APROXIMAÇÕES E PERSPECTIVAS: UM BREVE INVENTÁRIO SOBRE A PRODUÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS MATERNO-INFANTIS NO SUL DE SANTA CATARINA

APPROACHES AND PROSPECTS: A SURVEY ON THE PRODUCTION MOTHER-CHILD'S PUBLIC POLICY IN THE SOUTH OF SANTA CATARINA

Ismael Gonçalves Alves*

Resumo: A proposta deste artigo é analisar aspectos relevantes na produção de políticas públicas materno-infantis no sul do Estado de Santa Catarina, destinadas às camadas populares ligadas as atividades carboníferas. Embora o Estado brasileiro tenha ampliado consideravelmente, desde o início do século XX, os serviços de assistência social através das agências específicas, estes benefícios não foram capazes de abranger todas as camadas da população da mesma forma. Assim, o estudo das políticas assistenciais apresentadas neste artigo possui o intuito de inventariar a participação dos diversos atores sociais – Estado, entidades filantrópicas, empresariado local – que contribuíram para a formação das primeiras políticas públicas materno-infantis locais, causando profundos impactos na assistência às mães e ao combate da mortalidade infantil; considerados graves entraves para o desenvolvimento local.

Palavras-Chave: Políticas Públicas; Camadas Populares; Santa Catarina; Maternidade; Infância.

Abstract: This paper purpose to examine critically some aspects in the production of public policies maternal-infant in the southern state of Santa Catarina, aimed at grassroots coal-related activities. Although the Brazilian government has expanded considerably since the beginning of the twentieth century, social welfare services through specific agencies, these benefits haven't been able to cover all population groups equally. Thus, object of the study of welfare policies wants to survey the participation of social actors - state, charities, local businesses - which contributed to the formation of the first public policies maternal- infant, causing profound impacts on mother's assistance and combating child mortality, as serious obstacles to local development.

Keywords: Public Policy; Popular Class, Santa Catarin a, Maternity, Children.

* Mestre em História do Tempo Presente pela Universidade do Estado de Santa Catarina, doutorando pelo Programa de Pós-Graduação em História da Universidade Federal do Paraná. Endereço de e-mail: ismaelmaya1@yahoo.com.br

> Ao tempo de nossa chegada a Criciúma, em fins de 1944, contristador era o aspecto que a cidade oferecia no tocante às condições higiênicas e sanitárias, à mortalidade infantil e ao confôrto oferecido aos seus habitantes. (JUNIOR, 1953, p.11)

Este artigo busca prefaciar algumas questões acerca dos primeiros movimentos realizados no extremo sul de Santa Catarina na tentativa de articular um conjunto de políticas públicas materno-infantis, dirigidas especialmente para as camadas populares da região carbonífera do Estado. Num primeiro momento abordaremos algumas questões a respeito da formação das políticas públicas nos países ocidentais enfocando as dimensões de gênero e sua influência no interior da máquina estatal e das relações sociais. Em seguida, apresentaremos um breve histórico da região estudada, percebendo os motivos que tornaram esta localidade singular e alvo de diversas ações coordenadas entre o Estado, o empresariado e as instituições filantrópicas. Dando continuidade às nossas reflexões, os dois últimos blocos, trazem algumas observações sobre a articulação entre autoridades públicas e agentes locais na promoção de políticas públicas direcionadas para as mulheres e crianças das camadas populares da região, políticas estas baseadas no discurso sanitarista, no qual as ações assistenciais empreendidas pelos diversos agentes locais – Estado, mineradoras e Ordens Religiosas – se pautaram no sentido de promover um amplo projeto de assistência capaz de abranger desde a construção de novas moradias até a expansão dos serviços médicos hospitalares.

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 (2004[b], p. 93-4), 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. 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, sustenta que países como França, Alemanha e Suécia foram os pioneiros no desenvolvimento de um estado de bem-estar centralizado, nos quais a atuação do governo federal foi marcante para a promoção e o desenvolvimento

de políticas públicas voltadas para as camadas 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).

Ao contrário dos países europeus continentais, Estados Unidos e Grã-Bretanha tiveram a atuação de sua máquina estatal resumida a poucas ações de amparo e auxílio às camadas pobres urbanas, cabendo à benemerência e aos institutos de caridade assumir a responsabilidade pela assistência aos trabalhadores, às mães e às crianças, destacando-se neste contexto, a atuação dos movimentos reformistas femininos:

> [...] esses programas sociais foram criados e moldados por reformadores do sexo feminino, que por suas atividades maternalistas atenderam aos interesses de todas as mulheres [...] isso significa que dizer o gênero, e não a classe, tornou-se a principal força na formação do Estado de bem-estar americano.(LARSEN, 1996, p. 21) [tradução do autor].

