Em relação às “curiosas”, também consideradas responsáveis pelo elevado índice de mortalidade maternal e infantil, Barreto sugeria implementar um programa de educação, “começando pela triagem e instrução das menos incapazes”. Apesar de demonstrar uma certa tolerância com o trabalho das parteiras práticas, ele não parece convicto de sua proposta educativa, pois finaliza sua avaliação lembrando que nos países adiantados havia uma repressão ostensiva contra o exercício profissional das curiosas.¹⁰⁴

Os altos índices de mortinatalidade denunciavam a gravidade do problema, mas era preciso identificar e demonstrar cientificamente as principais causas. Assim, alguns médicos preocuparam-se em estudar e fazer inquéritos sobre esse problema. Em 1943, Dr. Clovis Corrêa da Costa publicou os resultados de seu inquérito sobre as causas da mortalidade fetal, que abrangeu duzentos casos de fetos mortos – as informações foram colhidas nas próprias residências da puerpera, por meio dos endereços obtidos nos atestados de óbitos. Dr. Corrêa da Costa destaca que visitou “tanto as casas elegantes, como os mais modestos barracões das favelas”. Dentre suas conclusões, comprovou que a maioria dos casos de mortinatalidade incidia, principalmente, “em casais de condição social modesta”, famílias de baixa renda salarial que moravam em habitações sem conforto e com “reduzido índice de cultura”. A ignorância, afirma o autor, também cobrava um pesado tributo, uma vez que as famílias não conheciam os princípios elementares da boa higiene. O nível de escolaridade era “excessivamente baixo” e as profissões das puerperas também eram modestas, predominando as empregadas domésticas, lavadeiras, cozinheiras e operárias. Dos duzentos casos estudados, 166 não foram submetidos a exames nem cuidados pré-natais, e isso era “desolador”, lamenta Dr. Corrêa. Em relação ao local do parto, 69 haviam sido feitos em casa, e 119, em hospitais, mas o ideal era que todos tivessem acontecido em instituição hospitalar, pois no espaço domiciliar a parturiente ficava à mercê das “curiosas”, salienta o mesmo.¹⁰⁵

Segundo o diagnóstico do dr. Corrêa da Costa, a assistência deficiente ao trabalho de parto era “um dos fatores de maior relevância na explicação da mortinatalidade elevada”. Essa deficiência era atribuída ao despreparo das “curiosas” e “elas campeiam livre e

¹⁰³ João de Barros Barreto, op. cit., p. 505.

¹⁰⁴ Ibid., p. 506.

¹⁰⁵ Clovis Corrêa da Costa, op. cit., p. 28-30.

dominadoramente em todas as camadas sociais, desde os barracões das ‘favelas’, até os palacetes coloniais das praias elegantes”. Dr. Corrêa mostra-se mais indignado ainda porque a preferência pelas “curiosas” era “manifestamente sinal de atraso, de apreço a tradições avoengas, aos tempos de antanho”. Além disso, elas recorriam a práticas obsoletas, condenáveis e perigosas, pois

em qualquer um dos morros próximos, as práticas mais anacrônicas e condenáveis estão em franca usança – fomentações diversas no ventre; pressões digitais ritimadas da parede posterior da vagina, como estimulante de contrações uterinas; mais raramente, sopra em garrafas, para facilitar a progressão; curativos do umbigo com óleo de copaíba, pó de murta, teia de aranha, folha de fumo; amuletos, simpatias e mil artifícios, que a superstição e a ignorância engendram.¹⁰⁶

Dr. Corrêa da Costa procura amenizar o tom de sua crítica, afirmando não ser amigo, nem inimigo das curiosas, apenas “vemos os perigos que a sua ignorância acarreta e os denunciemos”. Reconhece que geralmente são “criaturas boas, desprendidas, não são absolutamente gananciosas, exercem a profissão com sacrifício, perdendo noites para receber, quando recebem, compensações irrisórias”; admite que diante da falta de pessoal habilitado e leitos hospitalares insuficientes, não se podia proibir o exercício profissional das curiosas. Por isso, acrescenta, “aplaudimos o esforço do D.N.S.P., ao procurar reduzir ao mínimo os malefícios ocasionados pela curiosa, instruindo-a na assistência ao parto normal”, mesmo sabendo “que é muito difícil incutir idéias novas em indivíduos avançados em idade, com hábitos e convicções inveterados e arraigados, já cristalizados em feitio e costumes”.¹⁰⁷

Ele aplaude a iniciativa de normatização da “curiosa” por parte do Departamento Nacional de Saúde Pública, mas não acredita na sua capacidade de aprendizagem e muito menos em mudança de mentalidade. Durante o parto, relata Dr. Corrêa, elas “se conduzem como cegas, surdas e entrevadas” e “ainda bem que são entrevadas”, pois “Deus nos livre” das que não fossem. Elas não cortavam as unhas; lavavam as mãos, “mas depois, se coçam, tocam em tudo e se esquecem inteiramente da assepsia”; não sabiam auscultar o feto, não reconheciam o seu sofrimento, ignoravam o momento de chamar o médico em partos mais difíceis. Enfim, mudar a mentalidade das curiosas era “extremamente difícil”, se não praticamente impossível.¹⁰⁸

¹⁰⁶ Ibid., p. 144.

¹⁰⁷ Ibid., p. 145.

¹⁰⁸ Ibid., p. 146.

Em Santa Catarina, as autoridades sanitárias também problematizaram a prática do parto domiciliar e a atuação das “curiosas”. Para reverter essa antiga tradição, o Estado catarinense procurou expandir a construção de maternidades nas principais regiões, ampliou o número de postos de puericultura, desenvolveu políticas de formação profissional na área de assistência médica e instituiu um processo permanente de conscientização, visando a hospitalização e o controle dos partos. Por meio do serviço de higiene pré-natal do Departamento de Saúde Pública, o Estado catarinense passou a registrar regularmente o número de partos assistidos em domicílio; assistidos em domicílio por médico; assistidos em domicílio por parteira; assistidos em domicílio por “curiosa”; assistidos em maternidades; assistidos em maternidade por médicos; assistidos em maternidade por parteiras; pedidos de visitas às gestantes; visitas a gestantes e puérperas, por médicos; visitas a gestantes e puérperas, por enfermeiras; visitas a gestantes e puérperas, por parteiras; partos assistidos pelo serviço em domicílio por “curiosas” e parteiras, etc. Conforme ilustra a tabela abaixo, por meio do serviço de visitadoras atendedoras o Estado foi criando, aperfeiçoando e expandindo o serviço de controle sobre os partos:

Tabela 23 – Serviço de Visitadoras Atendedoras – Serviço de Gestantes – Departamento de Saúde Pública (1941-1942)

Tipo de serviço	1941	1942
Partos	259	395
Partos normais	139	373
Natimort.	2	5
Prematuros	4	6
Abortos	15	22
Partos a termo	201	365
Partos anormais	6	7
Partos atendidos por médico	14	11
Partos atendidos por parteira	48	72
Partos atendidos por “curiosa”	33	264
Partos feitos em hospital	39	36
Partos sem assistência	6	11

Fonte: Santa Catarina. Relatório apresentado ao exmo. Sr. Presidente da República, pelo Dr. Nerêu Ramos, Interventor Federal no Estado de Santa Catarina, referente ao exercício de 1941. Florianópolis, outubro/1942.

Santa Catarina. Relatório apresentado ao exmo. Sr. Presidente da República, pelo Dr. Nerêu Ramos, Interventor Federal no Estado de Santa Catarina, referente ao exercício de 1942. Florianópolis, outubro/1943.

Para instituir a prática do parto hospitalar, o governo catarinense procurou ampliar o número de maternidades e expandir os serviços de puericultura. De 1940 a 1970, o Estado construiu seis maternidades, uma em Lages, outra em Joinville, duas em Florianópolis, uma em Itajaí e outra em Mafra. Em 1973, além das maternidades pertencentes ao Estado, havia mais seis maternidades e 173 hospitais gerais, onde também havia serviços de partos e algum

tipo de tratamento materno-infantil.¹⁰⁹ Na região carbonífera os hospitais gerais também passaram a instituir serviços de parto e alguns outros para atender crianças, mas a assistência hospitalar especializada em doenças infantis materializou-se em 1965, com a criação do Hospital Infantil Santa Catarina, em Criciúma.

Na região Sul, tanto a família rural quanto a família operária mineira mantiveram a prática do parto domiciliar além da segunda metade do século XX. Os registros de internações do Hospital São Marcos, de Nova Veneza, e do Hospital São José de Criciúma revelam que a prática do parto hospitalar desenvolveu-se somente a partir da década de 1950. No caso do Hospital São Marcos, cuja população predominante vinha do meio rural, de 1935 a 1945 a média de partos feitos representava apenas 1,5% do total de internações. No Hospital São José, localizado na Capital Brasileira do Carvão, os registros revelam um gradual crescimento de internações para parto a partir de 1953, quando foi criado um setor destinado à maternidade:

Tabela 24 – Número de Partos Feitos no Hospital São José de Criciúma (1953-1960)¹¹⁰

Anos	Nº Partos/Ano	% de Partos em Relação ao nº Total de Internações
1953	220	3,45
1954	317	4,97
1955	399	6,26
1956	431	6,76
1957	797	12,50
1958	1.031	16,18
1959	1.529	23,99
1960	1.650	25,89
Total	6.374	100,00

Fonte: Arquivo do Hospital São José de Criciúma. Livros de Crônicas n.º 1 e 2, e Livro de Registro de Entrada e Saída dos Pacientes Internados. Criciúma, 2002.

Em poucas décadas, a população convenceu-se, ou foi convencida, de que o parto hospitalar era mais seguro, mas até mudar a tradicional prática do nascimento domiciliar, foi necessário ultrapassar grandes obstáculos e consumir muitos investimentos públicos. Em 1943, por exemplo, o Departamento de Saúde Pública possibilitou, em quatro centros de saúde dos distritos sanitários do interior do Estado, a instalação dos Serviços de Curiosas, visando a “defesa do nascituro” e o bem-estar da mãe catarinense.¹¹¹ Em 1949, ao avaliar a estatística oficial das maternidades regionais, o Departamento de Saúde Pública de Santa

¹⁰⁹ Santa Catarina, Secretaria da Saúde, Diagnóstico Institucional do Setor Saúde em Santa Catarina, 1973.

¹¹⁰ Os registros oficiais do Hospital São José evidenciam o número de partos somente a partir de 1953, quando foi instalado o setor de maternidade. Antes deste ano não há registro de internações para partos.

¹¹¹ Cf. Santa Catarina, Relatório apresentado ao exmo. Sr. Presidente da República, 1944, op. cit.

Catarina salienta, orgulhosamente, o aumento das atividades realizadas, destacando que o movimento estava crescendo, de ano para ano, na Maternidade Teresa Ramos, de Lages e, mais pronunciadamente, na Maternidade Darci Vargas, de Joinvile. Na avaliação oficial, a obstetrícia e a ginecologia feitas nas maternidades estavam contribuindo para criar uma nova mentalidade na população, “valendo ressaltar o trabalho desenvolvido no sentido de ampliar a preferência pelo parto em maternidade”.¹¹²

Cerca de dez anos mais tarde, o Departamento de Saúde Pública constata que a falta de educação sanitária das famílias catarinenses tinha sérias conseqüências, pois as gestantes só procuravam as maternidades quando o parto se complicava.¹¹³ Mesmo com as constantes deficiências apontadas, os números oficiais indicam que a prática de dar à luz em casa foi diminuindo à medida que se ampliou o número de maternidades, de serviços de partos em hospitais gerais, de postos de puericultura, e se difundiu a educação sanitária. Além da preocupação em ampliar a estrutura hospitalar e o número de postos de saúde, as autoridades sanitárias mantiveram uma persistente “conscientização” das famílias, principalmente das mães.

Desta forma, pode-se afirmar que, lentamente, Estado e médicos conseguiram substituir o tradicional hábito do parto domiciliar pelo hábito do parto hospitalar. Ao se deslocar o parto para a instituição hospitalar, aumentou-se o poder da medicina científica sobre o ritual do nascimento, ao mesmo tempo em que cresceu a probabilidade da vida sobre a morte como resultado de um melhor controle da higiene do serviço de parto e dos recursos tecnológicos disponíveis. Entretanto, a hospitalização do parto também provocou efeitos colaterais; as contra-indicações foram ignoradas e, na prática, significou não somente a “desnaturalização” do processo de nascimento como também o início do predomínio da industrialização do parto sob a lógica do capital.

Educação sanitária e caridade civilizatória

No século XIX, diversas comunidades européias e norte-americanas já contavam com serviços de enfermagem para atender os doentes pobres em seu próprio lar. Na primeira

¹¹² Santa Catarina, Mensagem apresentada à Assembléia Legislativa, 1950, op. cit., p. 54.

¹¹³ Santa Catarina, Mensagem à Assembléia Legislativa, 15/Abril/1959. p. 54.

metade do século XX surgiram novos sanitaristas, profissionais em saúde pública destinados a cuidar da saúde da mãe e da criança, a combater a tuberculose, as doenças venéreas, a subnutrição, malária, entre outras. Dentre as diversas novas especialidades, cabe lembrar a enfermagem distrital, visitação sanitária, enfermagem escolar e, especificamente, a da tuberculose, da ortopedia e a parteira municipal.¹¹⁴

No caso da enfermeira de saúde pública, cuja origem está num passado bem mais distante, pode-se dizer que ela evoluiu da interação de duas tendências históricas que se consolidaram no final do século XIX e início do XX: da tradicional prática de assistência aos doentes pobres e do ideal iluminista, que pregava a melhoria do nível de saúde da população pobre por meio de educação sanitária-preventiva.¹¹⁵

A preocupação com a saúde da criança e a difusão do conceito de saúde pública motivou a formação das visitadoras não somente para cuidar e identificar doentes, mas também para difundir preceitos básicos da educação sanitária.¹¹⁶ De um modo geral, a formação profissional da enfermeira de saúde pública surgiu por causa do movimento sanitaria que começou a problematizar a importância da saúde de mães e crianças, principalmente. Para assegurar a saúde e, ao mesmo tempo, evitar o aparecimento de doenças, principalmente moléstias contagiosas, era necessário criar dispositivos que produzissem mudanças tanto no comportamento individual quanto coletivo. Assim, desenvolveram-se serviços especializados e recursos humanos para educar indivíduos, comunidades e o povo em geral.¹¹⁷

No combate à tuberculose, as enfermeiras visitadoras cumpriram um papel estratégico de controle social, principalmente em uma época em que a população ainda não tinha o hábito de procurar os serviços de saúde, inclusive o médico. Devido ao seu poder de contágio e de morte, juntamente com a tradicional visão que associava a doença com as miseráveis condições de vida da população mais pobre, não foram poucos os discursos médicos e sociológicos que procuravam demonstrar a relação de causalidade entre pobreza e “peste branca”. Na França, por exemplo, alguns discursos médicos acusavam os proletários de ser responsáveis pelo seu triste destino, sobretudo porque freqüentavam cabarés e desfrutavam os

¹¹⁴ George Rosen, *Uma história em saúde pública*, op. cit. p. 275. No decorrer do século XX, os serviços foram crescendo, as especialidades foram se diversificando e a exigência de se ter um diploma tornou-se obrigatória. Nos Estados Unidos, a criação da Organização Nacional de Enfermagem em Saúde Pública, fundada em 1912, e a Liga Nacional de Enfermagem, instituída em 1952, indicam o período de crescimento de formação de enfermeiras diplomadas e provavelmente uma fase de intensa desqualificação das enfermeiras, parteiras e visitadoras não diplomadas.

¹¹⁵ *Ibid.*, p. 273.

¹¹⁶ *Ibid.*, p. 274-276.

¹¹⁷ *Ibid.*, p. 272.

vícios mais desregrados da vida mundana.¹¹⁸ Como a tuberculose atacava como um “flagelo devastador” que podia propagar-se além do ambiente de vida das classes proletárias, o poder público foi pressionado a intervir, e uma das primeiras ações foi dirigida às habitações insalubres, especialmente ao ambiente onde viviam as camadas populares. Visando combater a tuberculose, a medicina social prescrevia não somente a necessidade de agir sobre as habitações insalubres e construir instituições hospitalares, mas também preconizava a importância de controlar a população tuberculosa no seu próprio ambiente. Surgiu, então, a idéia de formar e treinar um agente de saúde para penetrar no espaço privado da população pobre. Esse novo agente comunitário de saúde, no entanto, deveria diferenciar-se do antigo inspetor de polícia médica.¹¹⁹

No Brasil, as enfermeiras visitadoras também foram treinadas para enfrentar e registrar a tuberculose e outras moléstias malignas, e treinadas para difundir a educação sanitária, visando preservar a saúde de mães e crianças. Na década de 1920, o governo do Presidente Arthur Bernardes investiu na formação de enfermeiras de saúde pública, criando uma escola de enfermagem e organizando o ensino especializado de higiene pública, “moldado pelos programas de cursos similares da América do Norte”. A formação das enfermeiras visitadoras contou com o apoio da Fundação Rockefeller, que além de ministrar cursos de especialização no Brasil também permitia o aperfeiçoamento profissional nos Estados Unidos.¹²⁰

A partir de 1930, quando se ampliou movimento nacional de difusão dos postos de saúde, também expandiram-se os serviços de assistência domiciliar.¹²¹ Em Santa Catarina, dentre os diversos serviços desenvolvidos pelo Departamento de Saúde Pública, havia o

¹¹⁸ Cf. Roger-Henri Guerrand, *Guerra à tuberculose*, In: Jacques Le Goff (org.), *As doenças têm história*, 1997, p. 190.

