

**Casa de Oswaldo Cruz – Fiocruz
Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde**

ÉRICA MELLO DE SOUZA

**EDUCAÇÃO SANITÁRIA:
orientações e práticas federais desde o Serviço de Propaganda e Educação
Sanitária ao Serviço Nacional de Educação Sanitária
(1920-1940)**

**Rio de Janeiro
2012**

ÉRICA MELLO DE SOUZA

**EDUCAÇÃO SANITÁRIA:
orientações e práticas federais desde o Serviço de Propaganda e Educação
Sanitária ao Serviço Nacional de Educação Sanitária
(1920-1940)**

Dissertação de mestrado apresentada ao Curso de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde da Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz, como requisito parcial para obtenção do Grau de mestre.

Orientador (a): Prof.Dr. Tania Maria Dias Fernandes

Rio de Janeiro
2012

S731 Souza, Érica Mello de
Educação sanitária: orientações e práticas federais desde o Serviço de Propaganda e Educação Sanitária ao Serviço Nacional de Educação Sanitária (1920-1940) / Érica Mello de Souza – Rio de Janeiro: [s.n.], 2012.
115 f .

Dissertação (Mestrado em História das Ciências e da Saúde) - Fundação Oswaldo Cruz. Casa de Oswaldo Cruz, 2012.
Bibliografia: 108-115 f.

1.Educação em saúde. 2. Saúde pública. 3. História. 4. Brasil.

CDD 614.07

ÉERICA MELLO DE SOUZA

**EDUCAÇÃO SANITÁRIA:
orientações e práticas federais desde o Serviço de Propaganda e Educação
Sanitária ao Serviço Nacional de Educação Sanitária
(1920-1940)**

Dissertação de mestrado apresentada ao Curso de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde da Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz, como requisito parcial para obtenção do Grau de mestre.

Aprovado em de .

BANCA EXAMINADORA

Prof.Dr. Tania Maria Dias Fernandes (PPGHCS / COC / Fiocruz) – Orientador

Prof. Dr. Virginia T. Schall (Centro de Pesquisas René Rachou/ FIOCRUZ)

Prof. Dr. Dilene Raimundo Nascimento (PPGHCS / COC / Fiocruz)

Suplentes:

Prof. Dr. Alda Maria Lacerda (EPSJV / Fiocruz)

Prof. Dr. Dominichi Miranda de Sá (PPGHCS / COC / Fiocruz)

Rio de Janeiro
2012

A minha vó, Maria da Conceição de Mello, pelo exemplo de força e coragem. Dona do melhor carinho do mundo.

AGRADECIMENTOS

São muitas pessoas a agradecer, alguns pelo amor incondicional e outras pela ajuda direta ou indireta para a realização dessa pesquisa. Em primeiro lugar quero agradecer a minha família, em especial, a minha mãe, Sonia Maria de Mello, não apenas pelo apoio nos momentos de aflição, mas, principalmente, por me ensinar que pedras no caminho servem para tornar a nossa vitória ainda mais saborosa. Aos meus irmãos Alexander, Elison, Eliton e Tainá, pela confiança que sempre depositaram em mim.

A Tania Maria Fernandes, orientadora, amiga e muitas vezes mãe, agradeço pela generosidade acadêmica, pelas leituras minuciosas, pelos “puxões de orelha” (sempre necessários), mas, principalmente, pelo exemplo de profissionalismo.

Aos amigos de pesquisa, André Lima e Otto Santos, que me proporcionaram bons momentos de reflexão sobre o meu tema.

Agradeço especialmente as “Meninas”, Ana Paula Tostes, Daniele Ribeiro e Taís Silva, pelas conversas, conselhos e repreensões, que muito contribuíram para a pessoa que sou hoje e que quero ser no futuro.

Ao Marcelo Moreno, companheiro de quase uma década, que mesmo não entendendo o que eu faço, me apoiou incondicionalmente, compreendendo as faltas, as ausências e os momentos de nervosismo extremo.

Agradeço também aos funcionários do PPGHCS, Paulo, Maria Claudia e Valéria e aos funcionários da Biblioteca da Casa de Oswaldo Cruz, pelo apoio técnico e a presteza no atendimento.