A participação feminina no desenvolvimento de políticas públicas de bem estar social, voltadas à assistência, à maternidade e à infância, está na origem do conceito de maternalismo. Apesar de ser utilizado como uma ferramenta na compreensão das relações de poder entre a ação política das mulheres e o estado de bem-estar, Eriin Larsen adverte para a volatilidade deste conceito devido ao mesmo ter sido apropriado de diversas formas pelas correntes feministas (LARSEN, 1996, 4-5). De acordo com a historiadora Ana Paula Vosne Martins (2004 [b], p. 21), embora não se possa falar de uma teoria feminista do *welfare state* – pois as interpretações são muito diversificadas – "o que há em comum entre estes trabalhos é uma orientação teórica e metodológica em repensar o Estado, a partir de uma ampliação do conceito de política e a utilização do gênero como categoria de análise articulada a outras categorias como classe e raça".

Atrelando o conceito de gênero aos estudos das políticas públicas, as historiadoras do estado de bem-estar têm buscado destacar as articulações e as relações de poder exercidas no interior da máquina estatal, no qual as organizações femininas ocuparam um espaço de fundamental importância no processo reivindicatório por benefícios sociais para as mulheres e as crianças pobres. Baseadas na ideia da maternidade como uma função social, estas ativistas reivindicavam o direito das mulheres possuírem uma renda independente de seus maridos, que por sua vez seria capaz de garantir condições condignas de vida para elas e suas crianças.

Neste sentido, algumas pesquisadores da história das mulheres (SKOCPOL, 1987, 1992; SAINSBURY, 1999; ORLOFF, 1996, 2003, 2009; MINK, 1996), têm atrelado a ascensão de políticas maternalistas a governos descentralizados e de forte cunho liberal, no qual medidas de assistência e de intervenção no mercado de trabalho eram desaconselhadas e até mesmo proibidas por lei. Nestes países couberam às instituições de caridade e à filantropia ocuparem os espaços deixados pela máquina estatal, provendo assistência às camadas mais pobres da população. Esta tradição assistencialista, engendrada em boa parte dos países ocidentais a partir de meados do século XVII, tinha nas suas raízes a ação conjunta de homens e mulheres abastados e fortemente influenciados por uma moral judaico-cristã, que se dedicavam a dirimir o sofrimento dos mais pobres. Contudo, foram as mulheres que se envolveram mais intensamente com as atividades caritativas, num movimento coerente com os valores ideológicos que definiam "a assistência como um trabalho feminino que não atentaria contra a moral e a virtude das mulheres" (MARTINS, 2011, p. 22).

Esta feminização histórica da assistência possibilitou uma maior participação das mulheres maternalistas como agentes políticos na formulação de leis de proteção aos trabalhadores e, com especial atenção para as mulheres de baixa renda. Em países como Grã Bretanha, Estados Unidos e Canadá, antes mesmo de obterem o direito político ao sufrágio, as mulheres pertencentes às associações de caridade ou ao movimento feminista, foram determinantes na introdução e regulamentação de subsídios destinados à maternidade e aos grupos familiares mais suscetíveis à pobreza. Isto se deveu ao alto poder de pressão que estas mulheres conseguiram obter junto às débeis burocracias estatais, excessivamente descentralizadas e fragilizadas pelas disputas políticas locais:

> Em Estados "fortes" como a França e a Alemanha, onde a burocracia estatal já realizava reformas de bem-estar por conta própria, havia pouco espaço para a influência maternalista. No entanto, em Estados "fracos" como a Grã-Bretanha e os Estados Unidos, onde o governo era menos centralizado e burocratizado as mulheres tiveram uma maior margem de manobra e foram capazes de reivindicar maior poder sobre a formulação de políticas de bem-estar (WILKINSON, 1999, p. 576).

Diferente do que ocorria entre os países de origem anglo-saxônica, no Brasil, o caminho para o desenvolvimento de leis locais, de cunho social, foi fruto de uma intensa luta política de homens e mulheres provenientes de diversos grupos sociais, que reivindicaram a elaboração de leis trabalhistas e assistenciais de amplo espectro. 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. De acordo com Mott, inúmeros projetos foram enviados ao legislativo com a finalidade de regulamentar planos de seguridade a classe trabalhadora, mas, no entanto as leis que chegaram a ser votadas, não tratavam de todas as categorias, nem abrangiam a todo o território nacional e, quando provadas, frequentemente permaneciam em letra morta (MOTT, 2001, p. 206).

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 contribuíam continuamente para o engrandecimento da grande nação brasileira.

