

Primeiras análises: um breve inventário sobre a produção das políticas públicas materno-infantis no Complexo Carbonífero Catarinense.

Ismael Gonçalves Alves¹

Este trabalho busca prefaciá-las algumas questões acerca dos primeiros movimentos realizados no extremo sul de Santa Catarina desenvolvidos na tentativa de articular um conjunto de políticas públicas materno-infantis, dirigidas especialmente para as camadas populares da região carbonífera do Estado. Elencamos como foco primordial desta análise as décadas de 1940 e 1960, haja vista que neste período foi colocado em prática um conjunto de ações médicas que tinham por finalidade criar uma rede de proteção capaz de reverter os efeitos negativos da exploração predatória do carvão sobre o bem-estar materno-infantil. Para a historiadora Ana Paula Vosne Martins, é neste momento que o Estado brasileiro passou a ampliar seu raio de atuação no amparo à maternidade e à infância privilegiando a construção de lactários, dos postos de puericultura, reformando e construindo novas maternidades, exigindo inclusive, a adoção destas mesmas medidas em todas as unidades da federação. (MARTINS, 2004[b], p. 93-94)

Estas ações, diferentes das instituídas no século XIX e início do XX no campo social no Brasil, são denominadas como políticas sociais. Este termo popularizou-se após a Segunda Guerra Mundial, sob o enfoque das políticas econômicas Keynesiana e do *New Deal* introduzidas nos países europeus e da América do Norte. (VASSEUR, 1999, p. 198) De cunho essencialmente assistencialista, estas políticas sociais se desenvolveram primeiramente em países com uma expressiva massa proletária urbano-industrial, que organizadas através dos sindicatos, pressionaram os governos locais a adotarem medidas de proteção aos trabalhadores, como caixas de pensões, seguros saúde, salário mínimo e a regulamentação das jornadas de trabalho. Ao analisar o contexto da formação de políticas de bem-estar no ocidente, Eirinn Larsen, diz que países como França, Alemanha e Suécia foram os pioneiros no desenvolvimento de um estado de bem-estar centralizado, no qual a atuação do governo federal foi marcante para a promoção e o desenvolvimento de políticas públicas voltadas para as camadas

¹ Doutorando pelo Programa de Pós-Graduação em História da Universidade Federal do Paraná, sob a orientação da Professora Doutora Ana Paula Vosne Martins – Bolsista *CAPES*.

populares. (LARSEN, 1996) A seguridade social, implementada nos países da Europa ocidental, tinha o claro objetivo de reforçar o papel do homem como provedor da família, substanciando uma concepção paternalista de assistência, pois estes benefícios, mesmo que tivessem a intenção clara de proteger as mulheres e as crianças, as transformaram em um apêndice da condição do homem como trabalhador e segurado, garantindo desta forma a manutenção da norma familiar burguesa. (ORLOFF, 1996, p.55)

No caso brasileiro o caminho para o desenvolvimento de leis locais de cunho social foi fruto de uma intensa luta política na qual homens e mulheres provenientes de diversos grupos sociais, reivindicaram a elaboração de leis trabalhistas e assistenciais capazes de abranger diversos setores da sociedade. Maria Lucia Mott, ao analisar as políticas públicas no país, chama atenção para a complexidade do caso brasileiro, no qual durante muito tempo se discutiu qual deveria ser o papel do governo na assistência social e até que ponto este poderia intervir ou não na vida da população. Médicos, advogados, juristas, estadistas, patrões e empregados indagavam-se de quem deveria ser a responsabilidade pela proteção à maternidade, acidentes de trabalho, aposentadorias e a saúde dos trabalhadores; ao Estado, aos empregadores, aos trabalhadores ou a benemerência. (MOTT, 2001, p. 205)

No que tange à assistência materno-infantil no plano estatal, podemos elencar as décadas de 1930 e 1940 como um momento excepcional na formulação de políticas públicas direcionadas a esta parcela da população. Durante o governo de Getúlio Vargas estabeleceu-se no país uma política de assistência social voltada para as classes trabalhadoras, aos moldes paternalistas dos Estados europeus autoritários. Com leis exclusivamente direcionadas à proteção da família e da infância, cabia ao Estado garantir por meio de compensações financeiras a manutenção de grupos familiares numerosos, que através da honra e do trabalho contribuía continuamente para o engrandecimento da grande nação brasileira.

Com uma visão instrumental da mulher, para se alcançar a família e principalmente a criança, o Estado brasileiro, lançou mão de intensas campanhas que buscavam transformar as mães em peças fundamentais da construção de um novo país baseado na ordem e na moral, no qual uma gestação saudável e cercada de cuidados médicos era imprescindível para a fabricação de uma infância hígida. Aperfeiçoando

física e moralmente as mulheres o Estado preparava o terreno para a construção de uma maternidade responsável, comprometida com o destino das populações futuras.