A todos os professores e funcionários da Casa de Oswaldo Cruz agradeço pelos cinco anos de acolhida, em especial a Luiz Octávio, Cristina Fonseca, Dilene Nascimento e Dominichi de Sá, que aceitaram participar da banca de qualificação e defesa.

A Virgínia Schall, que generosamente aceitou compor a banca de defesa.

Agradeço a Fundação Oswaldo Cruz pelo apoio financeiro, primordial a qualquer pesquisa.

RESUMO

Este trabalho tem como objetivo analisar as práticas então denominadas educação sanitária no Brasil, desenvolvidas pelo Serviço de Propaganda e Educação Sanitária (SPES) e pelo Serviço Nacional de Educação Sanitária (SNES) entre as décadas de 1920 e 1940, privilegiando os contextos de criação, as práticas pedagógicas e os preceitos educativos defendidos por esses órgãos, destacando para o principal escopo analítico as publicações desses serviços.

A incorporação da educação sanitária nos programas de saúde que ocorreu no fim do século XIX e começo do XX, teve sua efetiva institucionalização a partir da década de 1920, com a criação do Serviço de Propaganda e Educação Sanitária (SPES), que mesmo diante de mudanças em sua estrutura e algumas de suas prerrogativas, não alterou substancialmente a finalidade principal do serviço que pautava-se em educar a população para os problemas de saúde.

Em substituição a SPES foi criado o Serviço Nacional de Educação Sanitária (SNES), em 1941, no bojo de uma ampla reforma institucional e administrativa, refletindo a aspiração de seus dirigentes de “formar na coletividade brasileira uma consciência familiarizada com problemas de saúde”. Sua criação marcou o processo de institucionalização da educação sanitária no Brasil e deu início a uma política de abrangência nacional ao lado de outros serviços também criados neste momento.

Nesse sentido, este estudo, visa analisar o processo de institucionalização da educação sanitária no Brasil entre os anos de 1920 e 1940, ressaltando as principais diferenças entre os serviços criados e suas finalidades, assim como as várias mudanças conceituais que a educação aplicada ao campo da saúde sofreu nas últimas décadas.

Palavras-chave: História, História da Saúde, Educação Sanitária.

ABSTRACT

The objective of this work is to analyze the practices of sanitary education in Brazil, between the 1920s and the 1940s, which were developed for the Serviço de Propaganda e Educação Sanitária (SPES) and Serviço Nacional de Educação Sanitária (SNES). In our analyses, we have sought to study the beginning of the services, the pedagogical practices and the precepts of education supported for those services. For this research, the principal documents analyzed were their official publications.

The incorporation of health education in health programs that occurred in the late nineteenth and early twentieth centuries, had its effective institutionalization from the 1920s, with the establishment of the Serviço de Propaganda e Educação Sanitária (SPES), even before changes in its structure and some of its prerogatives, did not substantially affect the main purpose of the service that marked in educating the population to health problems.

In lieu of SPES was created the Serviço Nacional de Educação Sanitária (SNES) in 1941, in the midst of a broad institutional and administrative reform, reflecting the desire of its leaders to "train in Brazilian collective consciousness familiar with health problems." Its creation marked the institutionalization of health education in Brazil and began a policy of national coverage alongside other services also created at this time.

This study to analyze the process of institutionalization of health education in Brazil between 1920 and 1940, highlighting the major differences between services created and their purpose, as well as several conceptual changes that applied to the field of education health has suffered in recent decades.

Keyword: History, History of Health, Health Education

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	10
CAPÍTULO 1 – EDUCAÇÃO SANITÁRIA: AS PRIMEIRAS INICIATIVAS PARA SUA INSTITUCIONALIZAÇÃO NO BRASIL	17
1.1 Serviço de Propaganda e Educação Sanitária: o processo de institucionalização da educação sanitária e seu conteúdo educativo ..	23
1.2 A Educação Sanitária sob a perspectiva das ciências sociais: a participação do Serviço Especial de Saúde Pública	34
1.3 Considerações Finais	42
CAPÍTULO 2 – A POLÍTICA NO GOVERNO VARGAS: UMA ESTRATÉGIA DE CENTRALIZAÇÃO (1930-1945)	44
2.1 A Saúde no Governo Vargas e a Reforma Capanema	45
2.2 Serviço Nacional de Educação Sanitária: a centralização da educação sanitária no Brasil	57
2.3 Considerações Finais	66
CAPÍTULO 3 – AS PUBLICAÇÕES DO SERVIÇO NACIONAL DE EDUCAÇÃO SANITÁRIA	67
3.1 “O que se entende por saúde”: definições e conceitos construídos pelo Serviço Nacional de Educação Sanitária	69
3.2 Cartazes educativos: divulgação de idéias e de ações	74
3.3 Mensário Saúde: educação sanitária em folhetos	82
3.4 Luiz Sá: o cartunista da saúde	94
3.5 Outras publicações: profissionais como educadores	100
3.6 Considerações Finais	104
CONCLUSÕES	105
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	108