Desde 1932 o governo de Getúlio Vargas vinha construindo medidas de proteção à maternidade e à infância, fundamentadas na defesa da família e do casamento sacramentado. Neste contexto, a união conjugal oficializada transformou-se no sustentáculo das ações assistenciais dirigidas para a população infantil e para a maternidade. Com uma visão essencialmente instrumental da mulher, o Estado brasileiro apoiado pela classe médica, 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. No entanto, 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.

Na paisagem nenhum jardim, nenhuma flor:[1] a elaboração de 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 econômica com o restante do país. 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. Segundo Mumford, a cidade carvoeira européia, chamada por ele de *Coketown*, se diferenciava totalmente das cidades "tradicionais" onde a agricultura era o principal meio de produção e acumulação de riqueza. Nas regiões destinadas aos trabalhos agrários a natureza era explorada de forma sustentável, zelando pelo crescimento disciplinado e ordenado da população, sem maiores prejuízos para o modo de vida "tradicional". Ao contrário disso, a *Coketown*, estabelecia uma relação de extrema violência e destruição com a região onde se estabelecia. O carvão retirado das entranhas da terra por longas e escuras galerias, ao ser trazido para o solo, contaminava todo o terreno onde era depositado. Depois de retirada a fração empregada pela indústria, seus detritos eram espalhados por todos os lados formando uma paisagem mórbida e escura. Desta forma, a cidade estéril e sem vida era levada rapidamente da riqueza à exaustão, "a mineração representa, assim, a própria imagem da descontinuidade humana, hoje presente, amanhã desaparecida, hoje febril por causa do lucro, amanhã esgotada e abandonada" (MUMFORD, 1998, p. 448).

Criciúma, rodeada por inúmeras empresas mineradoras, tornou-se um exemplo do poder destrutivo provocado pela ostensiva produção do

[1] Frase retirada do discurso de Jorge Lacerda.

carvão. A paisagem natural da cidade transformou-se rapidamente. Os campos e as áreas de mata-atlântica, característicos da região, deram lugar a uma paisagem lunar e infecunda incapaz de abrigar qualquer organismo da fauna e flora original. Devido ao rápido desenvolvimento populacional do município, os serviços básicos de infra-estrutura e saúde não foram capazes de acompanhar as novas necessidades advindas sociedade urbano-industrial. Frente a estes problemas e, sem a capacidade técnica dos municípios em enfrentá-los, as empresas mineradoras, entidades filantrópicas e autoridades governamentais federais, implementaram por conta própria uma série de políticas públicas voltadas para assistência aos trabalhadores do carvão e suas famílias. Apresentadas das mais variadas formas, estas 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) – responsável pela supervisão do setor industrial carvoeiro – e os "Departamentos de Assistência Social" das empresas mineradoras, que em sua maioria estavam ligados à ordens religiosas. Esta parceria estatal com diversos atores sociais ligados a benemerência ou a filantropia, apresentava um duplo benefício ao governo, pois ao mesmo tempo que previa a assistência aos mais necessitados, eximia o Estado de responsabilidade, desonerando consideravelmente os 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, p. 15).

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 popu-

lação mineira. Resultado das múltiplas conferências ocorridas na cidade do Rio de Janeiro entre os anos de 1947 e 1949 intituladas *A batalha do carvão*,[2] o Plano do Carvão Nacional foi uma das várias tentativas encabeçadas pelo Governo Federal e pelos estados mineradores (Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul) de normalizar e reestruturar as atividades carboníferas em todo sul do país. Instituído através do Decreto-Lei nº 1.886, de onze de junho de mil novecentos e cinqüenta e três, o Plano previa a utilização inicial de novecentos e cinqüenta e cinco milhões de cruzeiros que seriam distribuídos ao longo de cinco anos, priorizando os setores de infraestrutura, mecanização do processo industrial e assistência social; que até aquele momento foram fomentados apenas Departamento Nacional de Produção Mineral – DNPM.

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. Devido à singularidade do local, a atuação do DNPM não se limitou apenas a prestar serviços técnicos; sob o comando do sanitarista 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. Um exemplo desta atuação, empreendida pelo DNPM, foi a execução das campanhas de vacinação contra a febre tifóide realizada entre os anos de 1944 e 1945, quando em conjunto com a Delegacia de Higiene e Saúde Pública Estadual, mais de seis mil pessoas foram imunizadas. (JUNIOR, 1953, p. 14) Estas como muitas outras doenças – tifo, varíola, tuberculose, varicela, disenterias – que anualmente afligiam a população mineira impunham um pesado ônus à indústria carvoeira local, como aponta em seu relatório Francisco de Paula Boa Nova Junior. Além das campanhas de vacinação, o Departamento implementou outras atividades profiláticas como a instalação, no centro da cidade, de um serviço de auto falantes que diariamente repassava informações consideradas indispensáveis para a manutenção da saúde coletiva:

> [...] conselhos e recomendações eram ministradas pelo serviço de auto-falantes local, orientando e advertindo a população contra os perigos da ingestão de verduras cruas e de águas de poços e cisternas sem fervura prévia, recomendando-se também o intenso combate as moscas domésticas [...] e os maiores cuidados possíveis a serem tomados com as dejeções dos doentes convalescentes, que deveriam sofrer rigorosa desinfecção (BOA NOVA JUNIOR, 1953, p. 11)

[2] A batalha do carvão foi uma série de debates ocorridos na cidade do Rio de Janeiro no qual participaram os mineradores dos três estados do sul, sindicatos, trabalhadores e autarquias governamentais, no intuito de viabilizar novos investimentos na região carbonífera.

No âmbito da assistência médico-sanitária, a preocupação dos órgãos estatais com o bem-estar das gestantes e principalmente com as crianças, figurou entre as prioridades. A fim de garantir a manutenção de uma vida saudável com vistas à conservação de uma nação poderosa, os Estados modernos empreenderam uma longa campanha de controle médico sobre a população. De todos os lados surgiam batalhões de especialistas responsáveis por catalogar, esquadrinhar e fiscalizar as medidas de combate à proliferação de doenças infecto-contagiosas, responsáveis por impor danos incalculáveis ao Estado; portanto, "a saúde de todos como urgência de todos" (FOUCAULT, 2010, p. 195).

Este controle minucioso sobre o corpo produtivo com a finalidade de aumentar sua força útil, foi denominado por Michel Foucault de biopolítica. Esta nova modalidade de poder constitui-se em uma série de processos globais onde o objetivo final era a manutenção da vida: políticas de natalidade, campanhas de vacinação, controle de doenças, estatísticas de casamentos, nascimento e mortes, etc. É sobre a população e a cidade, seus efeitos e fenômenos, que a biopolítica torna-se mais visível. O biopoder não age somente sobre o indivíduo e seu corpo, mas sobre os fenômenos coletivos, por isso, este preciso medir, calcular e agir sobre tais acontecimentos no intuito de prolongar a vida e evitar a morte.

Este controle minucioso e coordenado sobre a população, com vistas a produzir uma nação poderosa, mobilizou diversos setores da sociedade e principalmente os governos, que buscaram levantar o máximo de informações possíveis sobre determinada circunstância, a fim de produzir sobre ela mecanismos coercitivos que minorassem seus impactos sobre os indivíduos. Neste sentido, em 1957 foi instaurada na Câmara Federal dos Deputados uma Comissão Parlamentar de Inquérito – CPI – que tinha por finalidade examinar as condições de vida dos trabalhadores mineiros e suas famílias. Em visita às vilas operárias da região, os deputados da comissão parlamentar depararam-se com uma espantosa realidade local: o elevado índice de mortalidade infantil. Em um discurso inflamado no Plenário da Câmara, o relator da CPI se apropriou de um discurso de Jorge Lacerda,[3] que visitou a região carbonífera em 1948, afirmando que o surpreendente número de mortes entre crianças além de grave, não era nenhuma uma novidade(CAROLA, 2004, p. 279)

> Testemunhei naquelas localidades, com viva emoção, o espetáculo constrangedor, [...]. Na paisagem nenhum jardim, nenhuma flor. Carvão por tôda parte: no chão, nos rostos, nas ruas, nas paredes, [...] E naquele ambiente soturno, a lembrar sombrias ne-

[3] Duas vezes Deputado Federal por Santa Catarina (1950/1954), quando foi um dos responsáveis pelo planejamento e execução do Plano de Carvão nacional. Governador do Estado entre 1956 e 1958.

> crópoles, crescem e multiplicam-se as famílias dos trabalhadores, sem que nenhuma providência, sequer, venha minorar as aflições dêsse estado de verdadeira penúria.
>
> 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 (BRASIL, 1959, 946).

Em relatório destinado ao DNPM, no qual o sanitarista 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)" (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 sanitarista 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[a], 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[a], 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 coeficiente 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 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 era 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. Baseado no modelo inglês, o sanitarismo ou medicina da força de trabalho, difundido em boa parte dos Estados Ocidentais, tinha como objetivo

[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.

o controle do corpo e da saúde dos mais pobres. Este movimento procurou aplicar o uso racional de recursos e de novas tecnologias na expansão de campanhas profiláticas (imunizações em massa, controle de epidemias e saneamento) sobre as populações mais pobres ou excluídas do processo de acumulação do capital (Ver: FOUCAULT, 2000, 2004).