¹¹⁹ Na França, a atuação da enfermeira-visitante, “primeiro ator médico-social dos tempos modernos”, afirma Guerrand, era de fundamental importância porque tinha legitimidade científica, moral e legal para investigar o espaço privado da família. Para combater a tuberculose, “chegava-se nem mais nem menos ao controle total da vida da família, sob pretextos higienistas”. Ao se declarar guerra à tuberculose, legitimava-se a prática dos fins justificam os meios, pois a idéia de instituir um plano de defesa sanitária equivalia a um plano de defesa nacional contra um inimigo invisível que deveria ser derrotado a qualquer custo. Embora possa admitir-se que a tuberculose tenha sido vencida, ou pelo menos controlada, também consta-se que esta guerra gerou uma nova ordem política no âmbito da saúde pública. Sob o comando de médicos e execução das enfermeiras visitadoras, instituiu-se a prática do registro domiciliar, de procedimentos permanentes de exames e outras série de medidas usadas no tratamento da tuberculose. Conseqüentemente, o conjunto de ações sanitárias usado para combater a tuberculose reforçou “o poder dos médicos, levando também os homens políticos a considerarem os trabalhadores médicos-sociais como instrumentos privilegiados de normalização e de moralização do proletariado”. (Roger-Henri Guerrand, op. cit., p. 200-201).

¹²⁰ Brasil, Mensagem apresentada ao Congresso Nacional, op. cit., 1925 e 1926.

¹²¹ Segundo os dados obtidos por Massako Lyda, no Anuário Estatístico do Brasil (de 1949), no período de 1918 a 1946 foram instalados cerca de 1.008 serviços oficiais de Saúde Pública não-hospitalares, principalmente Centros de Saúde e Postos de Higiene. Destes, 8 (0,79%) foram implantados entre 1918 a 1920; 79 (7,84%) entre 1921 a 1930; 512 (50,79%) entre 1931 a 1940; e 409 (40,57%) entre 1941 a 1946. A ampla maioria destes

Serviço das Visitadoras Atendentes, que iam de casa em casa para ensinar os cuidados de saúde e higiene da família, prestar assistência no parto e também registrar as doenças. Elas trabalhavam no serviço de higiene pré-natal, infantil, escolar e no serviço de epidemiologia. Registravam os casos de tuberculose, tifo, difteria, alastrim, sarampo e todas as doenças que conseguissem identificar. No serviço de gestante, a tarefa das visitadoras incluía registrar o número de partos feito por parteiras autorizadas, por médicos e por “curiosas”. Registrava-se também o tipo de parto realizado (normal, anormal, gemelar, natimorto, prematuro e aborto).

Na luta contra a mortalidade materna, a medicina higienista preconizava uma série de cuidados que ia desde o período pré-natal, assistência ao parto e pós-parto. Entre as ações preventivas de maior relevância estava a educação higiênica das mães, papel que cabia à enfermeira de saúde pública ou a visitadora domiciliar. Para o Diretor Geral do Departamento Nacional de Saúde, João de Barros Barreto, o ensino dos preceitos da higiene pré-natal era uma das funções das enfermeiras visitadoras, cabendo-lhes

ainda, orientá-las no preparo do parto; investigar as condições de habitação; prever o auxílio que se faça necessário para solucionar problemas sociais ou econômicos, a poderem afetar a saúde e o bem estar da mulher e da criança; cuidar da admissão, em refúgios, das gestantes indigentes, desamparadas e sem lar. Às enfermeiras cabem ainda atender ao problema da assistência ao parto, providenciando no sentido da remoção para maternidades, ou mobilizando os recursos necessários, quando se possa fazer o parto em domicílio, aos cuidados de profissional. O desvelo da enfermeira pela mulher e pelo recém-nascido far-se-á sentir ainda no post-partum, em visitas repetidas e nos esforços para facilitar-lhes, a uma e outro, o exame médico nos dispensários respectivos dos Centros de Saúde [sic!].¹²²

O serviço de visita domiciliar surgiu com o propósito de prestar assistência e levar à população conhecimentos básicos, visando melhorar as condições de saúde das famílias dos meios rural e urbano. Na visão das autoridades sanitárias do Estado de Santa Catarina, o modo de vida dessas famílias estava permeado pela ignorância, superstições e crendices, pois elas não conheciam os preceitos básicos da higiene moderna, estavam acostumadas a usar os seus chás caseiros e a procurar os/as curandeiras/as, as benzedadeiras e as “curiosas”. Para que as famílias criassem o hábito de vir até as unidades sanitárias, foi necessário criar estratégias para permitir que os serviços de saúde chegassem até o cotidiano das famílias. A visitadora levava na sua “maleta” não só medicamentos básicos e formulários para registros, mas também conselhos de ordem moral, religiosa e, sobretudo, higiênica. Ensinava-lhes os

serviços, cerca de 73%, foi implantada sob o controle dos governos estaduais. O poder municipal tinha o controle de apenas 9% dos serviços.

cuidados elementares sobre a higiene do corpo e da casa, registrava os casos de doenças na família, fornecia algum tipo de medicamento e prescrevia a ida aos centros ou postos de saúde.

De forma geral, as visitas domiciliares eram feitas por enfermeiras diplomadas ou treinadas, mas havia também as visitas de médicos. As modalidades de visitas eram várias: visitas médicas para verificação e vigilância; visitas por enfermeiras de pré-natal, higiene infantil e higiene escolar; e visita domiciliar para verificação, registro e tratamento de determinada doença intecto-contagiosa. Para efeito de ilustração, o quadro abaixo mostra os diversos tipos de atividades desenvolvidas pelo serviço das visitadoras sanitárias do Departamento de Saúde Pública do Estado de Santa Catarina:

Quadro 13 - Serviço das Visitadoras Sanitárias – Departamento de Saúde Pública de Santa Catarina (1947; 1957)		
Tipo de Visitas	1947	1957
Visitas médicas para verificação	66	-
Visitas médicas para vigilância	47	-
Visitas por enfermeiras	1.482	-
Inquéritos epidemiológicos	1.456	-
Conselhos individuais	2.954	-
Visitas a domicílio de pré-natal	2.623	911
Visitas a domicílio de higiene infantil	12.062	3.257
Visitas a domicílio de pré-escolar	16.620	13.519
Visitas a domicílio de escolar	1.818	3.371
Visitas a domicílio de tuberculose	357	582
Visitas a domicílio de lepra	05	-
Visitas a domicílio de doenças venéreas	04	-
Visitas a domicílio de parotidite	23	6
Visitas a domicílio de gripe	-	18.984
Visitas a domicílio de difteria	52	6
Visitas a domicílio de coqueluche	685	396
Visitas a domicílio de sarampo	316	122
Visitas a domicílio de varicela	107	58
Visitas a domicílio de alastrim	15	40
Visitas a domicílio de varíola	-	01
Visitas a domicílio de meningite	03	-
Visitas a domicílio de poliomielite	03	-
Outras visitas	3.597	22

Fonte: Santa Catarina. Mensagem do Governador dr. Aderbal R. da Silva, para a Assembléia Legislativa. Florianópolis, 1948.

Santa Catarina . Mensagem à Assembléias Legislativa. Florianópolis: Imprensa Oficial, 1958.

Na região carbonífera de Santa Catarina, o trabalho de assistência social e educação sanitária foi desenvolvido predominantemente por congregações religiosas. No período de 1930 a 1960, as irmãs de caridade assumiram o controle de hospitais, instituições

¹²² João de Barros Barreto, Tratado de higiene: saneamento-higiene, 1942. p. 502.

assistenciais, escolas e serviços de visitadoras. Elas tiveram um papel memorável no campo da assistência médica, social e educação para a boa saúde. Há registro sobre a atuação marcante de cinco congregações: Irmãs Escolares de Nossa Senhora; Pequenas Irmãs da Divina Providência; Irmãs Missionárias da Caridade; Filhas do Divino Zelo; e Irmãs do Instituto Sagrado Coração de Jesus.

Em Criciúma, as freiras alemãs da congregação Irmãs Escolares de Nossa Senhora foram convidadas para assumir os serviços de enfermagem, limpeza e cozinha do Hospital São José. Elas moravam em Forquilha, distrito de colonização alemã onde se localizava a sede local da congregação. Começaram a trabalhar em Criciúma em setembro de 1936, dois meses antes da inauguração do novo prédio do hospital. Em novembro, chegaram da Alemanha mais cinco irmãs e, destas, três vieram trabalhar no hospital, sendo que uma delas, a Irmã Maria Apollonia Langer, era enfermeira diplomada e já havia trabalhado na Cruz Vermelha e nos principais hospitais da Alemanha.¹²³

Em novembro de 1936, o prédio hospitalar, recentemente inaugurado, era constituído por uma sala de operações, uma de curativos, instalações sanitárias, luz elétrica e água encanada. “Graças às bondosas e incansáveis irmãs de caridade, contratadas por três anos”, conforme contrato firmado entre a Congregação das Irmãs Pobres da Escola de Nossa Senhora e a comissão administrativa do hospital, o São José estava na “mais perfeita ordem, higiene e disciplina”.¹²⁴

No cotidiano hospitalar, as irmãs trabalhavam em todos os setores. Eram enfermeiras, auxiliavam nas cirurgias, cuidavam dos doentes, cozinhavam, lavavam, limpavam e catequizavam os pacientes e familiares. Ao longo dos anos, as irmãs foram dedicando-se mais aos serviços de enfermagem, participando de cursos, principalmente em Porto Alegre. Os médicos que trabalhavam no hospital incentivavam-nas a se tornar enfermeiras profissionais.

Segundo o Livro de Crônicas do Hospital, até a década de 1960 as irmãs dedicaram-se a diversos cursos na área de saúde, o que demonstra preocupação em assimilar os conceitos essenciais da medicina científica, aperfeiçoar a prática de enfermagem e alcançar a legitimidade legal para continuar exercendo a profissão de enfermeira. Em fevereiro de 1962, por exemplo, a Irmã Maria Alix voltou de Porto Alegre com diploma de parteira e assumiu a chefia da maternidade, descontentando a parteira prática que não aceitava os “métodos

¹²³ Hospital São José, Livro de Crônica, Livro 1, 1936-1938. O Livro de Crônica n.º 1, de 1936 a 1964, foi escrito em alemão. Alguns anos mais tarde, uma das irmãs traduziu-o para o português.

¹²⁴ Hospital São José. Criciúma, Ata de 19/12/1936. Eram cinco irmãs: uma irmã superiora, duas irmãs enfermeiras, uma irmã farmacêutica e uma cozinheira.

modernos”, relata a irmã cronista;¹²⁵ Em março deste mesmo ano, a Irmã Maria Josefina e mais duas candidatas começaram um curso de corte e costura, que duraria dois anos, e outros trabalhos manuais na Escola Profissional Feminina, pertencente ao governo estadual, mas dirigida por professores leigos; em novembro as irmãs Maria Dorotéia e Maria Lúcia participam, em Porto Alegre, de um curso de enfermagem prática; em fevereiro de 1963, depois de ter concluído um curso superior de enfermagem, a irmã Maria Bertila assumiu a chefia da pediatria do hospital. Nessa época, a chefia estava com a enfermeira alemã Rosimarie Wiechers, “mas sua intenção, infelizmente, não” era “tão ideal”, pois ela queria “ganhar dinheiro e fazer viagens para conhecer o Brasil”, justifica a irmã cronista.¹²⁶ Em outubro de 1961, a Irmã Maria Paula começou um curso de enfermagem em Porto Alegre, concluído em abril de 1963; em agosto de 1964, a Irmã Maria Bertila fez um curso de operadora de raio-X, em Porto Alegre; em maio de 1965, a Reverendíssima Irmã Superiora Frumência parte para São Paulo para fazer um curso de Administração Hospitalar; em fevereiro de 1967 foi a vez da irmã Maria Rainilde terminar o seu curso de auxiliar de enfermagem, depois de três anos de estudos.¹²⁷

A atuação das freiras da Congregação das Irmãs Pobres da Escola de Nossa Senhora não se restringiu aos doentes internados no Hospital São José. A partir da década de 1940, quando Criciúma estava prestes a conquistar o título de a Capital Brasileira do Carvão, quando centenas de famílias da região litorânea de Santa Catarina começaram a substituir a vida da pesca e da roça pelo trabalho nas minas de carvão, quando os problemas urbanos tornaram-se mais visíveis e intensos, surgiu o medo das epidemias, do comunismo, do desregramento, da desordem social e moral. Na visão das irmãs, os novos habitantes de Criciúma, além de analfabetos não eram religiosos e levavam uma vida profana:

Eles são por assim dizer ‘existências quebradas’, sem educação, analfabetos, sem moral. São supersticiosos, deixam-se atrair facilmente pelas seitas. Apesar de muito trabalho as irmãs procuram prepará-los para receber os santos sacramentos. Alguns,

¹²⁵ Ibid., p. 269.

¹²⁶ Ibid., p. 276.

¹²⁷ Hospital São José, Livro de Crônica n.º 1. No final da década de 1960, o Hospital São José já se sentia com experiência suficiente para ministrar seus próprios cursos. Em 1968 houve as festividades da Semana da Enfermagem. O evento contou com a participação de representantes da Associação Brasileira de Enfermagem, além das enfermeiras dos outros hospitais de Criciúma. Houve até apresentação de teatro por um grupo de jovens enfermeiras do hospital. Neste mesmo ano, Criciúma foi sede da 5.ª Jornada de Medicina de Santa Catarina. Vários médicos de Florianópolis, São Paulo e Rio de Janeiro vieram para a jornada e visitaram o hospital. Nos anos seguintes, a Semana de Enfermagem continuou acontecendo, regularmente. Em abril de 1971 foi inaugurada a Escola de Auxiliar de Enfermagem do hospital. O evento contou com a participação de diversas autoridades, entre elas o prefeito, o bispo e os médicos. A partir daí as irmãs preocuparam-se em participar de cursos de enfermagem em outros Estados, com o objetivo de trazer experiência para a escola do hospital.

nem são batizados. Acontece muitas vezes, que um adulto em estado grave é preparado para a 1.^a santa confissão, 1.^a santa comunhão, matrimônio e unção dos enfermos, tudo no mesmo dia.¹²⁸

Do ponto de vistas das religiosas, as famílias mineiras viviam num estado profano. Além da falta de religiosidade católica, muitos viviam “juntos” ou eram “desquitados”; muitas crianças pertencentes ao grupo familiar mineiro, segundo as irmãs, não eram batizadas nem freqüentavam as aulas de catequese. Nessas famílias, o que reinava era “dinheiro e carvão”, lamenta a irmã cronista.¹²⁹ Diante desse cenário social profano, as irmãs propuseram-se a estender o trabalho de cristianização além do hospital. Assim, à prática de enfermagem acrescentaram cerimônias de batismos de adultos e crianças, primeira comunhão e casamentos.¹³⁰

Em Nova Veneza, as freiras italianas da congregação das Irmãs Beneditinas da Divina Providência assumiram os serviços do Hospital São Marcos. Em 1936, durante a chegada das irmãs italianas, a comunidade veneziana preparou um ritual de acolhida que ficou na memória oficial da cidade. Houve recepção na estação de trem de Criciúma, procissão na cidade, entrega de flores, declaração de poemas por crianças, discursos de autoridades, etc. Ao desembarcar no Porto de Laguna, onde já havia uma comissão aguardando-as, tomaram o trem e registraram suas primeiras impressões da região:

O trem (se assim se pode chamá-lo) corre numa **lentidão que oprime**. Em cada pequena estação, uma parada de mais de meia hora para carregar sacos; (...) A natureza parece triste! Longas planícies, quase todas incultas; vastos bosques virgens; (...) Nenhuma mudança da natureza alegra o nosso olhar e o coração se aperta num vago sentimento de tristeza. (...) O confronto é bem duro e triste! [grifos meus]¹³¹

É interessante perceber que as irmãs descrevem a paisagem e as condições sócio-econômicas de Laguna até Nova Veneza, comparando-as com a Europa, principalmente com a Itália. Esta narração tem um tom de melancolia e saudosismo. Parece que atravessar o Atlântico para promover a “caridade” não foi uma tarefa fácil. A imagem do “trem que corre

¹²⁸ Ibid., p. 62.

¹²⁹ Ibid., p. 63.

¹³⁰ Em 1968, tal como em anos anteriores, 24 crianças fizeram a primeira comunhão na capela do hospital; em 1969, novamente diversos batizados de urgência, batizados de adultos, primeira comunhão de crianças e adultos, e casamentos foram realizados; em março de 1971, as irmãs investiram cerca de Cr\$ 600,00 em sapatos, véus, meias, velas, café e vestidos na primeira comunhão de 66 “moleques e crianças pobres”. (Livro de Crônica do Hospital São José de Criciúma. Livro 02).