INTRODUÇÃO

Este trabalho tem como objetivo analisar as práticas de educação sanitária no Brasil, desenvolvidas pelo Serviço de Propaganda e Educação Sanitária e pelo Serviço Nacional de Educação Sanitária (SNES) entre as décadas de 1920 e 1940, privilegiando os contextos de criação, as práticas pedagógicas e os preceitos educativos defendidos por esses órgãos.

A necessidade de banho diário, vacinação, cuidado com os dentes e boa alimentação são temas recorrentes nas ações para a prevenção de doenças e promoção da saúde e da vida, desenvolvidos pelo Ministério da Saúde e Secretárias estaduais e municipais de saúde. Diversas mídias veiculam programas educativos em torno do tema da saúde que visam transmitir para seu público a importância de se cultivar bons hábitos cotidianos para a manutenção de uma vida saudável e com bem-estar físico e mental. Além das iniciativas estatais, algumas instituições privadas, que abrangem diversas mídias, também produzem e divulgam orientações de educação na saúde.

Segundo Joaquim Cardoso de Melo o termo Educação em Saúde foi proposto pela primeira vez em 1919, durante uma conferência patrocinada pela Organização de Saúde Infantil (Melo, 1976). Ao longo do tempo, profissionais de saúde, educadores e sanitaristas propuseram conceitos e tipologias para definir as práticas pedagógicas no campo da saúde, tais como “educação sanitária”, “educação em saúde” e “educação para a saúde”. Essas definições foram formuladas em momentos distintos e, ao mesmo tempo, marcaram novos posicionamentos dos educadores ligados à saúde, de forma a melhor caracterizar novas mentalidades que estavam surgindo.

A partir dessas considerações, este estudo entende que as ações educativas em saúde não se apresentam de forma linear, sem modificações históricas. Pelo contrário, suas formas de ação e as estruturas organizacionais sofreram mudanças, cumprindo um papel importante frente aos crescentes interesses pela manutenção e promoção da saúde diante de problemas sociais concretos (Stotz, 1991).

Este trabalho, porém, mesmo admitindo os vários significados dessas expressões nas políticas institucionais de saúde, optou pela a expressão “educação sanitária”, uma vez que essa foi a mais utilizada no recorte temporal em que esse estudo se localiza.

As políticas públicas de saúde voltadas para “educação sanitária” – nos moldes institucionais – começaram a ser praticadas no país desde o início do século XX, mais especificamente a partir de 1923, com a criação do Serviço de Propaganda e Educação Sanitária (SPES). Em 1941 esse serviço foi substituído pelo Serviço Nacional de Educação Sanitária (SNES), que centralizou na sua administração as práticas de educação sanitária desenvolvidas no Brasil.

No final da década de 1940, o médico microbiologista e professor de Noções de Higiene, Antonio Peryassú¹, defendeu que

a educação e a saúde são problemas básicos e essenciais do Brasil; deles dependem todos os outros. E o homem, a mais perfeita maravilha da natureza, faltando-lhe a saúde e a educação, nenhuma qualidade ou atributo lhe é possível. (...) A um povo deseducado é difícil ensinar-lhe os preceitos gerais da boa eugenia e higiene, por isso, merecem aplausos os governos que mudam ou facilitam o funcionamento de escola primária ou secundária, que irão iluminar o cérebro de crianças e jovens de nossas cidades e sertões, facilitando os serviços de saúde e preparando os futuros trabalhadores do país (Peryassú, 1947, 21).