No Brasil, o sanitarismo transformou-se também em um dos "carros chefes" do projeto médico-social a partir da década de 1930. Os profissionais da saúde – entenda-se aqui: médicos – passaram a fazer parte do espaço social em que os personagens principais eram os pobres urbanos. Ocupando postos de destaque na administração das cidades, os profissionais da medicina passaram analisar meticulosamente o cotidiano destas populações, figurando entre suas principais preocupações o estado de saúde dos indivíduos, suas condições de vida e habitação, seus hábitos e costumes. Através de políticas sanitárias, os médicos trataram de implementar junto às famílias das camadas populares uma série de ações normativas que tentavam reverter os efeitos negativos das doenças sobre as mulheres e as crianças.

Assim como seu companheiro de profissão, Boa Nova Junior, também delegava às famílias, e principalmente às mães a responsabilidade pelo excessivo número de mortes entre a população infantil da região. Para o médico, o desleixo e a ignorância no trato com tão delicadas criaturas acabaria por levá-las ao irreversível caminho da morte:

> [...] em virtude principalmente do descaso de seus próprios pais, da ignorância das 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 por pirão de farinha de mandioca, feito simplesmente de água (JUNIOR, 1953, p. 22).

Visando combater esta prática há muito tempo arraigada entre as mães que residiam nas vilas operárias, os sanitaristas passaram a difundir, os benefícios da amamentação para o desenvolvimento das crianças nos seus primeiros anos de vida. Para os médicos a nutrição dos infantes passou a ser vista como a maior expressão do amor materno "sentimento este que, por sua vez, fora alçado à própria definição da mulher: a mulher que não amava seus filhos era uma aberração, uma criatura desnaturada". (MARTINS, 2004[a], p. 233) Além dos benefícios fisiológicos, os médicos ainda exaltavam as benesses afetivas que o contato direto com a mãe produzia sobre os bebês:

> [...] as campanhas pelo aleitamento materno foram um dos pontos centrais dos escritos e das ações médicas. Apresentando o aleitamento como um momento de estreitamento dos laços familiares e de manifestação do amor materno, capaz de garantir

> o bom desenvolvimento físico e mental das crianças, os médicos denunciavam o "egoísmo" e a "vaidade" das mulheres que não queriam amamentar seus filhos. Surgiram campanhas em defesa da amamentação materna e contra a amamentação mercenária; mesmo quando a mãe estivesse impossibilitada de amamentar seu filho e a utilização do aleitamento mercenário se fizesse necessária, a seleção deveria ser muito criteriosa (MATOS; MORAIS, 2007, p. 26)

Segundo Michel Foucault, para a medicina sanitarista, a família deixa de ser apenas uma teia de relações de parentesco, para tornar-se um meio físico denso que continuamente envolvia, mantinha e favorecia o corpo da criança em sua totalidade "obrigações de ordem física (cuidados, contatos, higiene, limpeza, proximidade atenta); amamentação das crianças pelas mães; preocupação com um vestuário sadio; [um] corpo a corpo permanente e coercitivo entre os adultos e as crianças" (FOUCAULT, 2010, p. 199)

Para Manif Zacharias, mergulhadas na ignorância e em crendices populares e sem a assistência de um amplo aparato médico hospitalar que lhes servisse como base de conhecimento, as mulheres se deixavam levar pela atuação de curandeiros e curiosas, que indiscriminadamente agiam na região.

> 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" aumentam sensivelmente a precariedade de sua recém-iniciada existência. A ignorância conduziu 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 (ZACHARIAS, 1957[b]. p. 07.)

Nesta mesma perspectiva, Boa Nova Junior, em seu relatório, também alertava para o paraíso em que tinha se transformado Criciúma, no que tangia a ação exploratória de medicastros e fazedoras de anjos:

> A cidade de Criciúma é um verdadeiro paraíso para curandeiros e fazedoras de anjos, que aí exploram torpemente a ignorância das classes humildes dos trabalhadores, constituída de cêrca de 90% de analfabetos [...] Entre os charlatães, 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 xaropadas feitas com hervas e plantas por eles colhidas nos arredores de sua residência, algumas até com efeitos daninhos e perigosos aos enfermos, ou mesmo pós, em que entram muitas vezes substâncias tóxicas como *alvaidade*; os "dentistas práticos", que "trabalham" sem observância dos mais comezinhos princípios higiênicos e muitas vêzes chegam a "extrair", junto com os dentes, lascas dos maxilares dos clien-

> tes, tal a força bruta que empregam no exercício da profissão, e as famosas "curiosas", que, em número elevado em 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 provocaram, os quais têm custado tantas e tão preciosas vidas.[sic] (BOA NOVA JUNIOR, 1953, 115-116)