¹³¹ Zulmar Bortolotto, História de Nova Veneza, 1992. p. 124-125. Bortolotto também apresenta trechos de um “livreto” publicado em 1986, basicamente um tipo de diário, no qual as freiras descrevem as impressões da viagem e chegada à região.

numa lentidão que oprime” parece indicar o “confronto” entre dois mundos, duas realidades distintas: de um lado um mundo moderno e civilizado e, de outro, um mundo atrasado e pobre.

Quando chegaram à estação de Criciúma, mais precisamente à pequena praça, “uma espécie de caminhão” as esperava para conduzi-las até Nova Veneza. Na verdade eram dois caminhões e parecia “uma espécie de trampolim”, pois para subir nele era necessário “todo equilíbrio”. Como se não bastasse o desconforto dessa “espécie” de caminhão, as irmãs ainda tiveram de enfrentar as “horríveis” estradas. Chegando ao destino final, foram recebidas pela comunidade com entusiasmo e alegria, mas mesmo assim a frustração com o nível de desenvolvimento urbano da pequena cidade superou a recepção calorosa:

Entra-se no lugar. As pessoas se aproximam, enquanto houve-se o disparar de foguetes como sinal de saudação. O nosso olhar se alonga e o coração se aperta. O lugar conta com aproximadamente 50 casas, a maior parte de madeira, sem vidros nas janelas, dando-nos a impressão de ver os **barracões dos ciganos** [grifo meu].¹³²

Finalmente as irmãs chegam ao Hospital São Marcos, ansiosas por um repouso. Antes, porém, percorrem o espaço do hospital e fazem uma primeira vistoria: “olhamos em todas as partes e, por tudo, encontra-se trabalhos para fazer, para **colocar em ordem, para limpar**” [grifo meu]. Havia muito a fazer, mas boa vontade não lhes faltava, relata a cronista.¹³³ Da mesma forma que as irmãs alemãs do Hospital São José, desde 1936 as Beneditinas da Divina Providência, congregação fundada na Itália em 1849, além das atividades religiosas também desenvolveram serviços de enfermagem, educação, assistência social e de visitadoras sanitárias. Atuando em hospitais, escolas, instituições assistenciais, e exercendo o papel de enfermeiras em saúde pública na região carbonífera, cumpriram uma missão religiosa e ainda tiveram o árduo trabalho de “higienizar” a população local.

Em Urussanga, as Beneditinas da Divina Providência também trabalharam no Hospital Nossa Senhora da Conceição, além de escolas e instituições de amparo a crianças pobres. Na Sociedade das Damas de Caridade, instituição criada para “atender às parturientes e às mães pobres”, as irmãs faziam visitas domiciliares com o objetivo de orientar o planejamento familiar, ministrar conselhos conjugais, ensinar os preceitos essenciais da boa higiene e da boa alimentação, distribuir remédios, agasalhos, enxovais para bebês e providenciar assistência hospitalar, quando necessário. No Paraíso da Criança, instituição criada para

¹³² Ibid., p. 126.

¹³³ Ibid., p. 127.

“recolher, assistir, amparar e educar menores, órfãos e abandonados”, as irmãs Beneditinas trabalhavam como se fossem “verdadeiras e carinhosas mães daqueles filhos”, destaca Padre Agenor.¹³⁴

Na região carbonífera, além de exercer atividades de enfermagens, assistência social e religiosa em instituições hospitalares, em escolas e entidade filantrópicas, também foram convidadas para desempenhar o papel de visitadoras do lar. Em uma época em que a mortalidade infantil era “assustadora”, a família operária mineira ainda desconhecia os preceitos essenciais da boa higiene, e ainda não tinha o hábito de procurar os poucos serviços de saúde existentes, uma das estratégias adotadas pelas autoridades locais foi contratar os serviços das congregações religiosas para desenvolver a prática assistencial no espaço domiciliar.¹³⁵

No Livro de Crônica do Hospital São José consta, por exemplo, que em 1944 a Irmã Elisabeth assumiu o cargo de irmã visitadora das famílias mineiras da Companhia Carbonífera Próspera.¹³⁶ E segundo as recordações da Irmã Emanuele, que trabalhou na Vila Operária de Santana, distrito de Urussanga, de 1959 a 1964, as famílias eram relativamente numerosas; as condições de moradia e higiene, “perigosamente” alarmantes; a mortalidade infantil, assustadora; e os conflitos familiares caracterizavam a violência doméstica. Esta religiosa lembra-se de uma época em que as vilas operárias mineiras eram padronizadas, enfileiradas e sem cerca entre as casas; as crianças perambulavam pelas ruas descalças, nuas ou seminuas, e defecavam em qualquer lugar; brincavam nos arredores da casa, nos lugares onde corria o esgoto, ou então em lugares mais afastados, em solos e córregos contaminados pelos rejeitos piritosos. À noite, diz a freira, era comum irmãos, irmãs e pais dormirem no único quarto da casa, em condições propícias à “promiscuidade”.¹³⁷

Sem considerar ou perceber o processo que produzia as desigualdades, as irmãs problematizavam o modo de vida da família mineira, focalizando a “ignorância” como uma das principais causas de sua própria miséria. Elas visitavam a casa operária com a missão de

¹³⁴ Mons. Agenor Neves Marques, *História de Urussanga*. Urussanga, p. 205.

¹³⁵ Para penetrar no ambiente doméstico da família mineira, o poder público, juntamente com o Serviço Social da Indústria (SESI), a Sociedade de Assistência aos Trabalhadores do Carvão (SATC) e o apoio dos proprietários das maiores companhias, forjaram uma estratégica aliança com as congregações religiosas, “que sob as vestimentas sagradas da Divina Providência” conquistaram o consentimento para adentrar na intimidade do lar.

¹³⁶ O Livro de Crônicas do Hospital São José, de Criciúma, informa também que a partir de 1960 o médico pediatra Boianovsky ministrou diversos cursos de higiene infantil às irmãs e às demais enfermeiras do hospital.

¹³⁷ As irmãs visitadoras percebiam o modo de vida da família operária mineira, comparando-o com o modo de vida das classes civilizadas. Assim, ao penetrar no mundo das vilas operárias encontravam uma realidade em que praticamente todos os hábitos e costumes da família mineira estavam contaminados por vícios, maus hábitos de higiene, ignorância, superstições, desconforto, etc. Ao mesmo tempo em que a realidade miserável das vilas

ensinar a higiene da boa saúde, da boa alimentação, da casa, da criança, assim como as qualidades da boa mãe e da boa esposa. Treinadas e familiarizadas com o discurso médico-higienista, elas apontavam os erros nos hábitos alimentares e ensinavam às mulheres técnicas de cozimento, cardápios balanceados e como cultivar uma pequena horta de verduras nos fundos do quintal. Como lembra a Irmã Emanuele, “nós ensinamos cada família a ter a sua verdurinha, ter seu quintalzinho, seu jardimzinho. Naquele tempo as casas não tinham cerca, não tinha separação nenhuma (...)”.¹³⁸ Irmã Ricarda, que também prestou assistência social às famílias mineiras na década de 1960, recorda o tempo em que foi visitadora:

Nós também íamos nas casas das famílias, nós íamos de casa em casa, ensinávamos a cozinhar, a arrumar a casa (...) Depois criaram os cursinhos de trabalhos manuais, aí ficou mais fácil, **porque às vezes elas não queriam nos receber**. Depois as irmãs criaram as salas de arte culinária e trabalhos manuais (...) As irmãs mais antigas contavam que as mulheres que participavam da escola aprendiam a temperar a comida. Então, na hora que ele [o mineiro] destampava a marmita, tinha aquele cheirinho gostoso de comida (...) Então ele dizia: mas esta comida está muito gostosa, manda sua mulher para aula, minha mulher está aprendendo, aprendeu muita coisa boa. Porque as mulheres não sabiam cozinhar, elas faziam de qualquer jeito. Abóbora! não sabiam fazer; verdura não existia, era arroz seco e carne. Então as irmãs ensinavam a plantar verdura, a preparar um prato (...) As mocinhas iam para aula de bordado (...)¹³⁹

A visita domiciliar também servia para convidar as esposas e filhas para participar dos cursos de economia doméstica oferecidos pelo SESI, SATC e outras instituições. Nesses cursos que, aliás, popularizaram-se pelo país afora, as freiras ensinavam as mulheres a cozinhar, costurar, bordar, cuidar da higiene da casa, enfim, a ser uma boa esposa e uma boa mãe. Os bordados tinham frases religiosas ou mensagens que lembravam a importância da higiene da casa. Dona Elisa, por exemplo, recorda que fazia bordados com pensamentos “bonitos”, como “a higiene prolonga a vida”; recorda que “quem tinha mais pano de parede era mais bonito, era competição”; que “os banquinhos de prateleiras eram bordadinhos também e eles adoravam nossa casinha e quem fazia este trabalho todo era eu”, conta, orgulhosa.¹⁴⁰ Muitas mulheres aprenderam a costurar para a família, e algumas até tornaram-se profissionais. Irmã Emanuele lembra que,

operárias despertava nelas sentimentos de tristeza, também oferecia a oportunidade de exercer a caridade civilizatória.

¹³⁸ Irmã Emanuele Piedade Brito, 66 anos, entrevista feita em setembro de 1996.

¹³⁹ Irmã Ricarda F., 71 anos, entrevista feita em setembro de 1996.

¹⁴⁰ Elisa de Oliveira, 69 anos, entrevista feita por Marli de Oliveira Costa em maio de 1996.

com o tempo elas começaram a pegar serviço pra fora. Urussanga mandava muita coisa para elas costurarem (...) Até de Florianópolis vinha trabalho para elas fazerem. Elas faziam bordados, lençóis, enxovalzinho de neném. Então, por fim, elas já trabalhavam pra fora. E faziam muito bem feitos os trabalhos. As moças de Urussanga solicitavam bastante enxovais. As moças, então, era impressionante (...) ¹⁴¹

Além da preocupação com as práticas de higiene da casa, as irmãs visitadoras ultrapassam as barreiras da intimidade para aconselhar as esposas a respeitar os maridos, a ter relações sexuais sadias, a fazer o planejamento familiar e fixar os espaços masculino e feminino. Havia uma preocupação com a educação das crianças – as irmãs ficavam horrorizadas com o espetáculo das crianças perambulando ao redor das casas, despidas, sujas e descalças, sem os mínimos cuidados com os preceitos elementares da boa higiene. ¹⁴²

Essa era uma das paisagens características das vilas operárias mineiras. Por isso, não foi difícil estabelecer uma relação entre a mortalidade infantil e as condições de saneamento e higiene das famílias mineiras. Irmã Ricarda, por exemplo, retira do seu arquivo de lembranças os cortejos dos “caixãozinhos” de crianças que eram sepultadas quase que diariamente em Criciúma, na década de 1950. Na sua opinião, as crianças morriam devido às péssimas condições de higiene e às mães “desnaturadas” e “despreparadas” que não sabiam ou não se interessavam em cuidar dos filhos. Elas não sabiam cozinhar, não amamentavam e não davam banho nas crianças, lembra Irmã Ricarda. Nessa época, “as casinhas eram todas pretinhas, tinha umas bem cuidadosas, que a gente entrava, era tudo limpinho, mas tinha outras que não cuidavam muito não”. ¹⁴³

No âmbito da memória e das representações do passado, a população local reservou um espaço especial às freiras que prestaram assistência social nas antigas vilas operárias da região carbonífera. Nas vilas onde elas exerceram a caridade civilizatória há muitas lembranças carinhosamente guardadas na memória dos moradores mais velhos. Na Vila Próspera, a congregação das Pequenas Irmãs da Divina Providência marcou presença gloriosa. Em geral, a população recorda-se das freiras pelos seus feitos humanitários, educativos e religiosos.

¹⁴¹ Irmão Emanuele, entrevista citada.

¹⁴² Para Barbara Weinstein, que analisou as políticas de assistência social desenvolvidas por empregadores, educadores e assistentes sociais em São Paulo, entre 1910 e 1950, “todos esses cursos trabalhavam com a hipótese, segundo a qual, a mulher da classe operária era, acima de tudo, esposa e mãe ou futura esposa e mãe”. Mesmo que trabalhasse fora de casa, quando ainda solteira ou também depois de casada, “sua atribuição pecuniária principal no lar continuava sendo a organização racional de uma atmosfera sadia e de filhos bem criados, papel pressuposto de toda mulher”. Barbara Weinstein. *Mulheres trabalhadoras em São Paulo: de operárias não qualificadas a esposas profissionais*. In: *Cadernos Pagu*. São Paulo: Publicações Pagu/NEG/UNICAMP, n.º 4, 1995. p. 143-171.

Na visão de José da Silva, a vinda das irmãs foi uma espécie de dádiva dos céus. Elas apareceram na Vila Próspera “como anjos de paz, trajando monásticos hábitos nas cores preto e branco, feito andorinhas ágeis em vôos rasantes e altaneiros”. Com muita “fé e audácia” lançaram “o fermento de um novo mundo”, diz o narrador.¹⁴⁴

Visando dimensionar o grandioso trabalho desenvolvido pelas irmãs de caridade, José da Silva descreve o cenário encontrado pelas religiosas na década de 1950. Assim, recorda que

os mineiros eram pessoas rudes, de escassa escolaridade, na maioria analfabetos ou semi-analfabetos, com origem no interior ou no litoral, onde abandonaram a roça ou a pescaria em busca de um novo eldorado: a mina de carvão que lhes prometia melhores dias. Eram pessoas de hábitos simples, quase simplórias, porém religiosas, íntegras e tementes a Deus.¹⁴⁵

Excluindo a questão religiosa, na qual há um tom de exagero, as demais representações estão em sintonia com diversas outras fontes e depoimentos. Ainda sobre o cenário de vida da Vila Próspera, José da Silva lembra que “o negrume das modestas casas de madeira e a poeira das estradas piritosas pareciam empanar a vida daquela gente sem grande perspectiva, lutando de sol a sol, única e exclusivamente para suprir suas necessidades básicas”. Nessa época, década de 1950, “nossa vida era carente de tudo”, recorda. Praticamente não havia estrutura de saneamento básico, “as privadas de madeira eram colocadas nos fundos dos lotes, as casas não tinham água encanada nem luz elétrica, e os esgotos corriam a céu aberto”.¹⁴⁶ Por isso, “foi para nós uma dádiva de Deus quando chegaram no nosso bairro as freiras da congregação das Pequenas Irmãs da Divina Providência”, destaca Valmiré Carlos Veiga. Do seu ponto de vista, além da catequese e dos ensinamentos religiosos, as irmãs foram as primeiras a difundir ensinamentos de cidadania aos moradores da vila operária.

Depois de rememorar a realidade de um passado em que quase tudo era precário, José da Silva centraliza sua narrativa no árduo trabalho das freiras. Baseando-se em depoimentos de velhos conhecidos de sua época, propõe-se a fazer uma justa e merecida homenagem à Irmã Cláudia, protagonista principal do seu livro de memórias. As lembranças reportam-se às atividades desenvolvidas com crianças, jovens e adultos; lembra-se das lições de puericultura,

¹⁴³ Irma Ricarda, entrevista citada.

¹⁴⁴ José da Silva e José de Souza Patrício. *Semente de luz em terra próspera: o bairro Próspera no tempo das freiras*, 2001. p. 12.

¹⁴⁵ *Ibid.*, p. 10.

dos ensinamentos de higiene, dos conselhos aos pais, maridos e esposas. De um modo geral, Irma Cláudia é representada como “uma mãe, uma irmã, uma orientadora”, como lembra Osni Arvim Santiago, o Nizo, que se recorda do tempo em que as irmãs organizaram times de futebol, coral, bandinha e catequese, envolvendo cerca de duzentas crianças. Lembra que enquanto Irmã Cláudia cuidava dos meninos, Irmã Emiliana cuidava das meninas. E sobre essa época, Valmiré Carlos Veiga faz uma síntese:

Eu me recordo de muitos ensinamentos dados pelas irmãs, especialmente pela Irmã Cláudia na fase de nossa pré-adolescência e que moldaram o caráter de todos nós. Exemplo: a frequência obrigatória na missa aos domingos, a preparação para a primeira comunhão, assim como a reza do terço que muitos de nós freqüentávamos diariamente na capela da casa das freiras, ali perto do corte. Outro fato a destacar era o banho de chuveiro, que tomávamos aos sábados, nos banheiros construídos pela Companhia Próspera a pedido das freiras, no local conhecido hoje como a Praça da Chaminé. As nossas casas não tinham banheiros e, aos sábados, por volta das 3 horas da tarde, ia se formando aquela fila, com a meninada trazendo as roupas limpas para trocar após o banho. Era o banho da semana, o banho geral. Num lado ficava o banheiro das meninas e no outro o banheiro dos meninos.¹⁴⁷

Valmiré lembra-se da orientação religiosa e da educação higiênica, destacando a prática do banho geral aos sábados, como resultado do trabalho realizado pelas freiras. Ressalta a importância e a influência exercida por elas na sua formação moral e cultural, salientando que os seus pais, “apesar de honestos e trabalhadores, não tinham cultura, não tinham ensinamentos para nos transmitir na forma e no conteúdo adequados para a nossa formação”. Almir da Silva reforça as lembranças de seu conterrâneo, afirmando que a Vila Próspera era constituída predominantemente por “famílias sem estrutura, pais viciados na bebida e no jogo de cartas”. Do seu ponto de vista, as irmãs realizaram uma “transformação gloriosa”, pois ao ministrar ensinamentos de puericultura e higiene doméstica contribuíram para diminuir a mortalidade infantil, que na época era muito elevada. Dentre as suas principais recordações, Almir destaca as atividades desenvolvidas com a garotada. Diz que para atrair as crianças Irmã Cláudia “ofereceu o que elas mais gostavam: futebol”.¹⁴⁸ Verônica Menezes, por sua vez, afirma que não se esqueceu das visitas domiciliares feitas pela Irmã Cláudia, “dando noções de higiene, de economia doméstica, de culinária e até de boas

¹⁴⁶ Ibid., p. 10-11.