As palavras de Peryassú resumem as práticas e ideias que se manifestaram nos diversos setores da sociedade brasileira desde as primeiras décadas do século XX. Essa postura política ficou marcada pelo estreito vínculo entre o campo da educação e da saúde, que indicava a educação como ponto de partida para a solução dos problemas de saúde. A partir desse princípio, os campos da Educação e Saúde estiveram interligados de diferentes ângulos, com o objetivo de alcançar uma sociedade mais saudável, seguindo as linhas mais gerais das políticas públicas iniciadas a partir desse momento.

Uma das perspectivas para se compreender o estreito vínculo entre educação e saúde está pautada na noção de higiene, que condensa, em seu

¹ Antônio Gonçalves Peryassú graduou-se em medicina na Faculdade de medicina do Rio de Janeiro em 1908. Foi diretor e professor da Escola de Farmácia do Pará (Fonseca, 2003).

conceito mais amplo, princípios e ideias que traduzem modelos de organização administrativa, orientação de práticas públicas e também abrange e influencia as formas de interpretação social.

No século XIX, as noções de higiene estiveram associadas às tentativas de normatizar o cotidiano social. Segundo Lima (1999), o surgimento da bacteriologia, que evidenciou a presença de microorganismos na transmissão de doenças, transferiu a atenção pública, antes concentrada sobre o meio ambiente como fonte dos problemas de saúde, para o indivíduo portador de doenças. O que gerou, nesse sentido, o reforço nas ações normatizadoras da higiene sobre a esfera social (Lima, 1999).

Ao final daquele século, as práticas de saúde pública incluíram em sua proposta a noção de responsabilidade individual para o alcance de uma vida saudável, livre de doenças. Para alcance desse objetivo foram criadas ações direcionadas à mudança comportamental por meio do processo educativo, fortalecendo o papel da educação no campo da saúde pública. Essa iniciativa atribuiu às práticas de educação sanitária uma perspectiva reguladora do cotidiano social, pautada no princípio da interferência direta sobre a esfera particular de cada indivíduo. As regras definidas pela saúde pública, via educação sanitária, deveriam abranger, inclusive, os mais diversos espaços de sociabilidade como a casa, o trabalho ou mesmo os espaços de lazer.

As primeiras ações sistemáticas para a educação sanitária foram iniciadas no final do século XIX e início do século XX, pela necessidade de domínio das endemias nos centros urbanos. Essas medidas voltavam-se principalmente para as classes mais baixas da população e caracterizavam-se pela coerção e autoritarismo. Um exemplo, desta característica, naquela conjuntura, foram as medidas sanitárias adotadas por Oswaldo Cruz, que visavam a vacinação obrigatória e a vigilância sobre os hábitos e as práticas de higiene dos mais pobres. As práticas de higiene eram disseminadas, com base na tentativa de normalização da sociedade, na qual a atenção recaía, prioritariamente sobre o indivíduo, por meio de regras e interferência direta, como ressaltou Cristina Fonseca em seu estudo (Fonseca, 2003).

A partir de 1940, a educação sanitária passou a figurar no cenário da saúde pública, com a aplicação de medidas, que visavam um novo ordenamento das ações pedagógicas, que ocorreram, em especial, após a criação do Serviço Nacional de Educação Sanitária, em 1941. A principal atribuição deste órgão, segundo seu Regimento, era “formar na coletividade brasileira uma consciência familiarizada com problemas de saúde”² e assim, atingir a meta estabelecida com a perspectiva de construir um país mais saudável. Naquele momento, as políticas sanitárias assumiram um papel de destaque no debate sobre a construção nacional, e o combate as doenças transmissíveis tornou-se ponto de prioridade na perspectiva de elevar o Brasil a padrões internacionais de desenvolvimento, por meio, principalmente, da conscientização.

Nos anos posteriores à criação do SNES, suas ações eram diversificadas, abrangendo variados tipos de atividades. As mais rotineiras, centravam-se na divulgação e educação sanitária, que incluíam diferentes métodos de atuação para alcançar a população, através de variadas mídias, tais como rádio e folhetos. A política institucional que caracterizou o SNES ressaltava as atividades de propaganda, sendo este órgão federal o responsável por direcionar as ações de educação em saúde à todo o país, de forma a padronizá-las. Suas ações privilegiavam modificar comportamentos da população e orientar os funcionários da área saúde, alcançando os diversos espaços, como os locais de trabalho, bares, restaurantes, casas e, principalmente, as escolas.