Para dar conta desta nova empreitada, salvaguardar a infância e tutelar higienicamente as mulheres, foi criado o Departamento Nacional da Criança (DNCr) em 1940, que delineou o que seriam as linhas gerais na elaboração de programas assistencialistas voltadas para o atendimento das mães e das crianças. Responsável por difundir em todos os cantos do país medidas preventivas e terapêuticas relacionadas aos cuidados materno-infantis, o DNCr, tornou-se um marco importante no combate a mortalidade infantil e na assistência às mães e às crianças pobres. De acordo com a historiadora Ana Paula Vosne Martins, após 1946, através do convênio firmado com a Legião Brasileira de Assistência (LBA) o Departamento teve suas atividades expandidas. Este movimento ampliou consideravelmente o público a ser assistido, a partir da ampliação do atendimento nos postos de puericultura, nos clubes de mães e na oferta de cursos populares, dos quais participavam médicos e enfermeiras do DNCr. (MARTINS, 2004[b], p. 95)

Embora o Estado brasileiro tenha ampliado consideravelmente, desde o início do século XX, os serviços de assistência social através de agências específicas, estes benefícios não foram capazes de abranger todas as camadas da população, cabendo à filantropia, às instituições de caridade e à benemerência ocuparem os espaços deixados pelo governo central. O estudo das políticas assistenciais apresentadas neste artigo possui o intuito de inventariar alguns dos atores sociais que contribuíram para a formação das primeiras políticas públicas materno-infantis na região carbonífera de Santa Catarina, causando profundos impactos na assistência às mães e ao combate da mortalidade infantil; considerados graves entraves para o desenvolvimento local.

A elaboração de algumas Políticas Públicas locais

Apesar do início da extração do carvão mineral em Santa Catarina remontar a meados do século XIX, foi somente no desencadear da Primeira Guerra Mundial que esta indústria deu os primeiros passos a caminho da integração. Esta nova conjuntura mundial restringiu consideravelmente o acesso das empresas nacionais aos combustíveis de origem fóssil, fazendo com que a administração federal repensasse a atuação da indústria de base nacional em toda a cadeia produtiva. Aproveitando-se desta situação

econômica favorável, o Grupo Lage,² reinicia o processo extrativo do carvão na Serra de Passo Dois com o intuito de garantir o abastecimento de sua frota mercante. Os bons resultados obtidos nos anos iniciais de trabalho nas minas da Companhia Lage, em Lauro Müller, impulsionaram alguns empresários criciumenses a iniciarem também a produção mecânica do mineral na cidade.

A implementação destas unidades mineradoras representou a possibilidade de ganhos reais com a produção de carvão, que até aquele momento era feita de forma amadora e ineficiente, gerando apenas algumas centenas de quilos durante todo o ano. O bom desempenho da indústria nacional, naquele momento, impulsionou a abertura de novos campos de extração em todo sul do Estado, gerando uma onda intermitente de exploração do solo. A adaptação ao novo sistema de trabalho marcado pelo compasso do relógio foi apenas uma das várias metamorfoses que transformou antigos agricultores em operários, que ao primeiro apito das minas, antes mesmo do raiar do dia, eram tragados para as entranhas da terra de onde só seriam expelidos ao entardecer, cobertos por uma espessa camada de poeira e esgotados pela estafante rotina dos trabalhos diários.

A atuação exploratória das companhias mineradoras trouxe consigo novas exigências que visavam garantir o bom funcionamento e a expansão das atividades industriais. Da mesma forma que outras regiões fabris do Brasil, o crescimento industrial do Complexo Carbonífero gerou uma forte pressão para a implementação dos serviços de infra-estrutura básica, tais como o abastecimento de água potável, instalação de energia elétrica, a construção de uma rede de esgoto, serviços de saúde, transporte e comunicações, necessários para a manutenção do modo de vida urbano-industrial.

Frente a estes novos problemas apresentados pelo setor carvoeiro, e sem a capacidade técnica dos municípios em enfrentá-los, as empresas mineradoras, entidades filantrópicas e autoridades governamentais, representado por suas autarquias, implementaram uma série de políticas públicas voltadas para assistência aos trabalhadores do carvão e sua famílias. Apresentadas das mais variadas formas, estas

² As minas do Grupo Lage, iniciaram a sua produção carbonífera em larga escala a partir do ano de 1917, apesar disso não constituíam uma única entidade legal, a fim de garantir o acesso a empréstimos concedidos pelo governo federal. Foi somente no ano de 1922 que foi criada a Companhia Nacional de Mineração Barro Branco S/A, subordinada a firma Lage & Irmãos.

ações tinham a claro objetivo de agir sobre dois personagens em específico: as mulheres e as crianças.

A ausência de ações coordenadas por parte das municipalidades para organizar políticas públicas e de assistência para as camadas populares, levou o governo federal e o empresariado local a arquitetar projetos político-sociais de amplo espectro capazes de abranger todos os habitantes da região; do operário à gestante, do adulto à criança. Neste contexto destacaremos a atuação de dois agentes em especial: a Comissão do Plano do Carvão Nacional (CPCAN)³ e os Departamentos de Assistência Social das empresas mineradoras, que em sua maioria estavam ligados a ordens religiosas. Esta parceria estatal com diversos atores sociais, apresentava um duplo benefício ao governo, pois ao mesmo tempo que previa a assistência aos mais necessitados, eximia o Estado de responsabilidade, desonerando consideravelmente as finanças dos cofres públicos. Este movimento interacional entre público e privado foi característico das sociedades ocidentais a partir de das primeiras décadas do século XX, quando em parceria com instituições assistenciais os governos passaram a formular políticas de cunho social que visavam diminuir os impactos da industrialização sobre determinadas parcelas da população:

[...] uma das principais características dos sistemas de segurança social que emergiram no mundo ocidental foi o seu mix público-privado. Mesmo que o Estado tenha iniciado reformas sociais, ele contou durante muito tempo com a participação das previdências privadas, das organizações filantrópicas e de voluntariado, que atendiam a população pobre. (LARSEN, 1996)

Articuladas conjuntamente sob a égide financeira e administrativa da CPCAN, os empreendimentos realizados no complexo carbonífero dirigiam-se exclusivamente para as vilas operárias da região, buscando minimizar os efeitos negativos da exploração desordenada do carvão sobre a população mineira.