¹⁴⁷ In: José da Silva e José de Souza Patrício, op. cit., p. 37.

¹⁴⁸ In: José da Silva e José de Souza Patrício, op. cit., p. 102.

maneiras”.¹⁴⁹ E Adélcia de Freitas Tramontin conta que, embora viesse de um meio sócio-econômico mais alto, teve coragem e disposição para prestar assistência e orientação aos moradores da Vila Próspera, no período em que a família mineira não conhecia as regras básicas do convívio familiar, não sabia cuidar do lar, das crianças, das roupas, da alimentação e de outros afazeres domésticos.¹⁵⁰ Na sua opinião,

a paz e a tranquilidade que Irmã Cláudia transmitia às famílias com seus ensinamentos mais simples, como saber ajeitar uma casa, lavar chão, lavar e passar roupas, colocar ordem na casa e na cabeça das donas de casa, dando-lhes noções de economia e de afazeres domésticos, de saber tratar os filhos e de principalmente conviver e dialogar com o esposo foram ensinamentos inéditos para aquelas pessoas naqueles já longínquos anos 50.¹⁵¹

Adélcia explica que, por descender de imigrantes italianos, cresceu no meio rural, levando uma vida “bucólica e pacata”. Sua família criava gado e animais domésticos, produzia vinho para consumo próprio, leite, verduras e hortalças. Aí “foi chegando um pessoal muito diferente, vindo de todos os lados, com costumes não tão ordeiros e certinhos como eram os dos colonos italianos”, que até então eram os “senhores absolutos” das terras. A princípio surgiram conflitos, mas aos poucos “se fez presente a figura meiga e forte da Irmã Cláudia que, com sabedoria e muita diplomacia, soube aproximar os dois lados”.¹⁵²

Embora existam os efeitos subjetivos da memória, não há dúvidas de que as congregações religiosas cumpriram um importante papel moralizador e higienizador no seio da classe operária mineira. Da mesma forma que muitos outros agentes sociais, tanto as enfermeiras leigas quanto as irmãs religiosas participaram de um processo de modernização que modificou a geografia e a cultura das vilas operárias mineiras. A mortalidade infantil, as

¹⁴⁹ In: José da Silva e José de Souza Patrício, op. cit., p. 59.

¹⁵⁰ Em geral, enquanto os homens destacam as lembranças do futebol, do coral, da banda, entre outras, as mulheres recordam-se dos cursos de economia doméstica, dos ensinamentos de puericultura, das noções de higiene para o cuidado do corpo e do lar.

¹⁵¹ In: José da Silva e José de Souza Patrício, op. cit., p. 96. Pelo visto, o modo de vida dos moradores não se coadunava com as normas preconizadas pela medicina higienista e com a conduta moral e religiosa pregada pela igreja católica.

¹⁵² Ibid., p. 97. Para evitar qualquer dúvida, cabe esclarecer que as lembranças e representações contidas no pequeno livro de memória de José da Silva e José de Souza Patrício foram especialmente dedicadas à Irmã Cláudia. Como não se trata de uma obra de cunho acadêmico, os autores não tiveram outra preocupação a não ser registrar as recordações mais positivas de um passado do qual eles fizeram parte. Por isso, houve uma escolha seletiva de depoimentos e “naturalmente” foram escolhidas pessoas que tinham “boas” recordações sobre o trabalho das irmãs, principalmente em relação ao trabalho da Irmã Cláudia. Assim, outras opiniões ou outros moradores com perspectivas diferentes sobre as atividades desenvolvidas pelas religiosas não foram ouvidas. De qualquer forma, torna-se evidente a caridade civilizatória feita pelas Pequenas Irmãs da Divina Providência.

doenças, as moradias anti-higiênicas, a ignorância, a subnutrição, entre outros problemas, formaram o diagnóstico social que justificou o desencadeamento de um processo de higienização no ambiente de vida das famílias operárias. De um modo geral, pode-se afirmar que enquanto as enfermeiras de saúde pública restringiram seu campo de ação aos aspectos de saúde e profilaxia, as freiras exerceram sua tradicional caridade civilizatória, procurando difundir a palavra de Deus e incutir no cotidiano familiar os ensinamentos de puericultura, higiene e economia doméstica.

CONCLUSÃO

Hoje, no Brasil, há uma consciência coletiva de que o acesso a um serviço público de saúde é direito de todos. Essa consciência começou a se tornar mais evidente e generalizada, na década de 1970, quando novos personagens entraram em cena. Ao longo do século XX, mas no Brasil entre as décadas de 30 e 70, cristalizou-se uma sensibilidade sanitária, de tal forma que atualmente a população tem o hábito não somente de ir até o posto de saúde, mas também de tomar vacina, procurar o médico, o dentista, usar medicamentos produzidos em laboratórios, cuidar da higiene corporal, da higiene dos alimentos, do vestuário, do lar, etc. A formação desses hábitos, porém, corresponde a um processo de institucionalização da medicina, de enquadramento de populações, enfim, de um *processo civilizador*.

Embora a questão “saúde” continue sendo um dos principais problemas da sociedade moderna, no século XX as ciências médica, biológica e química, combinadas com políticas públicas de higiene e saneamento básico, e o aumento substancial da produção agrícola e industrial, conseguiram controlar, com relativa estabilidade, antigas moléstias que há séculos atormentavam a população. No caso brasileiro, os discursos do início do século passado, que representavam o Brasil como um vasto hospital, não encontra mais amparo na realidade nacional. Atualmente, para cada moléstia conhecida já existe uma estrutura de assistência e uma terapia para enfrentá-la. Quando surge uma nova doença, a sociedade mobiliza o saber e a estrutura científica para descobrir o mais rapidamente possível os meios para neutralizar, eliminar ou controlar tal enfermidade. Sem entrar no mérito da eficácia terapêutica, ou dos efeitos colaterais produzidos pela medicalização, motivada principalmente pelos interesses econômicos da indústria da saúde, percebe-se que os serviços destinados a curar ou prevenir enfermidades implicaram e ainda implicam mudança de conduta, ou seja, mudanças de hábitos no cotidiano de vida e trabalho da população. Desde tenra idade incute-se nas crianças os hábitos de higiene da sociedade moderna.

Visando assegurar a saúde individual e coletiva por meio de assistência médica curativa e ações preventivas, as políticas e terapias de controle da saúde pública assumiram, cada vez mais, funções *civilizadoras*. A partir do século XIX e, principalmente, no século XX, a moderna saúde pública não somente impôs novos hábitos e costumes de higiene às populações urbana e rural, como também credenciou profissionais e instituições competentes a preservar a saúde e combater as doenças. Ao longo do último século, a ideologia da boa higiene foi penetrando sistemática e permanentemente no espaço domiciliar, assim como em todos os espaços institucionais, como empresas, escolas, faculdades, hospitais, repartições públicas, meios de comunicação, etc. De um modo geral, pode-se dizer que a difusão dos serviços de saúde pública, entendidos como ações para prevenir e combater moléstias por meio de um processo permanente de criação e normalização de hábitos de higiene e de saneamento, contribuiu para diminuir e controlar determinadas doenças existentes nas nações modernas.

Considerando que as políticas de saúde pública e de assistência médica foram atraídas pela força centrífuga do *movimento sanitarista* característico da sociedade industrial civilizada, coube à medicina moderna um novo papel social. Ela diagnostica e prescreve terapias condicionadas ao código de conduta peculiar da sociedade moderna. A medicina prescreve a terapia, ou seja, os meios necessários para curar ou prevenir as doenças, exigindo mudanças de comportamento em relação à higiene do corpo, da alimentação, do vestuário, higiene e saneamento do espaço doméstico, visando elevar o padrão de saúde da população e, conseqüentemente, da sociedade industrial.

As medidas prescritas propiciam melhorias importantes. Todavia, como se trata de uma terapia imposta de cima para baixo, emerge conflitos, resistências e novas disfunções. Seguindo a lógica civilizatória de controle social e de dominação, os serviços de saúde desenvolvidos pelos poderes públicos e por instituições privadas e filantrópicas favorecem ações profiláticas sem levar em consideração as diferenças étnico-culturais, a experiência popular de controle das doenças, as características climáticas da região, ou seja, dissemina-se uma terapia preventiva padronizada, sem levar em conta a histórica adaptação de cada cultura no seu ambiente de vida.

No caso da região carbonífera de Santa Catarina, cujo processo de higienização e saneamento foi dirigido prioritariamente às famílias mineiras, também houve um *processo civilizador* com perdas e ganhos, mudanças e resistências. Nessa região, a cultura material, os ideais de progresso e de modernidade propagados no movimento da Revolução Industrial chegaram por meio da indústria carbonífera e da ferrovia do carvão. Em torno da indústria

carbonífera desenvolveu-se a economia do carvão e a paisagem social da região carbonífera. Com o crescimento e expansão da indústria carbonífera, ocorrido principalmente a partir da década de 1930, desencadeou-se um processo de migração e urbanização nos municípios que haviam sido “abençoados” com a existência do “ouro negro” em seus solos, principalmente no caso de Lauro Müller, Criciúma (a Metrópole do Carvão), Urussanga e Siderópolis, além de Tubarão, cidade onde foram instaladas estruturas industriais para beneficiamento do carvão e usina termoeletrica, e as cidades portuárias de Laguna e Imbituba.

O progresso industrial trouxe conquistas importantes à tradicional população que estava habituada a viver no limiar da incerteza das atividades agrícola e pesqueira. Ao longo do século XX, principalmente a partir da década de 1920, desencadeou-se um processo de metamorfose cultural em que tradicionais famílias de colonos e de pescadores foram assimilando e forjando uma nova identidade, a identidade social da cultura mineira. O trabalho nas minas de carvão possibilitou o acesso regular à escola, ao armazém, ao açougue, à farmácia, ao comércio; propiciou também acesso à energia elétrica, às casas construídas pelas Companhias Mineradoras, aos serviços de saúde, aos médicos e aos hospitais; o emprego na mina de carvão assegurava uma previdência social e um salário regular, além de outras vantagens.

A vinda para a região carbonífera permitiu o acesso à cultura material do progresso industrial, mas o custo social desse progresso, no entanto, não demorou a cobrar o seu tradicional tributo em vida e morte. A urbanização acelerada e desordenada, combinada com os problemas de saúde decorrentes do trabalho nas minas e da poluição provocada pela atividade mineradora, produziu um novo quadro de morbidade e mortalidade na região mineira. Para reverter ou conter o progresso da morte, intensificou-se gradativamente um movimento sanitário em defesa de melhores condições de vida e trabalho da população da região carbonífera.

Aos poucos, as tradicionais práticas de uso de ervas medicinais e remédios caseiros foram sendo substituídas pelos produtos da medicina moderna. O tradicional espaço de trabalho de curandeiros/as, práticos de farmácia, benzedeiras e parteiras foi sendo gradativamente diminuído com a vinda de médicos e outros profissionais da área de saúde. Com a difusão dos postos de saúde e dos serviços de higiene, aos poucos as mulheres habituaram-se a levar os filhos para tomar vacina, sem dúvida uma das principais conquistas da medicina preventiva. Ao se difundir os serviços de higiene pré-natal, infantil e escolar, junto com os serviços de assistência médica e previdenciária destinados a curar e prevenir moléstias, estabeleceu-se também uma relação de poder de caráter civilizador. As ações

profiláticas, visando combater os “maus” hábitos da população por meio de um conjunto de normas relativas aos cuidados da saúde, em casa e no trabalho, continham o código de higiene do homem urbano civilizado.

Assim, ao longo de décadas a população da região mineira foi assimilando esse código de higiene, ou pelo menos parte dele. À medida que foi se edificando e ampliando a estrutura de controle da saúde pública junto com os serviços de saúde, houve mudanças culturais e resistências, predominando a primeira. Devido aos problemas de saúde surgidos em torno da indústria carbonífera, formou-se um *movimento sanitarista* constituído por ações individuais e coletivas de pessoas e instituições. Mesmo considerando a *constelação de influências* que afetou esse movimento, difundiu-se um conjunto de políticas de assistência médico-social como parte do processo de modernização da indústria do carvão, cujas diretrizes gerais foram definidas por órgãos federais.

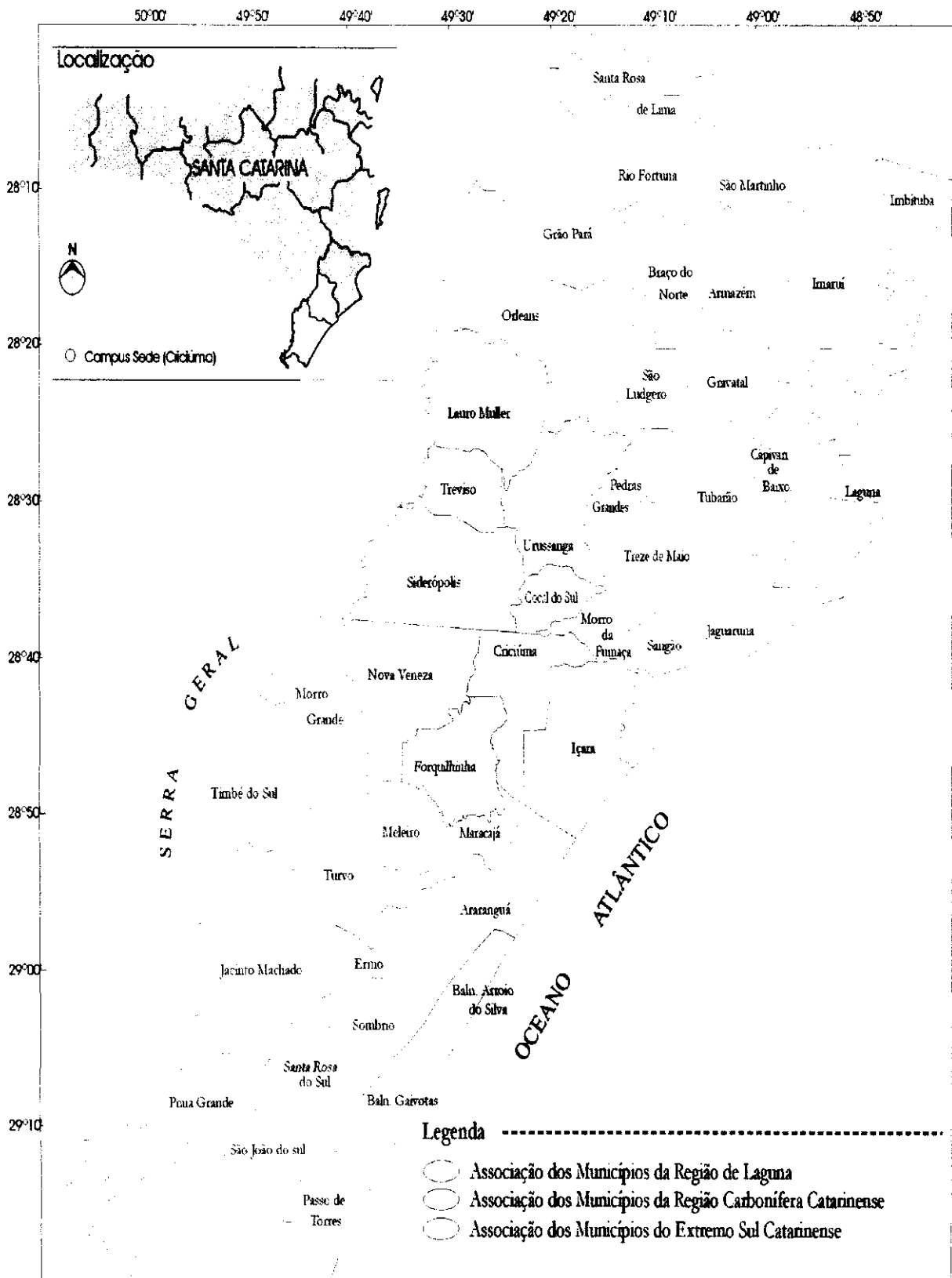
Sem dúvida, o medo do comunismo e os interesses econômicos tiveram um significativo grau de influência nesse movimento, mas outros medos e sentimentos, provenientes do complexo tecido social que forma e movimenta a sociedade, também devem ser levados em consideração, indissociadamente. Parece mais razoável entender a complexidade social lembrando que a sociedade busca a regularidade e estabilidade da vida em todas as suas dimensões: política, cultural, econômica, religiosa, etc. Os problemas que provocam desequilíbrios ou ameaçam a regularidade da vida, tanto uma epidemia, quanto movimentos políticos radicais, desencadeiam processos de mobilização da sociedade para restabelecer o equilíbrio social ou constituir uma nova estrutura de poder que assegure a estabilidade necessária para a regularidade da vida.