Para ambos os médicos a falta de informação e a ignorância eram os meios privilegiados para a proliferação desta situação "vexatória". Neste sentido, cabia a eles, através de uma prática diária, orientar e educar os pais "na proteção de seus filhos contra danos físicos, infecções, influência da má alimentação defeituosa e ambiente anti-higiênico" (JUNIOR, 1953, p. 24). Marcados pelos preconceitos de gênero que essencializavam a condição da maternidade, os médicos atribuíam às mulheres a existência de um instinto maternal natural que precisava ser aperfeiçoado para se adaptar aos novos padrões exigidos pela modernidade; ou seja, instrumentalizados pelos conhecimentos eugênicos e imbuídos de um sentimento nacionalista, "esses médicos atribuíram-se a tarefa de preparar as mulheres para o exercício da maternidade segundo a racionalidade científica" (FREIRE, 2008, 159).

Assim como em outras partes de Brasil, para os médicos criciumenses, somente um ostensivo e contínuo processo de formação das mães obedecendo rigidamente os preceitos da medicina sanitarista, seguido do adequado fornecimento de serviços hospitalares de qualidade, poderiam reverter consideravelmente esta conjuntura:

> E é neste particular que entram em jôgo, desempenhando papel preponderante na questão, os exames pré-nupciais, a clinica pré-natal, os cuidados imediatos aos recém-nascidos, noções básicas de puericultura a serem ministradas às mães, a higiene de habitação e da alimentação, a própria educação moral, etc., para só depois então como elemento subsidiário, entrar a assistência médico-hospitalar, adequada e eficiente, para o tratamento de enfermidades eventuais.[sic](ZACHARIAS, 1957[c]. p. 07.).

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. No entanto, 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).

> Mais que disseminar informações técnicas sobre a fisiologia infantil, tais artigos visavam difundir o ideário da maternidade científica. Pois distintamente da pediatria, voltada para a intervenção nos corpos infantis doentes, a puericultura tinha como alvo de

> ação o corpo social, implicando portanto mudanças de concepções, atitudes e comportamentos. O discurso das revistas dirigia-se diretamente às mulheres, confirmando que a elas competia tal função. Munidas do arsenal científico da puericultura, com base na supremacia da razão sobre a emoção, e rompendo com 'antigos' dogmas religiosos ou crenças tradicionais, elas estariam supostamente aptas a desenvolver sua 'nobre missão'. Usar e fazer ciência: este seria o novo papel social da mãe moderna (FREIRE, 2008, p. 161)

Nas vilas operárias de Santa Catarina ligadas às atividades carvoeiras, a difusão desta pedagogia materna ficou a cargo de Institutos Religiosos Femininos (Irmãs Beneditinas da Divina Providência, Pequenas Irmãs da Divina Providência, Instituto Coração de Jesus, Pequenas Irmãs Missionárias da Caridade, Filhas do Divino Zelo). 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 protestantes que estavam se difundido entre as populações mais pobres. Esta interligação entre os Institutos religiosos, o Estado e a sociedade, corroborava com 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 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 higiene estabelecidas pela Carta Encíclica *Evangelli Praecones*, as religiosas iniciaram um 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, difundido 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.

> Assim, apoiados nos preceitos da higiene, compartilhando a ansiedade quanto à regeneração da raça, instrumentalizados pelos conhecimentos da eugenia e imbuídos do sentimento nacionalista dominante, esses médicos atribuíram-se a tarefa de preparar as mulheres para o exercício da maternidade segundo a racionalidade científica. O discurso médico maternalista produziu, entre outras, uma dupla conseqüência. De um lado, os médicos higienistas legitimavam-se como puericultores, especialistas na promoção e manutenção da saúde das crianças, conquistando maior autoridade na sociedade e no interior do corpo médico. De outro, contribuíam para a redefinição dos papéis femininos e a configuração de um novo papel social para a mulher: a mãe moderna (FREIRE, 2008, p. 160).

Compartilhar com as mulheres os saberes da medicina, além de garantir a manutenção de uma família sadia, coibia a atuação dos famosos

curandeiros e benzedeiras 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. 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 levado a cabo na vila operária 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. Ensinamento 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[a], p. 01). Pautando-se nestas informações, as religiosas instruíam às 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.

> A educação feminina tornou-se um ponto-chave para a medicina, pois através dela pretendia-se o aperfeiçoamento físico e moral da mulher, da mãe e das futuras gerações do país. A "nova mulher", submetida à tutela médica, além de se constituir num agente familiar da higiene social, deveria tornar-se o baluarte da moral da sociedade, e dessa forma as normas médicas deveriam ser transmitidas pelas mães às suas filhas a partir da adolescência e da puberdade, período do início da vida fértil da mulher, merecendo atenção especial (MATOS; MORAIS, 2007, p. 26).