Instalado em Criciúma no ano de 1942, o DNPM tinha por missão fiscalizar e modernizar o processo produtivo do carvão em toda região do complexo carbonífero.

³ A Comissão Executiva do Plano do Carvão Nacional (CEPCAN), criada pela Lei nº 1.886, de 11 de junho de 1953, órgão autônomo, diretamente subordinado ao Presidente da República era formado por representantes dos governos do Rio Grande do Sul, Paraná e Santa Catarina, da Estrada de Ferro Central do Brasil, do Sindicato Nacional da Indústria de Extração do Carvão, da Companhia Siderúrgica Nacional, além do Ministério de Minas e Metalurgia e os Departamentos Nacionais de Portos e Estradas de Ferro. Esta comissão tinha por finalidade executar o Plano do Carvão Nacional, visando à justa distribuição dos recursos entre os Estados mineradores.

Devido à singularidade do local, a atuação do DNPM não se limitou apenas a prestar serviços técnicos; sob o comando do sanitário Francisco de Paula Boa Nova Junior, o departamento médico desta autarquia também passou a ofertar para a população de Criciúma e arredores, atendimento hospitalar e serviços de saúde coletiva, a fim de minorar os constantes surtos endêmicos que assolavam a cidade. Ao regulamentar o processo biológico, salvaguardando apropriadamente todos os estágios da vida, a biopolítica criou um poder contínuo e científico que buscava “levar em conta a vida, os processos biológicos do homem-espécie e de assegurar sobre eles [...] uma regulamentação”, (FOUCAULT, 1999, p. 294) a fim de garantir o pleno desenvolvimento da sociedade.

Em relatório destinado ao DNPM, no qual o sanitário Francisco de Paula Boa Nova Junior analisa as condições médico-sociais da indústria do carvão em Santa Catarina, o tema da mortalidade infantil aparece em posição de destaque nas suas considerações. Segundo o médico, logo após sua chegada a Criciúma chamou-lhe atenção o “elevado número de enterros de crianças que eram vistos diariamente pelas ruas da cidade [de] (8 a 10 em média)”. (BOA NOVA JUNIOR, 1953, p. 22) Buscando estudar as causas para tão alarmante número de mortes entre os infantes de zero a um ano de idade, o sanitário apresentou um quadro nosológico no qual apontava as principais moléstias que vitimavam a população infantil. Neste leque nosológico aparecem em destaque as doenças gastro-intestinais (salmonelose e as disenterias amebianas), doenças do trato respiratório (pneumonia, broncopneumonia, crupe, coqueluche e gripe), doenças infecto-contagiosas em geral, e, principalmente a subnutrição.

É sumamente desagradável e doloroso relatarmos aqui que muitas criancinhas, em Criciúma, pereciam em grande número, há tem bom poucos anos e ainda perecem agora, em número bem menor, é verdade de fome!
(BOA NOVA JUNIOR, 1953, p. 22)

Corroborando com as análises de seu colega, outro médico da região, Manif Zacharias, realizou uma série jornalística intitulada, *A mortalidade Infantil em Criciúma*, publicada no Jornal Tribuna Criciumense entre os meses de Maio e Abril de 1957. Esta análise investigativa realizada pelo clínico, objetivava levantar dados reais sobre a sequência de mortes ocorrida entre a população infantil, da região carbonífera,

nos primeiros anos de vida. Para o médico era importante desvelar o quanto existia de veracidade nas afirmações generalizadas de que Criciúma e os municípios dos arredores apresentavam “um dos maiores índices de mortalidade infantil de todo o país”. (ZACHARIAS, 1957, p.01)

Criciúma, sempre que chamada para o tema de discussão, ou simplesmente citada no curso de uma conversa qualquer, destaca-se a apreciação de elementos estranhos à terra por suas particularidades: uma, o carvão, expressão de sua riqueza no sub-solo; outra a elevada mortalidade infantil, traduzindo a miséria de seu povo. E assás comum, realmente quando nos encontramos em outras cidades, principalmente em grandes centros mais distantes, sermos inquiridos sôbre se AINDA morrem muitas crianças por aqui. (ZACHARIAS, 1957, p.01)