No início dos anos 1950 vários profissionais brasileiros se especializaram em educação sanitária nos Estados Unidos, onde essas práticas já eram costumeiras. Ressalta-se, nesse período, a influência americana na estrutura sanitária brasileira, principalmente com a acentuada participação do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), criado em 1942. O SESP introduziu uma nova abordagem que salientava a necessidade de atuação conjunta entre família e comunidade, não concentrando suas atividades apenas no indivíduo ou

² BRASIL, Decreto nº 10.013 de 17 de julho de 1942. Disponível em: www.senado.gov.br/legislação.

na família como algo exterior à coletividade e aos funcionários das unidades sanitárias, como se fazia até então.

As novas abordagens implementadas pelo SESP deram uma nova dimensão às práticas de saúde a partir daquele momento, em que a educação sanitária acompanhou e deu sustentação aos programas de saúde que foram expandidos para o meio urbano, ampliando, ainda, as práticas educativas no meio rural. Diante dessa conjuntura, os fatores sociais, econômicos e culturais foram agregados na percepção e explicação da saúde e a doença.

Mesmo admitindo a importância decisiva que o SESP assumiu, naquele momento, nosso foco principal de análise não engloba essa instituição de âmbito federal.

O primeiro marco cronológico estabelecido para este estudo é o ano de 1923, quando foi criado o Serviço de Propaganda e Educação Sanitária, importante etapa da institucionalização da educação sanitária no Brasil. O segundo momento de destaque foi determinado pela criação do Serviço Nacional de Educação Sanitária, ao qual dedicaremos um estudo acerca de suas primeiras iniciativas, com destaque para as publicações educativas.

Este estudo está estruturado em três capítulos. O primeiro apresenta o início da institucionalização da educação sanitária no Brasil, com ênfase no Serviço de Propaganda e Educação Sanitária (SPES) e suas práticas educativas. O papel das ciências sociais para o desenvolvimento das ações de educação sanitária também foi contemplado nessa análise, por meio da apreciação de algumas práticas desenvolvidas pelo Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) no país, para tanto, este estudo privilegiou as interpretações de dois sociólogos, José Arthur Rios e Florestan Fernandes.

Para o desenvolvimento dessas análises foram apreciados, prioritariamente, documentos oficiais e legislativos dos órgãos em estudo.

No segundo capítulo foi explorado o processo de criação do Serviço Nacional de Educação Sanitária, sua organização institucional, quadro de funcionários e os preceitos educativos que direcionaram suas ações. Essa

abordagem está embasada pela análise da legislação que regulamentou o funcionamento do serviço e pelos balanços anuais publicados no periódico 'Arquivos de Higiene', assim como os discursos proferidos na I Conferência Nacional de Saúde e os relatórios do Departamento Nacional de Saúde, no período em questão.

Nessa etapa da pesquisa sua organização institucional e formas de atuação ocuparam papel de destaque, na perspectiva de compreender a dimensão e o espaço de ação do SNES na saúde pública de forma mais ampla, suas principais atribuições e os preceitos educativos que defendia.

A aliança entre educação sanitária e comunicação configura-se como outro aspecto analisado, na medida em que a atuação do SNES estava pautada no modelo ideológico proveniente das teorias de propaganda política.

Os meios de divulgação utilizados pelo SNES foram bastante diversificados, destacando-se: folhetos, cartazes educativos, filmes mudos ou falados, slides, além de palestras radiofônicas. Dessa forma, eram utilizados vários métodos e sistemas de propaganda e educação, com o objetivo de "vulgarizar" hábitos considerados saudáveis e assim, "desenvolver a consciência sanitária do povo brasileiro", conforme ressalta Abelardo Marinho, um dos diretores do SNES (Marinho, 1941, p.108).

No terceiro capítulo, foram explorados os periódicos e publicações do SNES destinados a população em geral e ao corpo técnico, com o objetivo de perceber o teor informativo e a linguagem de transmissão dos preceitos de saúde e higiene. Essas publicações tinham como objetivo alcançar o maior número de leitores, através da divulgação em massa do seu conteúdo.