Nesse sentido, pode-se afirmar que a sociedade da região carbonífera de Santa Catarina requereu a intervenção do Estado e se mobilizou para estabelecer o equilíbrio social num período em que o processo de industrialização e urbanização havia provocado grandes “desordens”. Mesmo levando em conta que houve um desequilíbrio socialmente aceito, uma vez que a população foi seduzida por ideais de progresso e modernidade, os poderes públicos em níveis federal, estadual e municipal, assim como setores industriais, instituições médicas privadas e filantrópicas, foram pressionadas a corrigir os efeitos colaterais do progresso, com a implementação de serviços médicos e políticas de controle da saúde pública. Para isso, desenvolveu-se uma crescente estrutura de serviços médicos na região, que desempenharam um papel decisivo na transformação do modo de vida da população, principalmente no que diz respeito aos hábitos de higiene e cuidados com a saúde. De um modo geral, a assistência médica e as políticas de saúde pública cumpriram múltiplas funções, entre as quais a

necessária e legítima função de controle social, e a relação de dominação que favoreceu o poder médio e a indústria da saúde, ou mesmo outros grupos sociais. A partir da década de 1930, principalmente, identifica-se um movimento modernizador caracterizado por avanços e retrocessos, controle social e dominação, melhorias nos padrões de saúde e surgimento de novas disfunções. O aspecto mais importante, no entanto, foi que nesse processo de modernização, que atingiu a população de um modo geral, incluindo os operários e os proprietários das minas, consolidou-se uma cultura moderna, higienizada e civilizada na região carbonífera de Santa Catarina.

ANEXOS

Anexo 1 – Mapa da Região Carbonífera de Santa Catarina



Anexo 2 - Evolução do quadro demográfico da população carbonífera de SC (1940-2000)

Municípios	1940	1950	1960	1970	1980	1990	2000
Araranguá	59.273	38.923	24.461	26.471	33.685	48.415	54.649
Tubarão	53.717	67.045	62.588	67.474	75.237	95.062	89.338
Laguna	33.212	38.189	29.305	35.359	39.519	44.862	47.543
Criciúma	27.753	50.854	61.975	82.033	110.604	146.320	170.322
Nova Veneza	-	13.584	9.367	8.219	9.175	10.376	11.510
Içara	-	-	-	17.169	24.498	38.095	48.597
Forquilhina	-	-	-	-	10.869	14.059	18.349
Orleans	24.965	33.848	15.619	15.935	16.388	20.041	20.021
Lauro Müller	-	13.921	14.662	15.682	13.221	13.936	13.602
Urussanga	15.473	24.090	17.699	15.712	21.417	29.882	18.727
Nova Belluno/ Siderópolis	-	-	12.309	13.341	12.396	13.388	12.069
Morro da Fumaça	-	-	-	4.770	9.082	12.374	14.550
Cocal do Sul	-	-	-	-	-	-	13.727
Treviso	-	-	-	-	-	-	-

Fonte: Censos demográficos do IBGE. Dos municípios acima, Araranguá, Tubarão e Laguna não estão dentro do perímetro geográfico da Associação dos Municípios da Região Carbonífera (AMREC). Nova Veneza, Içara e Forquilhina eram distritos de Criciúma; Lauro Müller era distrito de Orleans; Nova Belluno (Siderópolis), Morro da Fumaça e Cocal do Sul pertenciam a Urussanda; e Treviso, o último distrito a tornar-se município, pertencia a Siderópolis.

Anexo 3 – N° de trabalhadores, por empresa, do setor carbonífero de Criciúma, em 1940

Empresa	Gerente/Diretor	N° Trabalhadores
1. Cia .Brasileira Carbonífera de Araranguá	Heriberto Hülse	546
2. Soc. Carbonífera Próspera S.A.	Jorge Carneiro/Júlio Gaidzinski	467
3. Montanha Carbonífera S.A.	Ernesto Lacombe/Francisco Meller	97
4. Mina Dr. Alvaro Catão	Atílio Bainha	82
5. Soc. Brasileira Carbonífera Progresso	Benjamin Bristot/José Portella	73
6. Mina Angeloni e Cia. Ltda.	Elias Angeloni	71
7. Mina João Cechinel. empreiteira CBCA	João Cechinel	54
8. Soc. Carb. Napolini e Cia. Ltda.	Arquimedes Napolini	47
9. Soc. Carb. Sav Munde e Cia. Ltda.	Alberto Savimunde	41
10. Mina Colonial de José Casagrande	Vitório Búrigo	37
11. Soc. Bras. Carb. Dr. Perdeneiras Ltda.	Domingos Bristot	35
12. Mina celeste Zilli	Celeste Zilli	35
13. Soc. Carb. Visconde de Taunay Ltda.	Vitório Búrigo	30
14. Soc. Carb. De Luca Ltda.	João De Luca	29
15. Mina Boa Vista	Elias Angeloni	27
16. Mina Boa Esperança	Virgílio Mondardo	23
17. Mina União	Sotero Cardoso	22
18. Soc. Carb. Içarense e Cia. Ltda.	Procópio Lima	21
19. Soc. Bras. Carb. São José Ltda.	Fiorento Meller	18
20. Soc. Carb. Cruzeiro do Sul	Angelo Vieira	17
21. Mina João Casagrande e CIA.	João Casagrande	13
22. Mina Fontana e Cia Ltda.	Dionísio Mondardo	10
23. Mina Búrigo e Cia. Ltda.	Marcos Búrigo	07
24. Mina João Colombo e Cia. Ltda.	Pedro Beneton	07
25. Mina Santa Maria	Antônio Daré	04
26. Cia. Carb Uniao Ltda	Pompílio	03
27. Soc Carb Familiar e Cia Ltda.	Antônio Justo	-
28. Soc. Bras. Carb. Felisberto Zanette Ltda	João Zanette	-
29. Mina Belo Horizonte	Antônio Izago	-
30. Mina Otávio Minato	Otávio Minato	-
31. Soc. Carb Herdeiros e Cia Ltda	Procópio Lima	-
32. Coque Ltda	Mário S. Penha/Jorge Frydberg	-
Total	32	1.816

Fonte: A Imprensa. Tubarão, 27/10/1940.

Anexo 4 - Empresas Carboníferas de Santa Catarina em 1942	
Empresa	Proprietário e/ou Diretor Local
Região de Criciúma	
1. Cia. Brasileira de Araranguá (CBCA)	Heriberto Hülse
2. Cia. Carbonífera Metropolitana	Artur Bianchini
3. Cia. Carbonífera Catarinense	Luiz Lazarin, Alfredo Bortoluzzi e Pedro Beneton
4. Carbonífera São Marcos	Carlos Scavone e Mário Crippa
5. Carbonífera Pinheirinho	Martinho Zacharias
6. Sociedade Carbonífera Rio Maina	Luiz Pirola e João Zanette
7. Carbonífera Monte Negro	Ludovico Piazza
8. Carbonífera Daros & Pianta	José Daros
9. Carbonífera Vai ou Racha	Carlos Wascholleger e Oliveira Nuernberg
10. Carbonífera União Operária	Carlos Colombo
11. Carbonífera Brasil	João Cechinel e Pedro Milanez
12. Carbonífera Colonial	Pedro Bratti
13. Coque Ltda.	Jorge Frydberg e Mário Simões Penna
14. Coque Brasil	Carlos Otaviano Seara
15. Sociedade Carbonífera Próspera	Júlio Gaidzinski e Jorge da Cunha Carneiro
16. Sociedade Carbonífera Cresciuma	Wilson F. L. Freire Barata
17. Sociedade Carbonífera Boa Vista	Luiz Sampaio Correa e Elias Angeloni
18. Sociedade Carbonífera Heirdeiros	Procópio Lima
19. Sociedade Carbonífera Santo Antônio	José Zanette
20. Sociedade Carbonífera Taunay	Vitório Búrigo
21. Sociedade Carbonífera Progresso	Benjamin Bristot e José Contim Portela
22. Sociedade Brasileira Carbonífera União	Pompílio Bento
23. Soc. Carbonífera Patrimônio (incorp. Da Soc. Carb. Napolini)	Archimedes Napolini
24. Sociedade Brasileira Carbonífera União	José Contim Portela
25. Sociedade Carbonífera De Luca	João Cechinel e João Paulo De Luca
26. Sociedade Carbonífera Içarense	Procópio Lima e Antônio Colonetti
27. Sociedade Carbonífera São José	Fiorento Meller
28. Sociedade Carbonífera Cruzeiro do Sul	Angelo Viero
29. Sociedade Carbonífera São Simão	Antônio Justo
30. Sociedade Carbonífera Minato	Otávio Minato
31. Sociedade Carbonífera São Sebastião	José João Vasconcelos
32. Sociedade Carbonífera Dias	Arcelino Dias e Diomicio Freitas
33. Sociedade Carbonífera Castro Maya	Edgar da Cunha Carneiro e Agenor Machado
34. Sociedade Carbonífera Santos Dumont	Otávio Minato e Hercílio Lima
35. Sociedade Carbonífera Rio de Pedra	Manoel Gonçalves da Silva
36. Sociedade Carbonífera Aurora	Fioravante Trichês
37. Sociedade Carbonífera Aliança	Antônio José Roque
38. Sociedade Carbonífera Esplanada	Antônio de Costa
39. Sociedade Carbonífera Silvio Cechinel	Jorge Cechinel
40. Sociedade Carbonífera Vitório Búrigo	Vitório Búrigo
41. Sociedade Carbonífera Guglielmi	Santos Guglielmi
42. Sociedade Carbonífera Castelan-Martignado	Eugênio de Bona Castelan e leandro Martignago
43. Sociedade Carbonífera Visconde de Barbacena	-
44. Sociedade Carbonífera Beneton-Cechinel	Pedro Beneton
45. Sociedade Carbonífera Hercílio Lima	Hercílio Lima
46. Sociedade Carbonífera Silvestre-Martignago	Thadeu Silvestre e Luiz Martignago
47. Sociedade Carbonífera São Cassimiro	-
48. Sociedade Carbonífera Índio	-
49. Sociedade Carbonífera Zanolli	Irmãos Zanolli
50. Sociedade Carbonífera Pederneiras	-
51. Sociedade Carbonífera Iracema	-
52. Sociedade Carbonífera Minato & Rovaris	Frederico Minato
53. Sociedade Carbonífera Floresta	Alberto Savi Mondo

54. Montanha Carbonífera	Ernesto Lacombe e Francisco Meller
55. Mina Celeste Zilli	Cleste Zilli e Dionísio Milioli
56. Mina Angeloni	Elias Angeloni
57. Mina colonial José Casagrande	José Casagrande
58. Mina Boa Vista	Paulo Bernardo Rovaris
59. Mina João Cechinel	João Cechinel
60. Mina João Casagrande	João Casagrande
61. Mina Savi Mondo	Alberto Savi Mondo
62. Mina Felisberto Zanette	Felisberto zanette
63. Mina Fontana	Dionísio Mondardo
64. Mina Boa Esperança	Virgílio Mondardo
65. Mina Álvaro Catão	Atilio Cassol Bainha
66. Mina Pascoal Meller	Pascoal Meller
67. Mina Búriço	Marcos Búriço
68. Mina João Colombo	João Colombo
69. Mina Belo Horizonte	Antônio Zago e Serafim A. Zago
70. Mina Otávio Minato	Otávio Minato
71. Mina Santa Maria	Antônio Daré
72. Mina União	Sotero Cardoso
73. Mina Santa Bárbara	Antônio De Luca
74. Mina De Luca (Soc. Carb. Mauá)	Pedro Natal De Luca
75. Mina do Galo	Elias Angeloni
76. Mina Floresta	Alberto Savi Mondo
77. Mina Vitória	-
78. Mina D. Pedro II	-
79. Mina Barão do Rio Branco	-
80. Mina Duque de Caxias	-
81. Mina Spillere	Gilio spillere
82. Mina São Geraldo	-
83. Mina Miraglia	Armando Miraglia
84. Mina Santa Catarina	-
85. Mina Pio Corrêa	-
86. Mina Cecília	-
87. Mina Sete Irmãos	-
88. Mina Santo Agostinho	-
89. Mina Barracão	Diomício Freitas
90. Mina Ouro Fino	Diomício Freitas
91. Mina Lote Seis	-
92. Mina do Mato	-
93. Mina do Bainha	Atilio Cassol Bainha
Região de Urussanga	
1. Cia. Carbonífera de Urussanga	Francisco F. Rocha Loures
2. Cia. Minas Rio Carvão	Francisco F. Rocha Loures
3. Montanha Carbonífera	Grupo Jaffet
4. Mineração Geral do Brasil	José Gabriel Macari
5. Carbonífera Rio Carvão	Elvídio de Castro Veloso Filho
6. Sociedade Brasileira Carbonífera Santa Clara	-
7. Sociedade Carbonífera Caeté	Jorge Cechinel
8. Sociedade Brasileira Carbonífera Cocal	Donadel
9. Sociedade Carbonífera Rio Salto	-
10. Sociedade Carbonífera Vitória Búriço	Vitório Búriço
11. Mina Santana	-
12. Mina Gaúcha	-
13. Mina Condor	-
Região de Orleans/Lauro Müller	
1. Cia. Nacional de Mineração do Carvão Barro Branco	Walter Vetterli
2. Cia. Industrial	-

3. Mina do Barro Branco Velho	Walter Vetterli
4. Mina do Guatá	Walter Vetterli
5. Mina Rio Carlota	Jorge Cechinel
6. Mina Rocinha	-
7. Mina Rio Bonito	-
8. Mina Rio Queimado	-
9. Mina Figueira	-
Região de Nova Belluno/Siderópolis	
1. Cia. Siderúrgica Naciona (CSN)	Sebastião Toledo dos Santos
2. Carbonífera Treviso	José Batista Pereira
3. Carbonífera Beluno	-
Total Geral	118

Fonte: BELOLLI, Mário et all. **A história do carvão de Santa Catarina**. Criciúma: Imprensa Oficial do Estado de Santa Catarina, 2002.

Anexo 5 - Classificação geral das doenças registradas no hospital São Marcos de Nova Veneza (1934-1944)			
Diagnóstico	Nº Freq.	%	Observações
1. Verminoses e anemias	277	16,23%	Poliverminoses com anemia; com congestão pulmonar, com malária; intensa: 62 caso anemia secundária; 20 caso de anemia por verminose; 6 casos de anemia profunda; anemia aguda; anemia palúdica...
2. Malária (Paludismo ou Impaludismo)	272	15,94%	83 casos de malária tensa; 56 casos sem especificação de tipo; 31 casos de malária crônica; 39 casos de malária tropical; 5 casos de malária com verminose; outros
3. Apendicite	175	10,26%	78 caso de apendicite crônica; 45 casos de apendicite aguda; 42 casos de apendicite.
4. Úlceras e hérnias	84	4,93%	
5. Aborto	64	3,75%	39 casos de aborto incompleto
6. Congestões	59	3,46%	53 congestão pleuro pulmonar, 1 do figádo; 1 cerebral; 1 aguda; 1 por poluição
7. Abscessos no corpo	56	3,28%	Vários tipos: pernas, boca, nádega, pescoço, abscesso pulmonar, "abscesso da parede por gaze esquecida após..."
8. Bronquite	38	2,23%	Bronquite crônica; Bronco pneumonia; aguda; simples
9. Reumatismo	29	1,70%	
10. Partos	26	1,52%	14 normais; artificial prematuro; distorcido; com forceps

Fonte: Livro de registro do Hospital São Marcos de Nova Veneza. Nova Veneza, 2002.