Esquadrinhar, anotar, medir e investigar; estes foram os elementos básicos implementados pela medicina moderna. Não bastava apenas saber a *causa mortis*, que doenças eram fatais, quais epidemias eram responsáveis pelo maior número de óbitos. Era necessário construir mecanismos que estudassem as doenças em sua profundidade, não apenas para saber do que os indivíduos morriam, mas para saber do que eles não poderiam mais morrer: “vai ser preciso modificar, baixar a morbidade; vai ser preciso encompridar a vida; vai ser preciso estimular a natalidade. E trata-se, sobretudo de estabelecer mecanismos reguladores [...] em suma [...] otimizar [...] um estado de vida. (FOUCAULT, 1999, p. 293-294)

Em busca de dados concretos o médico percorreu os diversos cartórios da região com o intuito construir um quadro de mortalidade infantil baseado em registros oficiais.⁴ Como resultado desta ação investigativa, Manif Zacharias conclui que não existiam grandes disparidades entre a região carbonífera – que apresentou coeficiente⁵ muito elevado apenas nos anos de 1946 e 1948 – e outras localidades do país. Segundo o médico, em Florianópolis entre os anos de 1945 a 1954, conforme o trabalho realizado pelo Dr. Miguel S. Cavalcante, a mortalidade infantil atingiu cifras entre 211,6 e 99,9

⁴ Os dados apresentados pelo médico nas reportagens aqui analisadas são passíveis de crítica, haja vista que assim como em outras regiões do interior do país, muitas crianças morriam e seu falecimento não era notificado e nem oficializado pelos cartórios de registro. Mesmo assim, os números apresentados revelam uma das muitas faces relativas ao quadro médico-social da cidade.

⁵ A mortalidade infantil avalia-se pelo chamado *coeficiente*, isto é, pela relação do número de nascimentos vivos e óbitos de crianças entre 0 e 1 ano de idade, durante o período de um ano civil, calculando-se o número de óbitos a cada 1000 nascimentos. A mortalidade infantil é considerada *baixa* ou *fraca* quando o coeficiente é inferior a 40; *média* ou *moderada* quando entre 40 e 70; *alta* ou *forte* entre 70 e 100, *muito elevada* ou *muito forte* acima de 100.

sendo que o coeficiente *muito elevado* pelo período de nove anos e *alto* em um ano. Ainda de acordo com dados cedidos ao jornal pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas, no ano de 1950 o Distrito Federal apresentou um coeficiente 106, em Porto Alegre 107, 110 em Belém do Pará e 162 em Salvador.

A preocupação com a infância e suas condições de desenvolvimento estava atrelada à noção de que a criança constituiria aquilo que os Estado possuía de mais valioso. Futuro incontestável da nação, a vida da criança deveria ser mantida a todo custo, cabendo à família em consonância com o Estado, assegurar-lhe um meio social saudável para o seu desenvolvimento psicossomático. Como semente futura das nações estabeleceu-se em torno das crianças uma série de obrigações físicas e morais: cuidados com o corpo, higiene, alimentação, limpeza, preocupação com o vestuário e a amamentação das crianças pelas mães, que em hipótese alguma deveria ser negligenciada. (FOUCAULT, 2010, p. 198)

O estudo realizado pelo médico sobre a mortalidade na região, além de estabelecer um paralelo entre dados com base em registros oficiais e informações de origem empírica, tinha por objetivo causar impacto entre a população local e pressionar às autoridades estatais a tomarem iniciativas na elaboração de políticas públicas eficazes em defesa da infância e da maternidade. Prosseguindo sua análise o médico, chegou a uma conclusão do qual seria o real motivo para “tão elevada cota de sacrifício de nossa infância”: IGNORÂNCIA E MISÉRIA eis a respostas formal, categórica, imperativa e que deve ser dada corajosamente. (ZACHARIAS, 1957, p.01)

Em defesa da gestante e da infância, os médicos enfatizam a necessidade de se criar uma cultura sanitária que deveria extrapolar os limites da clínica e adentrar sobre o espaço do mundo privado. Para os mesmos, concomitante aos serviços de assistência médico-hospitalar, as autoridades deveriam providenciar condições sócio-econômicas favoráveis para a manutenção de uma família saudável como o pagamento de salários razoáveis, o acesso a alimentos de boa qualidade, priorizar a construção de moradias salubres, enfim, uma gama de ações que se estendessem a todos os momentos da vida cotidiana “mecanismos mais sutis, mais racionais e seguros, de poupança individual e coletiva, de seguridade, etc”.(FOUCAULT, 1999, p. 291) Cientes da inoperância dos órgãos públicos na promoção do bem-estar materno-infantil, os médicos da região propuseram um conjunto de medidas iniciais e de fácil implementação que visava

atenuar o impacto da pobreza. Dentre estas ações podemos citar a ampliação e a construção de mais dois postos de puericultura, a instalação de um posto agropecuário com um número suficiente de vacas leiteiras, a ampliação do posto de abastecimento do SESI-SC, o tabelamento rigoroso dos preços dos alimentos, a construção de uma ala materno-infantil no hospital São José, o combate ao charlatanismo e a difusão dos preceitos da higiene e puericultura para as mães através de cursos populares.