Entre as publicações produzidas destaca-se o mensário 'Saúde', uma revista em formato de bolso que era distribuída em várias instituições de saúde, centros de estudos, bibliotecas e escolas. O seu conteúdo incluía diversos temas, tais como alimentação, higiene e prevenção de doenças específicas e prevenção de acidentes de trabalho. Suas publicações foram ilustradas pelo cartunista Luiz Sá, cujo trabalho traduzia para a população, de forma a facilitar a compreensão, os diversos preceitos educativos desenvolvidos pelo SNES.

As práticas pedagógicas assumidas pelo mensário defendiam a conscientização sobre os hábitos de saúde como a principal estratégia de atuação, ressaltando ainda, a noção de responsabilidade individual para a obtenção de boas condições de saúde.

CAPÍTULO 1
SAÚDE PÚBLICA E EDUCAÇÃO SANITÁRIA:
AS PRIMEIRAS INICIATIVAS PARA A INSTITUCIONALIZAÇÃO DA
EDUCAÇÃO SANITÁRIA NO BRASIL

Ao longo do século XX o Brasil consolidou sua base econômica capitalista com grandes investimentos no setor industrial e expansão do sistema urbano. A substituição da mão-de-obra escrava pela imigrante, aliada ao interesse da agroindústria, permitiu um crescimento significativo da economia brasileira, favorecida pelo dinamismo do setor cafeeiro.

Este ambiente promissor se confrontava, no entanto, com um quadro de saúde bastante antagônico. Diante desse contexto, configurou-se a necessidade de controle de doenças infecto-contagiosas, principalmente, dos grandes surtos epidêmicos que, segundo o pensamento do período, atrasavam o desenvolvimento da economia interna e, inclusive, denegria a imagem do país no cenário internacional.

A organização sanitária atuou, no controle das doenças infecto-contagiosas, através do isolamento do paciente e da aplicação de normas de higiene e de vacinação, para as enfermidades que já apresentassem tais meios. Como assinala Cristina Fonseca, as práticas de higiene eram disseminadas, com base na tentativa de normalização da sociedade, na qual a atenção recaía, prioritariamente sobre o indivíduo, por meio de regras e interferência direta (Fonseca, 2003).

Pressionado pelo comércio internacional, que considerava o Brasil um pólo disseminador de doenças epidêmicas, o Estado brasileiro passou a assumir um papel centralizador e autoritário, como forma de combater as enfermidades. Esta postura ficou evidente já nas primeiras décadas do século XX, período em que Oswaldo Cruz esteve na direção da Diretoria Geral de Saúde Pública (DGSP), órgão responsável pelos serviços sanitários dos portos marítimos e fluviais, isolamento nos hospitais, auxílio aos estados, fiscalização das atividades médicas, farmacêuticas e laboratórios, além do incentivo a estudos

sobre doenças transmissíveis e a confecção de um Código Sanitário Brasileiro (Campos, 2007).

Em 1904, organizada por Oswaldo Cruz, foi iniciada uma significativa reforma na saúde pública brasileira, que intensificando a participação do governo federal na área da saúde ampliou as ações normativas de higiene e de vacinação. Esta postura evidenciou o desenvolvimento da autoridade pública – na área da saúde pública – na tentativa de expandir a responsabilidade da União sobre os serviços de higiene (Hochman, 1998).

No que tange às medidas de saúde realizadas ainda no começo do século XX, a Reforma Carlos Chagas³ apresenta-se como outro marco importante. Iniciada em 1920, essa reestruturação criou o Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP) e ampliou, de forma significativa, as práticas de saúde. À partir desse período, Foram difundidas ações voltadas, para a propaganda e educação sanitária, o cuidado com a higiene infantil e do trabalho, e o combate às doenças venéreas, práticas pouco comuns até então (Campos, 2007).