Anexo 6 - Classificação geral das doenças registradas e diagnosticadas no Hospital São José de Criciúma (1957-1959)

1957			
Diagnóstico/Doenças	Freq.	%	Observações Complementares
Partos	181	22,07%	117 parto normal; 42 parto vivo; 04 parto prematuro; 09 cesariana; 03 parto gemelar; 03 parto morto
Gripe	82	10,00%	gripe comum, gripe asiática, gripe com asma, bronquite.
Contusões, ferimentos e fraturas	80	9,76%	na cabeça, pernas, costas, coluna, tibia; olhos, pés, joelho, quadris, ferimento a faca no tórax; (14 contusões lombar).
Abortos	73	8,90%	67 abortos e 06 ameaça de abortos
Apendicite	37	4,51%	
Amigdalite	30	3,66%	
Cólica	20	2,44%	10 cólica hepática; 08 cólica renal; 02 cólica intestinal.
Hérnias	17	2,07%	
Abcessos	16	1,95%	abcesso no braço, no pé, no peito, na perna, no pulmão e no quadril.
Coleciste	16	1,95%	
Vermínoses	14	1,71%	

1958			
Diagnóstico/Doenças	Freq.	%	Observações Complementares
Partos	1058	21,88%	823 partos vivos; 61 partos normais; 37 cesarianas; 54 partos distorcidos vivos e 11 mortos; 19 partos com feto morto; 03 partos com forceps; 13 partos gemelar vivos e 01 morto; 25 partos prematuros vivos e 07 mortos; e 02 partos com nefrite.
Contusões, ferimentos, fraturas, distensões, hematomas.	521	10,77%	Contusões: joelho, lombar/costa/cadeira, abdome, nariz, pé, peito, cabeça, crânio, tórax, nádega, ombro, tornozelo, região sacro, cotovelo. Ferimentos: a bala, a faca, na coxa, abdome, braço, mão, pé, perna, vista, cabeça, dedos, face, nariz, testa, costa. Fraturas: bacia/coluna, clavícula, crânio, perna, femur, braço, tornozelo, costela, tibia. Corpo estranho nos olhos.
Abortos	429	8,87%	398 abortos e 31 ameaça de abortos
Gripe	209	4,32%	
Apendicite	179	3,70%	
Desintéria - vômitos	168	3,47%	
Abcessos	105	2,17%	nas costas, nas coxas, abcesso pulmonar, no quadril, nas amígdalas, nos braços, nas pernas, na cabeça, nos joelhos, nas mãos, na face, nas nádegas, nos pés, nos olhos, no pescoço.
Pneumonia	105	2,17%	
Amigdalite	100	2,07%	

Cólicas	80	1,65%	57 cólicas hepáticas; 07 estomacal/figado/intestino; 06 renal.
---------	----	-------	--

1959

Diagnóstico/Doenças	Freq.	%	Observações Complementares
Partos	1525	23,38%	1330 partos vivos; 49 parto de cesariana vivo e 07 morto; 37 partos prematuros; 37 parto distorcido vivo e 08 morto; 17 parto gemelar vivo e 02 morto; 25 parto com feto morto; 09 parto com forceps vivo e 01 morto; 02 partos em casa; 01 parto com nefrite.
Contusões/ferimentos/fraturas/hematomas	587	9,00%	
Abortos	503	7,71%	428 abortos e 75 ameaça de aborto.
Apendicite	291	4,46%	
Dispepsia	243	3,73%	
R X vesícula	199	3,05%	156 R X da vesícula; 26 dos rins; 14 do estômago; 01 R X de gravidez; 01 de sinusite; 01 de coleciste.
bronquite	182	2,79%	
Cólicas	176	2,70%	121 cólica hepática; 28 cólica renal; 25 cólica abdominal/intestinal; 02 cólica pós-parto.
Abcessos	167	2,56%	
Gripe	141	2,16%	
Toxicoses: alimentar, dispepsia, vermes	139	2,13%	
Hérnias	135	2,07%	

Fonte: Livro de Registro de Entrada e Saída do Hospital São José de Criciúma. Criciúma, 2002.

FONTES E BIBLIOGRAFIA

FONTES

Relatórios de Governos, Órgãos Oficiais e Outras Instituições

BOA NOVA JR., Francisco de Paula. *Problemas médicos e sociais da indústria carbonífera sul-catarinense*. RJ: DNPM, Boletim n.º 95, 1952.

BOLETIM DO CENTRO DE ESTUDOS DO HOSPITAL DOS SERVIDORES DO ESTADO. Florianópolis, n.º 5/1954; n.º 5, 10, 11/1956.

BRASIL. Anais da Câmara dos Deputados. Rio de Janeiro, v. II, mar-abril/1957.

BRASIL. Anais da Câmara dos Deputados. Rio de Janeiro, v. II, sessão abril/ 1959.

BRASIL. Anais da Câmara dos Deputados. Rio de Janeiro, sessão de dez./1955 – jan./1956.

BRASIL. Anais da Câmara dos Deputados. Rio de Janeiro, v. I, sessão de fev./mar./1959.

BRASIL. Anais da Câmara dos Deputados. Rio de Janeiro, v. XXVII, 1956.

BRASIL. Câmara dos Deputados. Diretoria de Documentação e Publicidade. Projeto de Resolução n.º 186, de 1959. Da Comissão de Inquérito: Aprova conclusões da Comissão Parlamentar de Inquérito sobre as minas de carvão no Estado de Santa Catarina. Rio de Janeiro: Serviço Gráfico do IBGE, Anais da Câmara dos Deputados, v. III, 1959 (sessões de 27 a 31 de janeiro de 1959).

BRASIL. Comissão Executiva do Plano do Carvão Nacional. Relatório das atividades da CPCAN apresentado ao exmo. Sr. Presidente da República. Rio de Janeiro: Depto. de Imprensa Nacional, 1956.

BRASIL. Congresso Nacional. Anais da Câmara dos Deputados. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, v. 17, set./1935.

BRASIL. Governo de Santa Catarina. Relatório apresentado ao exmo. Sr. Presidente da República, pelo Dr. Nerêu Ramos, Interventor Federal no Estado de Santa Catarina, referente ao exercício de 1941. Florianópolis, outubro/1942.

BRASIL. IBGE. Anuário Estatístico de 1946. Rio de Janeiro: Anuário Estatístico do IBGE de 1947.

BRASIL. IBGE. Anuário Estatístico de 1947. Rio de Janeiro, ano VIII, 1948.

BRASIL. IBGE. Anuário Estatístico de 1950. Rio de Janeiro, 1951.

BRASIL. IBGE. Anuário Estatístico de 1959. Rio de Janeiro, 1960.

BRASIL. IBGE. Anuário Estatístico de 1969. Rio de Janeiro, 1970.

BRASIL. IBGE. Enciclopédia dos Municípios. v. XXXIII, 1959.

BRASIL. IBGE. Recenseamentos Demográficos de 1940 e 1950.

BRASIL. Mensagem ao Congresso Nacional remetida pelo Presidente da República na abertura da sessão legislativa de 1964. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1964.

BRASIL. Mensagem ao Congresso Nacional durante a abertura da sessão legislativa de 1949, pelo General Eurico Gaspar Dutra, Presidente da República. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1949.

BRASIL. Mensagem ao Congresso Nacional remetida pelo Presidente da República na abertura da sessão legislativa de 1960. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1960.

BRASIL. Mensagem ao Poder Legislativo em 3 de maio de 1935 pelo Presidente da República Getúlio Dornelles Vargas. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1935.

BRASIL. Mensagem ao Poder Legislativo em 3 de maio de 1937 pelo Presidente da República Getúlio Dornelles Vargas. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1937.

BRASIL. Mensagem ao Poder Legislativo, em 15 de março de 1947, pelo Presidente da República Eurico Gaspar Dutra. Rio de Janeiro: Anais da Câmara dos Deputados, v. I, março de 1947.

BRASIL. Mensagem ao Congresso Nacional pelo Presidente da República Washington Luis P. de Sousa. Rio de Janeiro, 1930.

BRASIL. Mensagem do Chefe do Governo Provisório, lida perante a Assembléia Nacional Constituinte, no ato da sua instalação, em 15 de novembro de 1933. Rio de Janeiro, Imprensa Nacional, 1933.

BRASIL. Ministério da Agricultura, Indústria e Comércio/Serviço Geológico e Mineralogia do Brasil. Primeiro congresso brasileiro de carvão e outros combustíveis nacionais. Rio de Janeiro: boletim n.º7, 1924.

BRASIL. Ministério da Agricultura, Indústria e Comércio/ Serviço Geológico e Mineralogia do Brasil. Carvão de pedra do sul do Estado de Santa Catharina. Rio de Janeiro, boletim n.º 35, 1928.

BRASIL. Ministério da Agricultura. As atividades do Ministério da Agricultura em 1940. Rio de Janeiro, (Ministério da Agricultura?)v. 01, 1941.

BRASIL. Ministério da Agricultura. As atividades do Ministério da Agricultura em 1940. Rio de Janeiro, (Ministério da Agricultura?)v. 02, 1941.

BRASIL. Ministério da Agricultura. As atividades do Ministério da Agricultura em 1942. Rio de Janeiro, Ministério da Agricultura, v. 01, 1943.

BRASIL. Ministério da Agricultura. Atividades do Ministério da Agricultura em 1951. Rio de Janeiro, Ministério da Agricultura, 1952. v.?

BRASIL. Ministério da Agricultura. Atividades do Ministério da Agricultura em 1952. Rio de Janeiro, Ministério da Agricultura, 1953. v.?

BRASIL. Ministério da Agricultura. Atividades do Ministério da Agricultura em 1956. Rio de Janeiro, Ministério da Agricultura, 1957.v.?

BRASIL. Ministério da Agricultura. Boletim do Ministério da Agricultura. Rio de Janeiro, Serviço de Informação Agrícola, ano 33, julho de 1944.

BRASIL. Ministério da Agricultura. Boletim do Ministério da Agricultura. Rio de Janeiro, Serviço de Informação Agrícola, ano 34, set. a dez. de 1945.

BRASIL. Ministério da Agricultura. Boletim do Ministério da Agricultura. Rio de Janeiro, Serviço de Informação Agrícola, ano 34, abril a junho de 1946.

BRASIL. Ministério da Agricultura. Boletim do Ministério da Agricultura. Rio de Janeiro, Serviço de Informação Agrícola, ano 35, jan. a março de 1947

BRASIL. Ministério da Agricultura. Boletim do Ministério da Agricultura. Rio de Janeiro, Serviço de Informação Agrícola, ano 36, julho a dez. de 1947.

BRASIL. Ministério da Agricultura. Relatório das Atividades do Ministério da Agricultura, durante o período de julho de 1934 a dezembro de 1935. Rio de Janeiro, 1936.

BRASIL. Ministério da Educação e Saúde Pública. O Ministério da Educação e Saúde Pública em 1932. Rio de Janeiro, 1932.

- BRASIL. Ministério da Educação e Saúde/Departamento Nacional da Criança. *Semana da criança de 1945: a criança, as atividades agrícolas e a alimentação*. Rio de Janeiro, Serviço de Documentação Ministério da Agricultura, 1945.
- MENDONÇA, Marcello Taylor Carneiro de. *Situação atual da indústria carbonífera do Sul de Santa Catarina*. In: **Mineração e Metalurgia**. Rio de Janeiro, setembro-outubro/1936.
- MENDONÇA, Marcello Taylor Carneiro de. *Situação atual da indústria carbonífera do Sul de Santa Catarina: Município de Urussanga*. In: **Mineração e Metalurgia**. Rio de Janeiro, novembro-dezembro/1936.
- OLIVEIRA, Avelino de. *Relatório da Diretoria do DNPM/Serviço de Fomento da Produção Mineral (1934-1935)*. Rio de Janeiro, Boletim n.º 18, 1936.
- OLIVEIRA, Avelino de. *Relatório da Diretoria do DNPM/Serviço de Fomento da Produção Mineral*. Rio de Janeiro, Boletim n.º 29, 1937.
- REGO, Fábio Hostilio de Moraes; CAMPOS, Luiz Felipe Gonzaga de; MESSEDER, João Caldeira de Alvarenga. *Relatório apresentado ao exmo. Sr. General Francisco Glicério, Ministro da Agricultura, Comércio e Obras Públicas*. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1890.
- ROCHA, José Fiuza & SCORZA, Evaristo Pena. *Estratigrafia do carvão em Santa Catarina*. Rio de Janeiro: DNPM, Boletim n.º 104, 1940.
- ROCHA, José Fiuza da. *Carvão de Pedra do Sul do Estado de Santa Catharina*. Rio de Janeiro: Ministério da Agricultura, Indústria e Comércio/Serviço Geológico e Mineralógico do Brasil, Boletim n.º 35, 1928.
- SANTA CATARINA. Departamento de Saúde Pública. *Erradicação da verminose*. Florianópolis, 1961.
- SANTA CATARINA. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística/Departamento Estadual de Estatística. Serviço de Informações. Florianópolis, n.º 33, maio/1941.
- SANTA CATARINA. Mensagem à Assembléia Legislativa de Santa Catarina apresentada pelo Governador Nêreu Ramos. Florianópolis, julho/1937.
- SANTA CATARINA. Mensagem à Assembléia Legislativa, de 29 de julho de 1928, apresentada pelo Dr. Adolpho Konder, Presidente do Estado de Santa Catarina. Florianópolis, 1928.
- SANTA CATARINA. Mensagem à Assembléia Legislativa. Florianópolis: Imprensa Oficial, 15/abril/1959.
- SANTA CATARINA. Mensagem à Assembléia Legislativa. Florianópolis: Imprensa Oficial, 1958.
- SANTA CATARINA. Mensagem à Assembléia Legislativa do Estado, em 15 de abril de 1957, pelo Governador Jorge Lacerda. Florianópolis: Imprensa Oficial, 1957.
- SANTA CATARINA. Mensagem à Assembléia Legislativa, de 11 de agosto de 1929, pelo Dr. Adolpho Konder, Presidente do Estado de Santa Catarina. Florianópolis, 1929.
- SANTA CATARINA. Mensagem à Assembléia Legislativa, em 22 de julho de 1930, pelo Dr. Antônio Vicente Bulcão Vianna, presidente da mesma Assembléia, no exercício do cargo de Presidente do Estado de Santa Catarina. Florianópolis, 1930.
- SANTA CATARINA. Mensagem à Assembléia Legislativa, em 15 de abril de 1950, pelo Governador Dr. Aderbal R. da Silva. Florianópolis: Imprensa Oficial do Estado, 1950.
- SANTA CATARINA. Mensagem à Assembléia Legislativa, em 15 de abril de 1951, pelo Governador Ireneu Bornahusen. Florianópolis: Imprensa Oficial do Estado, 1951.
- SANTA CATARINA. Mensagem ao Congresso Representativo do Estado, em 23 de junho de 1911, pelo Governador Vida José de Oliveira Ramos. Florianópolis, 1911.
- SANTA CATARINA. Mensagem ao Congresso Representativo do Estado, em 23 de junho de 1912, pelo Governador Vida José de Oliveira Ramos. Florianópolis, 1912.

SANTA CATARINA. Mensagem ao Congresso Representativo do Estado, pelo Major João Guimarães, presidente do mesmo Congresso, no exercício do cargo de governador. Florianópolis, 29 de julho de 1915.

SANTA CATARINA. Mensagem ao Congresso Representativo, em 21 de agosto de 1926, pelo Cel. Dr. Antônio Vicente Vianna, presidente do mesmo Congresso, no exercício do cargo de governador do Estado de Santa Catarina. Florianópolis, 1926.

SANTA CATARINA. Mensagem ao Congresso Representativo, em 14 de agosto de 1916, pelo General Felipe Schmidt, Governador do Estado de Santa Catarina. Florianópolis, 1916.

SANTA CATARINA. Mensagem ao Congresso Representativo, em 14 de agosto de 1917, pelo General Felipe Schmidt, Governador do Estado de Santa Catarina. Florianópolis, 1917.

SANTA CATARINA. Mensagem ao Congresso Representativo, em 8 de setembro de 1918, pelo General Dr. Felipe Schmidt, Governador do Estado de Santa Catarina. Florianópolis, 1918.

SANTA CATARINA. Mensagem ao Congresso Representativo, em julho de 1919, pelo Eng. Civil Hercílio Pedro da Luz, vice-governador, no exercício do cargo de Governador do Estado de Santa Catarina. Florianópolis, 1919.

SANTA CATARINA. Mensagem ao Congresso Representativo, em julho de 1920, pelo Eng. Civil Hercílio Pedro da Luz, vice-governador, no exercício do cargo de Governador do Estado de Santa Catarina. Florianópolis, 1920.

SANTA CATARINA. Mensagem ao Congresso Representativo, em julho de 1921, pelo Eng. Civil Hercílio Pedro da Luz, vice-governador, no exercício do cargo de Governador do Estado de Santa Catarina. Florianópolis, 1921.

SANTA CATARINA. Mensagem ao Congresso Representativo, em julho de 1923, pelo Eng. Civil Hercílio Pedro da Luz, vice-governador, no exercício do cargo de Governador do Estado de Santa Catarina. Florianópolis, 1923.

SANTA CATARINA. Mensagem ao Congresso Representativo, em julho de 1924, pelo Cel. Antonio da Silva e Oliveira, vice-governador, no exercício do cargo de Governador do Estado de Santa Catarina. Florianópolis, 1924.

SANTA CATARINA. Mensagem ao Congresso Representativo, em 22 de julho de 1925, pelo Cel. Antonio da Silva e Oliveira, vice-governador, no exercício do cargo de Governador do Estado de Santa Catarina. Florianópolis, 1925.

SANTA CATARINA. Mensagem ao Congresso Representativo, em 21 de agosto de 1926, pelo Cel. Dr. Antonio Vicente Vianna, presidente do mesmo Congresso, no exercício do cargo de Governador do Estado de Santa Catarina. Florianópolis, 1926.

SANTA CATARINA. Mensagem ao Congresso Representativo, em 22 de julho de 1927, pelo Dr. Adolpho Konder, Governador do Estado de Santa Catarina. Florianópolis, 1927.

SANTA CATARINA. Mensagem do Governador Dr. Aderbal R. da Silva, à Assembléia Legislativa. Florianópolis, 1948.

SANTA CATARINA. Orçamento do Estado 1956-1972. Florianópolis: Imprensa Oficial do Estado, 1956-1972.

SANTA CATARINA. Relatório apresentado ao exmo. Sr. Presidente da República, pelo Dr. Nerêu Ramos, Interventor Federal no Estado de Santa Catarina. Florianópolis, outubro/1939.