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.

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 êles [sic] os homens de amanhã [...] cuja vida miserável e as precaríssimas condições

> sociais e econômicas [...], poderão oferecer dificuldades inquietantes à harmonia e à ordem social. (p. 07)

Na sociedade ocidental criou-se em torno das populações pobres que habitavam as cidades industriais uma série de angústias que Foucault denominou de *medos urbanos* (FOUCAULT, 2010, p. 87). Medo das cidades, das fábricas, dos cemitérios, das epidemias, dos grandes aglomerados urbanos e de seus personagens, operários, mendigos, bêbados, crianças abandonadas. Para sujeitar estes indivíduos, desenvolveram-se inúmeros mecanismos de disciplina – escolas, quartéis, hospitais, asilos e oficinas – que visavam fabricar corpos dóceis e submissos, através de um controle minucioso que incidia sobre os espaços, sobre os indivíduos e seus comportamentos, suas distribuições confusas e desorganizadas, decompondo amontoados coletivos, utilizando táticas de antiaglomeração, antideserção e antivadiagem.

> O corpo humano entra numa maquinaria de poder que o esquadrinha, o desarticula e o recompõe. Uma "anatomia política", que é também igualmente uma "mecânica do poder" [...]; ela define como se pode ter o domínio sobre o corpo dos outros, não simplesmente para que façam o que se quer, mas para que operem como se quer, [...] (FOUCAULT, 2007, p. 119).

Segundo a lógica apresentada por Michel Foucault, 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 em Criciúma a Sociedade Criciumense de Assistência aos Necessitados (SCAN), fundada em 1949 pelo *Rotary Club* local com o objetivo de prestar assistência às crianças pobres do município. Esta entidade 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 transformar-se-ia, "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 Criciumense, 22/02/1960, p. 01).

O confinamento e o recolhimento das ruas das crianças consideradas desajustadas, passou a ser uma prática rotineira implementada pelo Estado moderno. A fim de separá-las do convívio em sociedade para moldar seus corpos em favor de uma norma social comum, inúmeras instituições de caridade e entidades filantrópicas exerceram a função de polícia social, retirando de circulação elementos considerados perigosos, esquadrinhando

seus corpos e lhes impondo uma ordem. Esta tutela sobre os corpos possuía a intenção única de moldar comportamentos e práticas em consonância com os preceitos da moral burguesa: ordem e trabalho.

Por sua vez, 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 bemfeitorias da instituição. Segundo os historiadores Antônio Luiz Miranda e Maurício da Silva Selau (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.

> Economicamente, esta medicina-serviço estava essencialmente assegurada por fundações de caridade. Institucionalmente, ela era exercida dentro dos limites de organizações (leigas ou religiosas) que se propunham fins múltiplos: distribuição de viveres, vestuário, recolhimento de crianças abandonadas, educação elementar e proselitismo moral, abertura de ateliês e de oficinas, eventualmente vigilância e sanções de elementos "instáveis" ou "perturbadores" [...] as repartições paroquiais e as sociedades de caridade se outorgavam também, e muito explicitamente, o direito de denunciar os "maus elementos") (FOUCAULT, 2010, p. 195).

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.

> [...] uma campanha se faz muito necessária, apelando-se, com energia e continuidade, para os poderes competentes, no sentido de ser corrigido êsse [sic] mal, quer dando-se maiores possibilidades para o internamento desses [sic] "vadiozinhos" em abrigos rigorosamente fiscalizados, quer internando-os em estabelecimentos escolares, no caso a SCAN, tão mal olhada pelo govêrno [sic] estadual, quando muito se recomenda ao poder público pelo valor da sua obra educacional (Tribuna Criciumense, 25/12/1962, p. 04).

A instituição passou a ser percebida pelas elites da cidade como o único lugar possível para o confinamento das crianças pobres e "desvalidas" afastando-as dos perigos das ruas. Eis o que afirmava o articulista do Jornal Tribuna Criciumense

> E os pobres mirins? Os delinqüentes iniciantes? São futuros gatunos. Ninguém pensa nêles [sic]. Êles [sic] continuam pedindo. Um dia acostumam. E costume vira vício. E o vício é encarado como profissão. Os prejudicados: nós. Seremos um dia os visitados pelos amigos do alheio (Jornal de Criciúma,17/06/1962, p. 06).

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,[5] 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.