As ações de saúde entre os anos de 1910 e 1920 apresentaram mudanças, no estabelecimento de medidas que foram fundamentais para a configuração de um novo quadro. Entre estas se destacam a criação do profissional especialista em higiene e saúde pública, a realização de cursos de enfermeiras em saúde pública, assim como a inauguração dos Postos de Profilaxia e Saneamento Rural. Estas medidas contaram com o apoio e participação de órgãos internacionais como analisou profundamente o historiador André Campos (Campos, 2007). Esse período da História da Saúde Pública no Brasil é apontado pelo pesquisador Gilberto Hochman como “Era do Saneamento”, fase em que a saúde pública foi “elevada ao topo da agenda política nacional”, lançando os alicerces para a política sanitária de todo o território brasileiro (Hochman, 1998, p. 25).

³ Reforma Carlos Chagas, tenta ampliar o atendimento à saúde por parte do governo da União, nas seguintes áreas: assistência médica (pronto-socorro, postos de saúde rurais e fiscalização das Santas Casa; Assistência materno-infantil; Educação sanitária e higiene industrial; Fiscalização de alimentos, e laboratórios e do exercício da medicina; orientação alimentar (Escorel, 2008).

O contexto político sanitário do país no começo do século XX favoreceu a elaboração de convênios internacionais direcionados ao o desenvolvimento da assistência sanitária, com destaque para a parceria estabelecida entre o Brasil e a Fundação Rockefeller. Esta instituição estabeleceu uma relação de cooperação técnica com países em desenvolvimento, e iniciou sua missão, no Brasil, em 1916, com o objetivo de promover pesquisas e ações de profilaxia das principais doenças endêmicas do país, sendo prorrogado, em 1929, com o objetivo de combater a febre amarela no território nacional. Para a viabilização dessa proposta o Brasil seria dividido em duas regiões, a área norte que ficaria sob responsabilidade da Fundação Rockefeller e a área sul que ficaria a cargo do DNSP (Faria, 1994).

A necessidade de controle e erradicação de doenças nos grandes centros urbanos, justificada basicamente pelos entraves econômicos que elas acarretavam, estimulou a implantação de práticas voltadas para a instrução da população na perspectiva de melhoria dos hábitos de saúde.

A consolidação dessas práticas foi subsidiada pela Fundação Rockefeller, como destacam Castro e Lina Faria (2008), que além de ampliar a compreensão de saúde pública, pautada na profilaxia de doenças, também estimulou novos padrões de educação sanitária e de formação dos profissionais de saúde.

Considerado um marco nas ações institucionais de saúde pública, a criação, em 1920, do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP) ampliou o campo de atuação estatal na saúde, incluindo em sua pauta as práticas de propaganda, educação sanitária, o combate a doenças venéreas, e à tuberculose, o cuidado com a higiene infantil e do trabalhador, a inclusão de programas de profilaxia rural em vários estados e a disseminação de postos e centros de saúde, entre outras atribuições⁴. Esses serviços estavam subordinados à Diretoria Geral e distribuídos em três diretorias: Diretoria dos Serviços Sanitários Terrestres, Diretoria de Defesa Sanitária Marítima e Fluvial e Diretoria de Saneamento e Profilaxia Rural.

⁴ Decreto n. 14354 de 15 de setembro de 1920. Cria o Departamento Nacional de Saúde Pública.

A frente do DNSP esteve Carlos Chagas (1920-1926), que como ressalta Castro Santos e Lina Faria (2008), demonstrou uma grande preocupação com a prevenção de doenças e a educação da população, reforçando que as bases de fundamentação da saúde pública deveriam estar apoiadas na profilaxia de doenças e na formação de profissionais de saúde. Essa postura pode ser identificada na reestruturação do DNSP⁵, em 1923, quando foi criado um serviço voltado, especificamente, para a educação sanitária – o Serviço de Propaganda e Educação Sanitária.

A reforma do DNSP incluía, ainda, no seu leque de preocupações a educação sanitária no interior do país. Nesse sentido, designou que a Diretoria de Saneamento Rural, que fora dirigida por Belizário Pena⁶, deveria também “cooperar com os poderes públicos estaduais e municipais na execução de quaisquer medidas de saneamento geral”, além de se responsabilizar pela “propaganda dos preceitos de higiene aplicada e a educação sistemática das populações, no que respeita aos interesses da saúde” (Brasil, 1923. art. 1582).