SANTA CATARINA. Relatório apresentado ao exmo. Sr. Presidente da República, pelo Dr. Nerêu Ramos, Interventor Federal no Estado de Santa Catarina. Florianópolis, setembro/1940.

SANTA CATARINA. Relatório apresentado ao exmo. Sr. Presidente da República, pelo Dr. Nerêu Ramos, Interventor Federal no Estado de Santa Catarina, referente ao exercício de 1943. Florianópolis, outubro/1944.

SANTA CATARINA. Relatório apresentado ao exmo. Sr. Presidente da República, pelo dr. Nerêu Ramos, Interventor Federal no Estado de Santa Catarina. Florianópolis, outubro/1938.

SANTA CATARINA. Relatório apresentado ao exmo. Sr. Presidente da República, pelo Dr. Nerêu Ramos, Interventor Federal no Estado de Santa Catarina, referente ao exercício de 1941. Florianópolis, outubro/1942.

SANTA CATARINA. Relatório apresentado ao exmo. Sr. Presidente da República, pelo Dr. Nerêu Ramos, Interventor Federal no Estado de Santa Catarina, referente ao exercício de 1942. Florianópolis, outubro/1943.

SANTA CATARINA. Relatório apresentado ao exmo. Sr. Presidente da República, pelo Dr. Nerêu Ramos, Interventor Federal no Estado de Santa Catarina, referente ao exercício de 1943. Florianópolis, outubro/1944.

SANTA CATARINA. Secretaria da Justiça, Educação e Saúde. Departamento de Saúde Pública. Um ano de atividade sanitária, 1945. Florianópolis: Imprensa Oficial, 1947.

SANTA CATARINA. Secretaria da Saúde e Assistência Social. Florianópolis, 1961.

SANTA CATARINA. Secretaria da Saúde e Assistência Social. Florianópolis, 1962.

SATC. SOCIEDADE DE ASSISTÊNCIA AOS TRABALHADORES DO CARVÃO E A ASSISTÊNCIA SOCIAL NA ZONA CARBONÍFERA DE SANTA CATARINA. II SIMPÓSIO DO CARVÃO NACIONAL. Florianópolis: 29 de novembro a 04 de dezembro de 1965.

SINDICATO NACIONAL DA INDÚSTRIA DE EXTRAÇÃO DO CARVÃO. *A batalha do carvão: subsídios para a história da indústria carvoeira no Brasil*. Rio de Janeiro: 1950.

Hospitais

ATAS de fundação e reuniões do Hospital São José (1934-1984). Criciúma, Hospital São José, 2001.

LIVROS de crônica do Hospital São José (1936-1972). Criciúma, Hospital São José, 2001.

LIVROS de registro de entrada e saída de pacientes do Hospital São José (1957-1975). Criciúma, 2001.

LIVROS de registro de entrada e saída de pacientes do Hospital São Marcos (1934-1945). Nova Veneza, 2000.

Periódicos: jornais e revistas

A Imprensa. Tubarão, 1934-1956.

ANAIS NESTLÉ. Rio de Janeiro, nº. 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 72; 1958-1972.

Arquivos Catarinenses de Medicina. Febre Dengue. Florianópolis, v. 4, Edição Cultura, set./1978.

Carvão de Pedra. Rio de Janeiro, 1968-1975.

Correio do Sul. Laguna, 1946.

História, Ciências, Saúde: Manguinhos. Rio de Janeiro, Fundação Oswaldo Cruz/Casa de Oswaldo Cruz, 1999-2002.

Nosso Século. Cabeças cortadas, testemunhos de uma era violenta. Radicalização e crise. ANL: uma aliança entre as esquerdas. Anauê, a saudação dos integralistas. (1930/1945). São Paulo: Abril Cultural, 1980.

Nosso Século. O Brasil patriarcal e agrário ingressa no século XX. Rio de Janeiro: uma bela mas insalubre capital. Para modernizá-la, um presidente e dois ditadores. (1900/10). São Paulo: Abril Cultural, 1980.

O Albor. Laguna, 1914-1915; 1946.

O Estado. Florianópolis, 1956.
 O Lápis. Tubarão, 1919.
 O Mineiro. Criciúma, 1926.
 Pais & Filhos: a revista mensal da família moderna. São Paulo, ano 4, n.º 2, out./1971.
 Progressos da Medicina. v. I, 1952; v. II, 1953; v.III, 1958; v. IX, 1960; v. XI, 1962; v. XII, 1963.
 Publicações Farmacêuticas 1954-1961. São Paulo, n.º 58, 60, 61, 62, 63, 66, 68, 70, 75, 76. 1954-1961.
 Realidade. Rio de Janeiro, 1967.
 Revista Brasileira de Pesquisas Médicas E Biológicas. Jan.-Fev., v. 1, n.º1, 1968.
 Revista de Medicina. Faculdade de Medicina da Universidade do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 1966.
 Sul do Estado. Laguna, 1940-1942.
 Tribuna Criciumense. Criciúma, 1957-1965.

BIBLIOGRAFIA

AMIGOT, Javier Sarria; JOVELLAR, Antonio Fuertes. *Educacion para la salud: orientacion para los educadores*. Buenos Aires: Ed. Guadalupe, 1972.
 ANAIS DA CLÍNICA GINECOLÓGICA DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. São Paulo, v. V, 1952-1953.
 ANAIS DE FARMÁCIA E QUÍMICA DE SÃO PAULO. São Paulo, n.º 2, 3, 6/1953; n.º 1/1955; n.º 7, 8, 9, 10, 11/1957.
 ANGERAMI, Valdemar Augusto (org.). *Crise, trabalho e saúde mental no Brasil*. São Paulo: Traço, 1986.
 ARNS, Otilia. *Criciúma 1880-1980: a semente deu bons frutos*. Criciúma, Prefeitura Municipal, 1985.
 AVÉ-LALLEMANT, Robert, 1812-1884. *Viagens pelas províncias de Santa Catarina, Paraná e São Paulo (1858)*. Tradução Teodoro Cabral. Belo Horizonte: Itatiana; São Paulo: USP, 1980.
 BACK, Adolfo. *História de Forquilha*. Criciúma, 1995.
 BALDESSAR, Mons. Quinto Davide. *Imigrantes: sua história, costumes e tradições no processo de colonização no Sul do Estado de Santa Catarina*. Brasília, 1991.
 BALDIN, Nelma. *Tão fortes quanto a vontade, história da imigração italiana no Brasil: os vênets em SC*. Florianópolis: Insular/UFSC, 1999.
 BARATA, Rita Barradas. *Malária e o seu controle*. São Paulo: Hucitec, 1998.
 BARRETO, João de Barros. *Tratado de higiene: saneamento-higiene*. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, v. 1, 1942.
 BERMAN, Marshall. *Tudo que é sólido desmancha no ar: a aventura da modernidade*. São Paulo: Cia. das Letras, 1986.
 Biblioteca de Formação Familiar. *Puericultura e higiene mental*. São Paulo: Ed. Formar, v. V, s/d.
 BIFF, Claudino. *Morro da Fumaça e sua divina e humana comédia*. Morro da Fumaça: Edição do autor, s/d.
 BITENCOURT, João Batista. *Estado Novo, cidade velha: o governo ditatorial de Vargas desde Laguna*. Porto Alegre: UFRGS, 2002. (Tese de Doutorado em História)
 BLAYA, Marcelo. Relação médico-paciente. In: *Revista de medicina*. Porto Alegre: Faculdade de Medicina da UFRGS/Turma-1966, 1966. p.11-28.
 BOLTANSKI, Luc. *As classes sociais e o corpo*. 3.ª ed. Rio de Janeiro: Graal, 1989. 191p.

- BORTOLOTTI, Zulmar H. *História de Nova Veneza*. Nova Veneza: Prefeitura Municipal, 1992.
- BRAGA, José Carlos de Souza e PAULA, Sérgio Góes. *Saúde e previdência: estudos de política social*. São Paulo: CEBES/Hucitec, 1981.
- BRAUDEL, Fernand. *Civilização material, economia e capitalismo: séculos XV-XVIII*. Tradução Tel Costa. 2.^a ed. São Paulo: Martins Fontes, v. 2, 1998.
- BRITES, Olga. Infância, higiene e saúde na propaganda (usos e abusos nos anos 30 a 50). In: *Revista brasileira de história*. São Paulo: ANPUH/Humanitas Publicações, v. 20, n.º 39, p. 249-278, 2000.
- BURKE, Peter (org.). *A escrita da história: novas perspectivas*. 3.^a ed. Trad. Magda Lopes. São Paulo: UNESP, 1992.
- CABRAL, Oswaldo R. *História de Santa Catarina*. Florianópolis: Governo do Estado/Secretaria de Educação, 1968.
- CABRAL, Oswaldo Rodrigues (Org.) *Santo Antônio dos Anjos da Laguna: seus valores históricos e humanos*. Publicação comemorativa da passagem do seu tricentenário de fundação. Florianópolis: Governo do Estado de SC, 1976.
- CABRAL, Oswaldo Rodrigues. *Medicina, médicos e charlatões do passado*. Florianópolis: Arquivos Catarinenses de Medicina – Edição Cultural, ano 1, v. 1, abril/1977.
- CABRAL, Oswaldo Rodrigues. *Medicina, médicos e charlatões do passado*. Florianópolis: Arquivos Catarinenses de Medicina – Edição Cultural, ano 1, v. 1, abril/1977.
- CAMPANHOLE, Adriano. *Constituições do Brasil*. 9.^a ed. São Paulo: Atlas, 1987.
- CAMPOS, Bernardino de Senna. *Memórias do Araranguá*. Org. Pe. João Leonir Dall’Alba. Florianópolis: Lunardelli, 1987.
- CAMPOS, Sebastião Netto. *Uma biografia com um pouco de história do carvão catarinense*. Florianópolis: Insular, 2001.
- CAPRA, Fritjof. *O ponto de mutação: a ciência, a sociedade e a cultura emergente*. São Paulo: Cultrix, 1982.
- CAROLA, Carlos Renato. *Dos subterrâneos da história: as trabalhadoras das minas de carvão de Santa Catarina (1937-1964)*. Florianópolis: Ed. da UFSC, 2002.
- CARUSO, Raimundo C. (org.). *Franklin Cascaes: vida e arte e a colonização açoriana (entrevistas e textos)*. Florianópolis: Ed. UFSC, 1981.
- CARVALHO, Alexandre Magno Teixeira de. Trabalho e higiene mental: processo de produção discursiva do campo no BRASIL. In: *História, ciências, saúde: Manguinhos*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/Fundação Oswaldo Cruz/Casa de Oswaldo Cruz, v. VI, n.º 1, mar.-jun/1999.
- CARVALHO, H. Veiga de. *Temas de medicina social e do trabalho*. São Paulo: MCMLII, 1952 (?)
- CARVALHO, José Murilo de. *A formação das almas: o imaginário da república no Brasil*. São Paulo: Cia. das Letras, 1990.
- CASCAES, Franklin Joaquim. *Vida e arte e a colonização açoriana*. Entrevistas concedidas e textos organizados por Raimundo C. Caruso. Florianópolis: Ed. UFSC, 1981.
- CASTEL, Robert. *A ordem psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo*. Rio de Janeiro: Graal, 1978.
- CHALHOUB, Sidney. *Cidade febril: cortiços e epidemias na Corte imperial*. São Paulo: Cia. das Letras, 1996.
- CHANS, Dr. Anibal Olan. *Higiene y alimentacion del niño*. 5.^a ed. Buenos Aires: El Ateneo, 1952.
- CHASSOT, Attico. *A ciência através dos tempos*. São Paulo: Moderna, 1994.
- COELHO, Major Manoel Joaquim d’Almeida. *Memória histórica da Província de Santa Catarina*. Desterro, 1856.

- COHN, Amélia. *Previdência social e processo político no Brasil*. São Paulo: Moderna, 1980.
- CORDEIRO, Hésio. *A indústria da saúde no Brasil*. 2.^a ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1985.
- COSTA, Dr. Clovis Corrêa da. *Puericultura e maternidade*. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional/Ministério da Educação e Saúde/Departamento Nacional da Criança, 1943.
- COSTA, Jurandir Freire. *Ordem médica e norma familiar*. 2.^a ed. Rio de Janeiro: Graal, 1983.
- COSTA, Marli de Oliveira. *Artes de viver: recriando e reinventando espaços – memórias das famílias da Vila Operária Próspera – Criciúma (1945-1961)*. Florianópolis: UFSC, 1999. (Dissertação de Mestrado)
- COSTA, Marli de Oliveira. *O tempo atravessou a vila: memória dos moradores do Bairro Primeira Linha, Criciúma, SC (1892-2000)*. Criciúma: Secretaria Municipal de Educação, 2001.
- COSTA, Marli de Oliveira. *Tudo isso eles contavam: memória dos moradores do Bairro Santo Antônio, Criciúma, SC*. Criciúma: Secretaria Municipal de Educação, 2000.
- COSTA, Nilson do Rosário et al. *Demandas populares, políticas públicas e saúde*. Petrópolis: Vozes/ABRASCO, v. I, 1989. 160.
- CUNHA, Bruno Carlos de Almeida. *Saúde: a prioridade esquecida*. Petrópolis: Vozes, 1987.
- DALL'ALBA, Pe. João Leonir. *Colonos e mineiros no grande Orleans*. Florianópolis, 1986.
- DALL'ALBA, Pe. João Leonir. *Laguna antes de 1880: documentário*. Florianópolis: Lunardeli/UDESC, 1976.
- DARMON, Pierre. *Médicos e assassinos na Belle Époque*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1991.
- DEBRET, Jean Baptiste. *Viagem pitoresca e histórica ao Brasil*. 6.^a ed. Tradução de Sérgio Milliet. São Paulo: Martins; Brasília: INL, Tomo I, v. I e II, 1975.
- DECCA, Maria Auxiliadora Guzzo. *A vida fora das fábricas: cotidiano operário em São Paulo (1920-1934)*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.
- DUBY, Georges. *Ano 1000, ano 2000: na pista de nossos medos*. Trad. Eugênio Michel da Silva e Maria Regina Lucena Borges-Osório. São Paulo: UNESP/Imprensa Oficial do Estado, 1999.
- DURANT, Will. *Filosofia da vida*. 6.^a ed. Tradução de Monteiro Lobato. São Paulo: Companhia Editora Nacional, 1945.
- ECKERT, Cornelia. *Os homens da mina: um estudo das condições de vida e representações dos mineiros de carvão em Charqueadas, RS*. Porto Alegre: UFRGS, 1985. (Dissertação de Mestrado em Antropologia).
- ELIAS, Norbert. *Norbert Elias por ele mesmo*. Tradução de André Telles. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001.
- ELIAS, Norbert. *O processo civilizador: formação do Estado e civilização*. Tradução de Ruy Jungmann. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, v. 2, 1994.
- ELIAS, Norbert. *O processo civilizador: uma história dos costumes*. Tradução de Ruy Jungmann. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, v. 1, 1993.
- ELIAS, Norbert. *Os alemães: a luta pelo poder e a evolução do habitus nos séculos XIX e XX*. Tradução de Álvaro Cabral. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1997.
- ENGELS, Friedrich, 1820-1895. *A situação da classe trabalhadora na Inglaterra*. São Paulo: Global, 1985.
- ESTADOS UNIDOS. Departamento da Criança e Secretaria do Trabalho. *Cuidado da criança na primeira infância*. Tradução em português de *Infant care*, Publicação n.º 8 (edição 1940). Washington: Imprensa do Governo dos Estados Unidos, 1942.
- ETCHEGOYEN, Mario Miguel. *Conceptos básicos de la pediatría (para el estudiante y el médico recién graduado)*. Buenos Aires: El Ateneo, 1953.
- FARACO, Eduardo F. Ensino médico e reforma universitária. In: *Revista de medicina*. Porto Alegre: Faculdade de Medicina da UFRGS/Turma-1971 (ATM/1971). p. 1-11.