A proteção à infância não pode ser limitada. Matéria tão complexa, problema tão relevante exige organização e organização impõe recursos fartos. Necessitamos de iniciativas arrojadas que ponham em prática providências de largo alcance na ânsia suprema de proteger mais vigorosamente e eficientemente a nossa tão desprotegida infância.(BOA NOVA JUNIOR, 1953, p. 26)

A difusão de preceitos higiênicos entre as mulheres das vilas operárias, relacionados ao corpo e ao trato com os recém-nascidos, constitui-se como uma das bases elementares da assistência social promovida com recursos da CPCAN junto às famílias mineiras. Esta tarefa de aculturação médica tinha por objetivo difundir responsabilidades e novas competências, transformando as mães em pequenas enfermeiras do lar na luta contra os males que afligiam as crianças. Ainda segundo Ana Paula Vosne Martins, em várias partes do Brasil os médicos enfrentaram grande resistência por parte das mães na disseminação do saber puericultor; figura estranha em muitos lugares, a imagem do clínico não foi aceita de forma imediata por algumas camadas da população.

Na tentativa de reverter esta situação e atingir um considerável número de mulheres a pediatria lançou mão de métodos modernos de comunicação – revistas, artigos de jornais, manuais de puericultura – que visavam expandir noções básicas de higiene infantil, primeiros socorros e informações sobre moléstias infantis. A pedagogia materna tinha a clara intenção de dissuadir antigos hábitos e práticas no cuidado com as crianças, entendidas pelos médicos como uma das principais causas para os elevados índices de mortalidade entre a população infantil, “as mães por mais amorosas e bem intencionadas que fossem, cometiam muitos erros e deviam ser guiadas pela racionalidade científica da medicina e dos especialistas”.(MARTINS, 2008, p.142)

Nas vilas operárias de Santa Catarina ligadas às atividades carvoeiras, a difusão desta pedagogia materna ficou a cargo de Institutos Religiosos Femininos.⁶ Ao todo cinco Congregações atuaram em vinte vilas operárias da região. A contratação destas ordens religiosas para a implementação das ações assistenciais junto às famílias mineiras do complexo carbonífero, estava atrelada à experiência positiva ao bem sucedido trabalho das Pequenas Irmãs da Divina Providência na vila Rio Maina. Apesar dos diversos programas assistenciais encabeçados pelo SESI-SC e pelas mineradoras em toda a região, os resultados considerados positivos foram poucos, pois tanto os médicos quanto os assistentes sociais encontraram inúmeras barreiras no trabalho com as famílias locais.

Unir para dirimir: as ações coordenadas de assistência, benemerência e filantropia nas terras do carvão

A escolha de um grupo de religiosas para realizar trabalhos assistenciais colocava em sintonia os interesses da Igreja Católica, do SESI-SC e das próprias carboníferas. A Igreja Católica ao deslocar freiras para o interior do Brasil e colocá-las em contato com a população operária, buscava se aproximar desse grupo social que, paulatinamente, vinha obtendo papel de destaque no cenário político nacional. Era importante colocar obstáculos ao avanço do terrível “perigo vermelho”, ou seja, o ideário do Comunismo, assim como barrar o crescimento das igrejas Pentecostais (Testemunhas de Jeová e Assembléia de Deus) que estavam se difundindo próximo às populações pobres. Esta interligação entre os Institutos religiosos, o Estado e a sociedade, ia de encontro a outros interesses da Igreja. Não bastava apenas barrar o avanço de novas religiões, era preciso ocupar os espaços perdidos durante o advento da República. Assim, tomando conta de áreas que deveriam ser da ação governamental, como a assistência, a Igreja Católica retomava, em parte, antigas esferas de controle junto à população brasileira, sobretudo no que diz respeito ao espaço doméstico e à família.

O SESI-SC, por sua vez, ao estabelecer parcerias com Congregações Religiosas femininas objetivava acentuar sua presença junto aos trabalhadores urbanos sem que

⁶Irmãs Beneditinas da Divina Providência, Pequenas Irmãs da Divina Providência, Instituto Coração de Jesus, Pequenas Irmãs Missionárias da Caridade, Filhas do Divino Zelo.

para isso precisasse desembolsar grandes somas de dinheiro. Sem marido e prole para dividir a atenção, as freiras dedicavam-se às atividades de forma integral, percebendo apenas uma ajuda de custo que cobria as despesas domésticas e mantinha em funcionamento os trabalhos assistenciais.

Aliadas dos médicos e em consonância com as diretrizes vaticanas relacionadas à saúde e a higiene⁷, as religiosas iniciaram uma campanha de aculturação médica junto às mulheres das vilas. Fazendo vezes de educadoras sanitárias, as freiras recebiam a formação técnica do Serviço Social da Indústria e difundiam estes conhecimentos através dos cursos populares. Para Maria Lúcia Mott as educadoras sanitárias cumpriram um importante papel no combate às práticas tradicionais no cuidado com as crianças, difundindo conhecimentos de higiene infantil, amamentação, dietética e organizando curso de puericultura entre a população pobre. (MOTT, 2001, p. 221-222) Dentre as atividades desenvolvidas pelas Irmãs podemos nos ater a dois programas, que articulados atuavam em conjunto, o curso de puericultura e enfermagem caseira.

Para suprir em certa medida as necessidades básicas relativas à saúde, o programa do curso de enfermagem caseira contemplava noções de higiene, injeção intramuscular, injeção endovenosa, esterilização, curativos, tomada de temperatura, ética da enfermeira e lavagem intestinal. Para poder exercer a atividade entre os moradores, as aspirantes a enfermeira passavam por um exame final com o objetivo de avaliar os conhecimentos adquiridos ao longo do curso. O teste era elaborado pelo médico da companhia mineradora e somente após o crivo deste especialista é que as mulheres estavam aptas a iniciar seus trabalhos.