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 téc-

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

nicas simplificadas de enfermagem caseira atentando 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 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 conseqüência a ação maléfica de fatores ambientais e sociais" (COELHO, 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:

ÁLBUM/Relatório das atividades das pequenas Irmãs da Divina Providência. (1955-1957) – SESI – Criciúma/SC. [S. L. : s. n.].

ALMEIDA, Jane Soares de. **Imagem feminina e maternidade**: o concurso de robustez infantil em São Paulo (1928). R. bras. Est. pedag., 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 Nº 95. Rio de Janeiro:

DNPM, 1953.

BRASIL. **Anais da Câmara dos Deputados**. 31 de janeiro de 1959.

CAPITAL dos pedintes. **Jornal de Criciúma**, Criciúma, 17 de Junho de 1962. p. 06.

CAROLA, Carlos Renato. **Assistência Médica, saúde pública e o processo modernizador da região carbonífera de Santa Catarina (1930-1964).** (Tese de Doutorado, USP), 2004.

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

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

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.

FREIRE, Maria Martha de Luna. 'Ser mãe é uma ciência': mulheres, médicos e a construção da maternidade científica na década de 1920. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**. Rio de Janeiro, v.15, supl., jun. 2008. 153-171.

GRANDIOSO plano de assistência social para a região carbonífera. **Tribuna Criciumense**, Criciúma, 23 de Maio de 1955. p. 01.

MARTINS, Ana Paula Vosne. Dos pais pobres ao pai dos pobres: cartas de pais e mães ao presidente Vargas e a política familiar no Estado Novo. In: **Revista Diálogos**. V. 12, n. 2/ n. 3. Maringá: 2008. p. 209-235.

MARTINS, Ana Paula Vosne. Gênero e assistência: considerações histórico-conceituais sobre práticas e políticas assistenciais. In: **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**. v.18, supl. 1. Rio de Janeiro, dez. 2011, p.15-34.

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. **Visões do feminino**: a medicina da mulher nos séculos XIX e XX. Rio de Janeiro: Editora Fio Cruz, 2004.[a]

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

MATOS, Maria Izilda Santos de; MORAIS, Mirtes. Imagens e ações: gênero e família nas campanhas médicas (São Paulo: 1890-1940). In: **ArtCultura**. Uberlândia, v. 9, n. 14, jan.-jun. 2007. p. 23-37.

MENORES: um problema importante da cidade. **Tribuna Criciumense**, Criciúma, 02 de Junho de 1962. p. 03.

MINK, Gwendolyn. **The wages os motherhood**: inequality in the welfare state (1917-1942). Ithaca: Cornell University Press, 1996.

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. p. 52.

MOCINHAS ladras as voltas com a polícia. **Tribuna Criciumense**, Criciúma, 25 de Dezembro de 1962. p. 04.

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

MUMFORD, Lewis. **A cidade na história**: suas origens, transformações e perspectivas. 4. ed. São Paulo: M. Fontes, 1998.

O DRAMA do menor abandonado. **Tribuna Criciumense**, Criciúma, 22 de Fevereiro de 1960. p. 01.

ORLOFF, Ann Shola. **Gender in the liberal welfare states**: Australia, Canada, The United Kingdom, The United States. (Estudio/Working Paper 1996/80). Wisconsin: University of Wisconsin-Madison, 1996. p. 01-62.

ORLOFF, Ann Shola. **Gendering the Comparative Analysis of Welfare States: An Unfinished Agenda**. Montreal, 2009. p. 01-35.

ORLOFF, Ann Shola. **Social Provision and Regulation: Theories of States, Social Policies and Modernity**. (Working Papers Series). Illinois: Institute for Policy Research Northwestern University, 2003. p. 01-44.

SAINSBURY, Diane. **Gender and welfare state regimes**. Oxford: Oxford University press, 1999

SERÁ construída, em Santa Augusta, neste município a "cidade dos mineiros". **Tribuna Criciumense**, Criciúma, 27 de Julho de 1957. p. 03.

SKOCPOL, Theda. A Society without a 'State'? Political Organization, Social Conflict, and Welfare Provision in the United States. In: **Journal of Public Policy.** Vol. 7, No. 4 (Oct. - Dec., 1987), p. 349-371.

SKOCPOL, Theda. **Protecting soldiers and mothers**: the political origins of social policy in the United States. Massachusetts: Harvard University Press, 1992.

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

ZACHARIAS, Manif. Mortalidade infantil em Criciúma. **Tribuna Criciumense**. Criciúma, 27 de maio de 1957. p. 07.[b]

ZACHARIAS, Manif. Mortalidade infantil em Criciúma. **Tribuna Criciumense**. Criciúma, 03 de abril de 1957. p. 07.[c]

Artigo recebido em 29/04/2012 e aceito para publicação em 09/07/2012.