- FARIAS, Vilson Francisco de. *Sombrio: 85 anos: natureza, história e cultura: para o ensino fundamental*. Sombrio: Ed. do autor, 2000.
- FERREIRA, Desembargador Vieira. *Azambuja e Urussanga: memória sobre a fundação, pelo engenheiro Joaquim Vieira Ferreira, de uma colônia de imigrantes italianos em Santa Catarina*. Niterói: Oficinas Gráficas do Diário Oficial, 1939.
- FERREIRA, F. A. *Moderna saúde pública*. 5.^a ed. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, v. I e II, 1982.
- FOUCAULT, Michel. *Microfísica do poder*. 8.^a ed. Tradução de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Graal, 1979.
- FOUCAULT, Michel. *Vigiar e punir: história da violência nas prisões*. 11.^a ed. Tradução de Raquel Ramalhete. Petrópolis: Vozes, 1994.
- FRAGA, Clementino. *Médicos educadores*. Rio de Janeiro: A Noite Editora, 1941.
- FREIRE, Japi. *Que sabe você sobre o Brasil (pergunta?)*. Rio de Janeiro: Direitos de Conquista, v. 07, 1966.
- FREITAS, Octavio de. *Minhas memórias de médico*. Recife: Companhia Editora Nacional, 1940.
- GARRAHAN, Juan P. *Medicina infantil: pediatria e puericultura*. Buenos Aires: El Ateneo, 1956.
- GIFFONI, O. Carneiro. *Excertos da história da medicina no Brasil*. São Paulo: Instituto de História da Medicina/Sociedade Paulista de História da Medicina/Associação Brasileira de Escritores/PEN Clube do BRASIL, 1950.
- GOMES, Ângela Maria de Castro et all. *O Brasil republicano: sociedade e política (1930-1964)*. 6.^a ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, v. 3, 1996. (História Geral da Civilização Brasileira)
- GONÇALVES, Teresinha Maria. *Estereotipia da relação profissional/paciente e inibição do processo terapêutico: análise de uma experiência em instituição psiquiátrica*. São Paulo, 1989. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social).
- GOULARTI FILHO, Alcides e LIVRAMENTO, Ângela Maria do. O movimento operário mineiro em Santa Catarina nos anos 1950 e 1960. In: *Memória e Cultura do Carvão em Santa Catarina*, 2002. GUIMARÃES, Reinaldo (org.). *Saúde e medicina no Brasil: contribuição para um debate*. 3.^a ed. Rio de Janeiro: Graal, 1978.
- HARO, Martim Afonso Palma de (org.) *Ilha de Santa Catarina: relato de viajantes estrangeiros nos séculos XVIII e XIX*. Florianópolis: UFSC/Lunardelli, 1996.
- HERSCHMAN, Micael M., e PEREIRA, Carlos Alberto. *A invenção do Brasil moderno: medicina, educação e engenharia nos anos 20-30*. Rio de Janeiro: Rocco, 1994.
- HOBOLD, Paulo. *A história de Araranguá: reminiscências desde os primórdios até o ano de 1930*. Porto Alegre, PALMARINCA/EST, 1994.
- HOBSBAWM, Eric J. *A era das revoluções: Europa (1789-1848)*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1977.
- HOBSBAWM, Eric J. *Mundos do trabalho*. 3.^a ed. Tradução de Waldea Barcellos e Sandra Bedran. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2000.
- HOCHMAN, Gilberto. *A era do saneamento: as bases da política de saúde pública no Brasil*. São Paulo: Hucitec/ANPOCS, 1998.
- HOLANDA, Sérgio Buarque de. *Raízes do Brasil*. 26.^a ed. São Paulo: Cia. das Letras, 1995.
- ILLICH, Ivan. *A expropriação da saúde: nêmesis da medicina*. 4.^a ed. Tradução de José Kosinski de Cavalcanti. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.
- KEMP, Tom. *A revolução industrial na Europa do século XIX*. Trad. José Marcos Lima. Lisboa: Edições 70, 1985.
- KROETZ, Lando Rogério. *As Estradas de Ferro de Santa Catarina 1910-1960*. Curitiba: UFPR, 1975. (Dissertação de Mestrado)

- LAFARGUE, Paul. *O direito à preguiça*. Trad. J. Teixeira Coelho Netto. São Paulo: Hucitec/Unesp, 1999.
- LAGES, Valdemar. *Higiene da criança: noções elementares de puericultura*. Salvador-Bahia: Imprensa Oficial, 1941.
- LANDMANN, Jayme. *Evitando a saúde & promovendo a doença*. 4.^a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Dois, 1986.
- LANDMANN, Jayme. *Medicina não é saúde: as verdadeiras causas da doença e da morte*. 2.^a ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1983.
- LE GOFF, Jacques (org.). *As doenças têm história*. 2.^a ed. Tradução Laurinda Bom. Lisboa: Terramar, 1997.
- LELONG, Marcel. *A puericultura*. Tradução de Clóvis da Silva Bojikian. São Paulo: Difusão Européia do Livro, 1960.
- LIMA, Gerson Zanetta de. *Saúde escolar e educação*. São Paulo: Cortez, 1985.
- LOBATO, Monteiro, 1882-1948. *Literatura comentada*. Biografia por Ruth Rocha; panorama da época por Ricardo Maranhão; seleção de textos, contextualização, notas, cronologia, características e exercícios por Marisa Lajolo. São Paulo: Abril Educação, 1981.
- LOBATO, Monteiro, 1882-1948. *Urupês*. 37.^a edição revisada. São Paulo: Brasiliense, 1994.
- LOCH, Benno. *Da lâmpada de querosene ao computador: uma saga de labuta de pioneiros*. Criciúma: Ed. do autor, 1997.
- LUZ, Madel T. *As instituições médicas no Brasil: instituição e estratégia de hegemonia*. 3.^a ed. Rio de Janeiro: Graal, 1986.
- LYDA, Massako. *Cem anos de saúde pública: a cidadania negada*. São Paulo: UNESP, 1994.
- MACHADO, Roberto et al. *Danação da norma: medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil*. Rio de Janeiro: Graal, 1978.
- MARQUES, Mons. Agenor Neves. *História de Urussanga*. Urussanga, SC: Secretaria de Educação e Cultura, s/d (1980?).
- MARX, Karl, ENGELS, Friedrich. Manifesto do Partido Comunista. In: REIS FILHO, Daniel Aarão (org.). *O manifesto comunista 150 anos depois*. Rio de Janeiro: Contraponto; São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 1998, p. 07-41.
- MARZANO, Pe. Luigi. *Colonos e missionários italianos nas florestas do Brasil*. Trad. Pe. João Leonir Dall'Alba. Florianópolis: Ed. UFSC/Prefeitura Municipal de Urussanga, 1985.
- MASCARENHAS, R. S. *Contribuição para o estudo da administração sanitária estadual em São Paulo*. São Paulo: USP, 1949. (Tese de livre-docência, Faculdade de Higiene e Saúde Pública)
- MEDICI, André Cezar. *História e políticas de saúde no Brasil: um balanço do processo recente de descentralização*. São Paulo: USP, 1999. (Tese de Doutorado em História Econômica)
- MELLO FRANCO, Afonso Arinos de. *Conceito de civilização brasileira*. São Paulo: Companhia Editora Nacional/Brasiliense/Biblioteca Pedagógica Brasileira, v. 70, 1936.
- MELLO, Carlos Gentile. *Saúde e assistência médica no Brasil*. São Paulo: CEBES/Hucitec, 1977.
- MENDES, René (org.). *Medicina do trabalho e doenças profissionais*. São Paulo: SAEVIER, 1980.
- MILANEZ, Pedro. *Fundamentos históricos de Criciúma*. Florianópolis: Ed. do autor, 1991.
- MONTEIRO, Marcia Rocha. *Saúde & açúcar: história, economia e arquitetura do açúcar de Alagoas 1950-1990*. São Paulo: USP, 2002. (Tese de Doutorado, Depto. de História)
- MOTA, André. *Quem é bom já nasce feito: sanitarismo e eugenia no Brasil*. Rio de Janeiro: DP&A, 2003.

- MOTA, André. *Tropeços da medicina bandeirante: São Paulo, 1892-1920*. São Paulo: USP, 2001. (Tese de Doutorado, Depto. de História)
- MOTA, Carlos Guilherme (Org.). *Viagem incompleta: a experiência brasileira (1500-2000)*. São Paulo: SENAC, 2000.
- NABUCO, Joaquim. *O abolicionismo*. 6ª ed. Petrópolis: Vozes, 2000.
- NASCIMENTO, Dorval do. *As curvas do trem: a presença da estrada de ferro em Criciúma (1919-1975)*. Florianópolis: UFSC/UNESC, 2000. (Dissertação de Mestrado em Geografia)
- NAVA, Pedro. *O círio perfeito: memórias VI*. 3ª ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1983.
- NOSSO SÉCULO: *A memória fotográfica do Brasil no século XX*. São Paulo: Abril Cultural, 1980.
- Odenir J. Pirola. *SATC, Sociedade de Assistência aos Trabalhadores do Carvão: uma instituição de qualidade que participa no desenvolvimento do Estado de Santa Catarina*. Criciúma: UNESC, 1997. (Monografia desenvolvida no curso de pós-graduação Especialização em Gestão da Qualidade)
- OLIVEIRA, Jaime A. de Araújo; TEIXEIRA, Sonia M. Fleury. *(Im)previdência social: 60 anos de história da previdência no Brasil*. Petrópolis: Vozes; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 1985.
- OLIVEIRA, Valdemar de. *Higiene e puericultura*. 8.ª ed. São Paulo: Editora do BRASIL, 1955.
- ORLANDI, Orlando. *Teoria e prática do amor à criança: introdução à pediatria social no Brasil*. Rio de Janeiro: Zahar, 1985.
- PAGES, Pelai. *Introducción a la Historia: epistemologia, teoría y problemas de método en los estudios históricos*. Madrid: Barcanova.
- PEREGRINO, Mauricio. *Verdades e mentiras sobre médicos*. Rio de Janeiro: Revinter, 2001.
- PEREIRA, Carlos da Costa. *História de São Francisco do Sul*. Florianópolis: Ed. UFSC/Prefeitura Municipal de São Francisco do Sul, 1984.
- PERNETTA, Cesar. *Alimentação do lactente sadio*. 5.ª ed. Rio de Janeiro: Editora Gráfica Laemmert, 1957.
- PERNETTA, Cesar. *Semiologia infantil*. Rio de Janeiro: Editora Gráfica Laemmert, 1957.
- PERUCCI, Antonio Flavio de Oliveira et all. *O Brasil republicano: economia e cultura (1930-1964)*. 3.ª ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1995. (História Geral da Civilização Brasileira)
- PIMENTEL, José e BELOLLI, Mário. *Criciúma: amor e trabalho*. Criciúma, 1976.
- PIMENTEL, José e BELOLLI, Mário. *Criciúma: Amor I*. Criciúma: Edições Uirapuru/Prefeitura Municipal, 1974.
- PINOTTI, José Aristodemo. *A doença da saúde: por uma política da saúde no Brasil*. São Paulo: ALMED; Campinas: Ed. UNICAMP, 1984.
- PIRES, Denise. *O saber e as práticas de saúde no Brasil e sua apropriação pela medicina e pela enfermagem institucionalizadas*. Florianópolis: UFSC, 1988. (Dissertação de Mestrado em Sociologia Política)
- PLANEJAMENTOS DE HOSPITAIS. Comissão de Planejamento de Hospitais do Instituto de Arquitetos do BRASIL – Depto de São Paulo. São Paulo, 1954.
- POGGI, Jayme. *Discursos, conferências e lutas profissionais*. Rio de Janeiro, 1943.
- POSSAS, Cristina. *Saúde e trabalho: a crise da previdência social*. 2.ª ed. São Paulo: Hucitec, 1989.
- RABE, Afonso. *Noções de higiene, educação sanitária e puericultura*. Florianópolis: Imprensa Universitária da UFSC, 1968.
- RAGO, Margareth. *Do cabaré ao lar: a utopia da cidade disciplinar: Brasil 1890-1930*. 3.ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1997.

- RAMOS, Célia Leitão; MELO, Joaquim Alberto Cardoso de; SOARES, Jussara Calmon R. de Souza. Quem educa quem? Repensando a relação médico-paciente. In: *Demandas populares, políticas públicas e saúde*. Petrópolis: Vozes, v. II, 1989. p.145-164.
- Reitz, P. Raulino. *Paróquia de Sombrio: ensaio de uma monografia paroquial*. Azambuja, 1948.
- RODRIGUES, Lopes. *Anchieta e a medicina*. Belo Horizonte: Edições Apollo, 1934.
- ROSEN, George. *Uma história da saúde pública*. 2.^a ed. Trad. Marcos Fernandes da Silva. São Paulo: Hucitec/UNESP; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1994.
- ROUSSEAU, Jean-Jacques. *Emílio ou da educação*. 2.^a ed. Trad. Sérgio Milliet. São Paulo: Difusão Européia do Livro (DIFEL), 1973.
- RUVER, Heliete Rocha dos Santos. *Descentralização e participação nas políticas de saúde: uma crítica do processo de implantação dos AIS e SUS em Criciúma na gestão Hulse (1983-88)*. Florianópolis, UFSC, 1992. (Dissertação de Mestrado em Sociologia Política)
- SADER, Eder. *Quando novos personagens entraram em cena: experiências e lutas dos trabalhadores da grande São Paulo, 1970-1980*. 2.^a ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1988.
- SALLES, Iraci Galvão. *República: a civilização dos excluídos (representações do "trabalhador nacional". 1870-1919)*. São Paulo: USP, 1995. (Tese de Doutorado em História)
- SANTA CATARINA. Prefeitura Municipal de Siderópolis. *Treviso: ano 100 (1891-1991)*. Treviso, s/d.
- SANTOS FILHO, LYCURGO. *História geral da medicina brasileira*. São Paulo: Hucitec/USP, v. 1, 1977.
- SANTOS FILHO, Lycurgo. *História geral da medicina brasileira*. São Paulo: Hucitec/EDUSP, v. 2, 1991.
- SANTOS, Ana Paula Balthazar dos. *SESI: ação sócio-política do empresariado industrial junto aos trabalhadores*. Florianópolis, UFSC, 1995. (Dissertação de Mestrado em Sociologia Política)
- SANTOS, Roselys Izabel Correa dos. *A terra prometida, emigração italiana: mito e realidade*. Itajaí: Ed. UNIVALI, 1998.
- SÃO THIAGO, Polydoro Ernani de. *A medicina que aprendi, exerci e ensinei*. Florianópolis: UFSC, 1996.
- SCHWARCZ, Lilia Moritz. *O espetáculo das raças: cientistas, instituições e questão racial no Brasil - 1870-1930*. São Paulo: Companhia das Letras, 1993.
- SILVA Jr., José da. *Santos Guglielmi, a trajetória do empreendedor*. Criciúma: Empresas Guglielmi, 1998.
- SILVA MELLO, A. *Problemas do ensino médico e de educação*. Rio de Janeiro: Ariel Editora, 1937.
- SILVEIRA, Heitor. *Escola e saúde*. Porto Alegre: Editora Globo, 1969.
- SKIDMORE, Thomas E. *Uma história do Brasil*. 2.^a ed. Trad. Raul Fiker. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1998.
- SOURNIA, Jean-Charles. *História da medicina*. Tradução de Jorge Domingos Nogueira. São Paulo: Instituto Piaget, 1992.
- SZASZ, Thomas S. *A fabricação da loucura: um estudo comparativo entre a inquisição e o movimento da saúde mental*. 3.^a ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1984.
- TAVARES, Godoy. *Medicina simplificada*. Rio de Janeiro: Oficinas Gráficas de A Noite, s/d.
- TEFEN, Roberto João. *Rio Fortuna: nossa terra, nossa gente*. Florianópolis: [s n.], 1997.
- THOMPSON, E. P. *A formação da classe operária inglesa*. Tradução de Renato Busatto Neto e Claudia Rocha de Almeida. Rio de Janeiro: Paz e Terra, v. II, 1987.
- THOMPSON, E. P. *Costumes em comum: estudo sobre a cultura popular tradicional*. São Paulo: Cia. das Letras, 1998.

- VARNHAGEN, Francisco Adolfo de. *História geral do Brasil*. 9.^a ed. São Paulo: Edições Melhoramentos, 1975.
- VETTORETTI, Amadio. *História de Tubarão: das origens ao século XX*. Tubarão: Prefeitura Municipal, 1992.
- VOLPATO, Terezinha G. *Os trabalhadores do carvão – a vida e a luta dos mineiros de Criciúma*. São Paulo: USP, 1989. (Tese de Doutorado em Sociologia)
- WEBER, Max. *A ética protestante e o espírito do capitalismo*. 13.^a ed. Trad. Irene de Q. F. Szmrecsáyi/Tomáz J. M. K. Szmrecsáyi. São Paulo: Pioneira, 1999.
- WEINSTEIN, Barbara. *(Re)Formação da classe trabalhadora no Brasil (1920-1964)*. São Paulo: Cortez/CDAPH-IFAN – Universidade São Francisco, 2000.
- WEINSTEIN, Barbara. Mulheres trabalhadoras em São Paulo: de operárias não qualificadas a esposas profissionais. In: *Cadernos Pagu*. São Paulo: Publicações Pagu/NEG/UNICAMP, n.º 4, 1995.
- WENER, David. *Onde não há médicos: manual para aqueles que vivem e trabalham no campo*. 5 ed. São Paulo: Edições Paulinas, 1981.
- WILLIAMS, Raymond. *O campo e a cidade: na história e na literatura*. Trad. Paulo Henriques Britto. São Paulo: Cia. das Letras, 1989.
- WOLF, Joel. “Pai dos Pobres” ou “Mãe dos Ricos”? Getúlio Vargas, industriários e construções de classe, sexo e populismo em São Paulo, 1930-1954. In: *Brasil 1954-1964. Revista brasileira de história*. São Paulo: Marco Zero/FAPESP/ANPUH/CNEPq, v. 14, n.º 27, 1994.
- ZACHARIAS, Manif. *Minha Criciúma de ontem*. Criciúma, Ed. do autor, 1999.
- ZUMBLICK, Walter C. *Este meu Tubarão...!* Tubarão: Ed. do autor, v. 1, 1974.
- ZUMBLICK, Walter C. *Tereza Cristina: a ferrovia do carvão*. Florianópolis: UFSC, 1987.