Compartilhar com as mulheres os saberes da medicina, além de garantir a manutenção de uma família sadia, coibia a atuação dos famosos curandeiros e benzedoras que há muito tempo agiam entre os moradores da região, receitando e prescrevendo medicamentos na tentativa de curar as enfermidades. Através das visitas domiciliares as enfermeiras ficavam ao par da enfermidade que acometia a criança aconselhando as mães a procurarem os serviços médicos ao invés de curandeiros. A

⁷ Desde junho de 1951, após a publicação da Carta Encíclica *Evangelii Praecones*, do Papa Pio XII, ficou decidido que os Institutos e Congregações religiosas difundiriam em suas missões de evangelização e de amparo aos pobres os princípios da higiene através de uma intensa assistência sanitária baseada nos preceitos científicos de saúde.

mãe-enfermeira passou a ser a principal responsável pelo bem-estar de sua família e de seus vizinhos.

Ocupando cada vez mais espaços na vida cotidiana mulher/mãe, a medicina buscava ordenar práticas e valores relacionados às camadas populares. Responsável pela organização “científica” de sua casa e pelo bem estar de sua prole, a dona-de-casa teve seu dia-a-dia higienicamente reordenado, atribuindo-se a ela cada vez mais responsabilidades, sobretudo no que diz respeito à ordenação saudável da vida infantil. Assim como o curso de enfermagem caseira, o curso de puericultura possuía um programa básico que contemplava o banho em recém-nascidos, cuidados com o cordão umbilical, preparação de alimentos adequados a cada fase da infância, verificação de temperatura e a detecção de sintomas de algumas doenças. Ensino básico do programa, o asseio e a limpeza do ambiente doméstico figuravam entre as principais preocupações das religiosas com o desenvolvimento sadio das crianças. A falta de higiene no ambiente doméstico era apontada pelos médicos como uma das grandes responsáveis pelo elevado número de óbitos entre as crianças das vilas operárias, “a mortalidade infantil é fortemente influenciada pelas questões higiênicas da habitação e alimentação”. (ZACHARIAS, 1957, p. 01) Pautando-se nestas informações, as religiosas instruíam as mães a zelarem pela limpeza da casa, higienizando e esterilizando sempre que possível, através da fervura, os utensílios e roupas que fossem de uso infantil. Além disso, em visitas rotineiras as freiras adentravam o espaço doméstico com o intuito fiscalizar e avaliar se os ensinamentos dispensados durante os cursos estavam sendo colocados em prática.

Assim como a casa, que era cotidianamente vigiada pelas religiosas, os preceitos de saúde, higiene e nutrição ensinados nos encontros de puericultura também eram fiscalizados através do concurso de robustez infantil, que consistia em premiar aquelas mães que tinham os filhos mais próximos do ideal de infância saudável. Para o bebê poder participar do concurso e concorrer ao prêmio a mãe deveria ter frequentado rigorosamente as aulas oferecidas no curso de puericultura e as crianças terem entre 06 e 12 meses. A robustez infantil era entendida como o equilíbrio de todos os caracteres de vitalidade, órgãos perfeitos e funções harmônicas. Saudáveis e felizes, estas crianças, eram consideradas a expressão máxima de toda a altivez da raça brasileira que passo a passo caminhava rumo ao progresso. (ALMEIDA, 2007, p. 168-169)

O concurso de robustez infantil se aproximava do sistema de gratificação-sanção analisado por Michel Foucault, que torna operante todo o processo de treinamento e correção, fazendo com que toda a conduta fosse distribuída entre dois pólos extremos, um positivo e outro negativo, funcionando como uma estratégia de normalização. Tornando mais frequentes as gratificações do que as sanções, a disciplina procura destacar os bons comportamentos através de recompensas, tornando-os modelos para os demais. (FOUCAULT, 2007, p.149)

No que tange ainda à saúde pública, o Plano do Carvão Nacional ainda destinou uma parte de suas verbas para a construção de novas alas no Hospital São José, a edificação do Asilo São Vicente de Paula, programas de vacinação coletiva, além de uma série de outras atividades. A reforma e ampliação do Hospital de Caridade da cidade contou com a participação de recursos federais, das empresas mineradoras e com verbas provenientes da Legião Brasileira de Assistência – LBA, que priorizou a construção de uma pequena ala materno-infantil.

Com efeito, somente depois de 1950, quando já eram bastante precárias as condições do Hospital S. José, foram conseguidas, por intermédio da Legião Brasileira de Assistência, as verbas necessárias à sua ampliação [...]. Com esta ampliação, que aliás, não está ultimada, pois falta concluir a parte relativa à pequena maternidade, construída numa nova ala [...]. (BOA NOVA JUNIOR, 1953, p. 34-35)

No âmbito educacional foram grandes os esforços da CPCAN para o financiamento e a construção de instituições de ensino que visassem o recolhimento das crianças pobres da cidade que perambulavam pelas ruas. A infância considerada desvalida era um dos graves problemas sociais enfrentados pelo município. Nos jornais encontramos vários apelos em prol das crianças abandonadas. Muito mais que uma mácula na imagem das cidades, era o medo com o futuro destas crianças que preocupava as autoridades. Para estas, sem o amparo de uma família ou de adultos que lhes ensinassem o caminho da ordem e da moral, mais cedo ou mais tarde, o abandono se reverteria na forma de pequenos furtos e crimes contra aquela coletividade que os ignorou. O jornal Tribuna Criciumense, de 17 de Novembro de 1955, afirmava o seguinte:

O aumento espantoso da criminalidade infantil, e o número incalculável e alarmante de menores abandonados, social e economicamente desajustados sem nenhuma [...] assistência [...] constituem, hoje, um dos problemas a

exigir imediata solução, em face à gravidade e perigo que oferecem [...] Serão eles [sic] os homens de amanhã [...] cuja vida miserável e as precaríssimas condições sociais e econômicas [...], poderão oferecer dificuldades inquietantes á harmonia e à ordem social. (p.03)

As crianças foram alvos de inúmeros discursos que tentavam forjar um modelo de infância no qual os cuidados com a moral e um corpo saudável eram imperativos para esta fase da vida. Neste sentido foi criada a Sociedade Criciumense de Assistência aos Necessitados (SCAN), fundada em 1949 pelo *Rotary Club* com o objetivo de prestar assistência às crianças pobres do município. Esta tinha como objetivo inicial a construção das chamadas “casas lares”, nas quais cerca de dez crianças seriam entregues a um casal responsável por criá-las, preparando-as para o convívio saudável em sociedade. Era imprescindível acima de tudo ensinar-lhes os valores burgueses, tais como, o esforço individual e o trabalho, pois caso não fosse acolhido e educado desde cedo “o menor abandonado [transformaria-se], com justa razão, em um revoltado, contra tudo e contra todos; a sociedade, que os deixou nesse estado seria culpada de seu inexorável destino, que leva a degradação de todos os vícios e todos os crimes”. (TRIBUNA, 1960, p.07)

Neste sentido, a CPCAN também se empenhou em promover a construção de instituições que se dedicavam a cuidar de menores abandonados, como o Bairro da Juventude, administrado pela ordem religiosa dos Irmãos Rogacionistas do Sagrado Coração de Jesus. Inaugurado em 1954, este instituto formou-se a partir das antigas fundações da SCAN cedidas aos padres, que com a ajuda de recursos financeiros recebidos da CPCAN construíram, reformaram e ampliaram as antigas bem-feitorias da instituição. Segundo os historiadores Antônio Luiz Miranda e Maurício da Silva Selau, (SELAU; MIRANDA, 2003, p. 52) ainda no ano de 1954 foram inaugurados três novos pavilhões que constituiriam os “Abrigos de Menores Abandonados”. Daquele ano em diante os “meninos desamparados” da cidade passaram a residir na instituição aprendendo valores morais baseados na rígida ética cristã de disciplina e obediência.

Direcionado apenas aos meninos, o Bairro da Juventude oferecia educação formal, além de cursos profissionalizantes com o apoio do SENAI (Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial) visando transformar as consideradas “pequenas ameaças” em braços habilidosos para o labor industrial. A aprendizagem de um ofício ou o

internamento em uma instituição asilar era a garantia de que estes “pequenos empecilhos” se tornassem crianças prontas para o convívio em sociedade.

Apesar de ser essencialmente caritativa e voltada para o mundo do trabalho, as obras desta instituição transformaram-se em um marco na assistência aos menores considerados abandonados da cidade. No âmbito de assistência educacional, outras iniciativas marcaram os trabalhos da CPCAN. Em conjunto com os empresários mineradores foi fundada em 1959 a Sociedade de Assistência ao Trabalhador do Carvão (SATC). Os serviços prestados pela instituição dividiam-se em duas vertentes. A primeira oferecia, sem ônus algum, aos filhos e filhas de mineiros, uma escola industrial masculina com oficinas de mecânica geral; marcenaria; fundição e eletricidade; e uma escola profissionalizante feminina,⁸ ambas administradas pelos Irmãos Maristas. Diferente da proposta do Bairro da Juventude que previa o internamento integral e apenas destinado aos menores abandonados, os meninos e meninas que estudavam na SATC passavam apenas algumas horas por dia na escola e nela recebiam educação formal e técnica. Nos cursos profissionalizantes masculinos, as crianças aprendiam desde cedo os valores do trabalho e da disciplina fabril.

A partir de 1964 o instituto educacional expandiu sua atuação oferecendo também assistência médica aos trabalhadores das minas de carvão e suas famílias. Este serviço ficou a cargo das Pequenas Irmãs da Divina Providência, que depois de alguns anos realizando o mesmo trabalho assistencial com as famílias da vila operária Próspera passaram desempenhar as mesmas atividades através de um convênio com a SATC a partir de sua casa assistencial no distrito do Rio Maina. A pedido do seu conselho executivo e em conjunto com o médico pediatra David Luiz Boianovisk, também funcionário da SATC, foi dada grande ênfase aos trabalhos de puericultura e cuidados elementares com a primeira fase da infância. Utilizando um sistema diário de rodízio no atendimento, cerca de onze Vilas Operárias eram visitadas rotineiramente pelas Irmãs. Nestes encontros eram ensinadas técnicas simplificadas de enfermagem caseira atentado para os cuidados com a assepsia dos ambientes, limpeza da pele e de pequenos ferimentos, troca das fraldas, controle da temperatura corporal e do peso, profilaxia de infecções e alimentação.(RABELO, 2007, p. 336-337) Este conjunto de ações

⁸ Não foi possível encontramos em nossas pesquisas o conteúdo programático dos cursos oferecidos às meninas e moças.

objetivava assegurar o perfeito desenvolvimento físico, mental e moral dos infantes em consonância com seu ambiente de vida. Incentivadas a cultivar a saúde de suas crianças as mães garantiriam que elas se desenvolvessem normalmente, “amparando-as e defendendo-as contra os múltiplos perigos que as ameaçavam em consequência a ação maléfica de fatores ambientais e sociais”. (COELHO; PORTUGAL, 1967, p. 12)

De maneira geral as políticas públicas colocadas em prática no Brasil na primeira metade do século XX, direcionaram-se basicamente para a assistência aos trabalhadores urbanos. Entendida como um apêndice do homem operário, a medicina apropriou-se da mulher como um instrumento para se chegar à família e à criança, alvos das políticas governamentais. De várias maneiras o Estado tentou cercar as crianças de múltiplos cuidados a fim de garantir-lhes o pleno desenvolvimento de suas funções sócio-biológicas, com vistas à construção de uma nação poderosa e desenvolvida. A fim de alcançar este propósito, a medicina desenhou os contornos daquilo que seria a “nova mulher”, dedicada, afetuosa e acima de tudo inteira sacrifício, que através dos preceitos regeneradores da medicina, seria recompensada com a existência de filhos saudáveis, futuros cidadãos e trabalhadores. As políticas e programas apresentados neste artigo podem ser entendidos como o marco inicial de um longo processo de aculturação médica que tinha por finalidade criar uma ampla rede de proteção e assistência social em torno das mulheres e crianças que habitavam o complexo carbonífero catarinense. Fruto de iniciativas governamentais e privadas, estas ações podem ser entendidas como a pedra angular das primeiras políticas públicas materno-infantis da região, estimulando ainda o desenvolvimento de uma série de outros projetos que provocariam profundos impactos na relação mãe/filho, médico/gestante, além de intervir radicalmente nas formas tradicionais de cuidados infantis.

REFERÊNCIAS:

ALMEIDA, Jane Soares de. Imagem feminina e maternidade: o concurso de robustez infantil em São Paulo (1928). **Revista brasileira de Estudos pedagógicos**. Brasília, v. 88, n. 218, p. 157-170, jan./abr. 2007.

BOA NOVA JUNIOR, Francisco de Paula. **Problemas médicos –sociais da indústria carbonífera sul catarinense**. Boletim N° 95. Rio de Janeiro: DNPM, 1953.

COELHO, José Guerra Pinto; PORTUGAL, Henrique Furtado. **Higiene e puericultura**. Volume 3. Belo Horizonte: Ed. Bernardo Álvares, 1967.

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

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. 15 ed. Rio de Janeiro: Graal, 2010.

FOUCAULT, Michel. **Vigiar e Punir**: história da violência nas prisões. Rio de Janeiro: Vozes, 2007.

JORNAL Tribuna Criciumense, de 17 de Novembro de 1955.

LARSEN, Eirinn. **Gender and welfare state. Maternalism – a new historical concept?** In <http://www.ub.uib.no/elpub/1996/h/506002/eirinn.html>.

MARTINS, Ana Paula Vosne. “Vamos Criar seu filho”: os médicos puericultores e a pedagogia materna no século XX. In: **Revista História, ciências, saúde**. v. 15, n. 1. Rio de Janeiro: Manguinhos, 2008.

MARTINS, Ana Paula Vosne. **Políticas da Maternidade**: Uma introdução à história comparada de gênero e políticas públicas. Relatório de estágio de pós-doutorado, 2004.

MIRANDA, Antônio A. de; SELAU, Maurício da Silva. **Bairro da juventude**: 50 anos de história a filantropia na poeira do carvão. Criciúma, SC: UNESC, 2003.

MOTT, Maria Lúcia. Maternalismo, políticas públicas e benemerência no Brasil (1930-1945) In: **Cadernos Pagu**. N 16, 2001

O DRAMA do menor abandonado. **Tribuna Criciumense**, Criciúma, 22 de Fevereiro de 1960. p. 07.

ORLOFF, Ann. **Gender in the Welfare State**. Annual Review of Sociology, Vol. 22 (1996).

RABELO, Giani. **Entre o hábito e o carvão**: pedagogias missionárias no sul de Santa Catarina na segunda metade do século XX. Tese (Doutorado em Educação). Faculdade de Educação. Universidade do Rio Grande do Sul, 2007.

VASSEUR, Paul. **Protection de l'enfance et cohésion sociale du IVe au XXe siècle**. Paris: L'Harmattan, 1999.

ZACHARIAS, Manif. Mortalidade infantil em Criciúma. **Tribuna Criciumense**. Criciúma, 20 de maio de 1957. p. 01.