A criação e disseminação dos centros de saúde, entre as décadas de 1910 e 1940, com seu ápice na década de 1920, proporcionam um momento específico para as ações de educação sanitária. Essas unidades sanitárias foram inauguradas e começaram suas atividades com a cooperação da Fundação Rockefeller e de governos estaduais. Os centros de saúde foram inicialmente introduzidos no estado de São Paulo, pelo sanitarista Geraldo Horácio de Paula Souza, um dos beneficiados do programa de bolsas da Fundação Rockefeller, que atraiu vários profissionais e ampliou a formação em Saúde Pública no Brasil.

A Fundação Rockefeller por meio de concessão de bolsas de estudo para o curso de Saúde Pública da Universidade Johns Hopkins, influenciou de forma

⁵ Decreto n.16.300, de 31 de dezembro de 1923. Aprova o regulamento do Departamento Nacional de Saúde Pública

⁶ Belisário Augusto de Oliveira Penna nasceu em Barbacena (MG). Ingressou, em 1886, na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, transferindo-se no último ano para Salvador, na Bahia, onde terminou o curso em novembro de 1890. Designado pelo médico Oswaldo Cruz, juntamente com o cientista Arthur Neiva do Instituto Oswaldo Cruz, percorreu grande parte do Brasil. Conheceu o norte da Bahia, sudeste de Pernambuco, sul do Piauí e nordeste de Goiás, com o fim de estudar as condições sanitárias destes estados (Santos, 2012).

significativa essa nova geração de sanitaristas, que trouxe para o Brasil, inicialmente para o estado de São Paulo, uma concepção de saúde pública pautada na profilaxia de doenças infectocontagiosas e nos métodos, ainda experimentais, da microbiologia. Foi na formação de profissionais de saúde na área da saúde pública e na educação sanitária, que a Fundação Rockefeller trouxe suas maiores contribuições. Contudo, segundo sua política, essas práticas apenas tomariam forma com um eixo condutor, os centros de saúde.

Diante dessa proposta os centros de saúde, que somavam ações sanitárias, serviços médicos e serviços sociais, foram eleitos como eixos condutores para as ações de saúde pública, não apenas em São Paulo, mas em todo território nacional.

Segundo Castro e Santos e Lina Faria (2002) a educação sanitária seria a base de apoio para todas as outras práticas exercidas pelos centros de saúde, sintetizando, dessa forma, os objetivos da saúde pública, ou seja, a prioridade da educação sanitária para se atingir as melhorias necessárias nesse campo.

As ações educativas no âmbito da saúde eram realizadas em conjunto com a Inspeção de Educação Sanitária, onde atuavam as educadoras sanitárias com a organização de palestras, visitas domiciliares, conferências, exposições e transmissão para as mães de noções de puericultura. Cabe ressaltar que o núcleo familiar era o principal alvo para as ações de educação sanitária, com base no preceito de que por meio do seu conhecimento poderiam ser traçadas estratégias que atingiriam com mais facilidade seus objetivos, na perspectiva de união entre o conhecimento sanitário e as ações sociais previstas.

Sob a influência do médico sanitarista João de Barros Barreto⁷ e o especialista em administração pública José Paranhos Fontenelle⁸, o modelo dos

⁷ João de Barros Barreto foi bolsista da Fundação Rockefeller, entre março de 1924 e fevereiro de 1925, na Escola de Higiene e Saúde Pública da Universidade Johns Hopkins. Mais tarde, foi diretor do Serviço Sanitário paulista, entre março e julho de 1931. Assumiu a direção do Departamento Nacional de Saúde, órgão máximo do Ministério de Educação e Saúde, entre 1935 e 1939 e 1941 e 1945. Durante este período, organizou vários cursos para formação de profissionais no campo da saúde pública, em vários estados brasileiros (Santos e Faria, 2006).

⁸ José P. Fontenelle foi bolsista da Fundação Rockefeller, entre outubro de 1925 e abril de 1926, na Escola de Higiene e Saúde Pública da Universidade Johns Hopkins. Especialista em

centros de saúde, foi implantado em vários estados brasileiros, entre eles o Distrito Federal. Este modelo, de origem americana, inspirou, ainda, a organização e a forma de atuação destas unidades sanitárias, voltadas para a educação materno-infantil, profilaxia de doenças infecciosas, formação de profissionais na área de higiene e saúde pública, entre outras atribuições.

Em 1926, no bojo da Reforma do Código Sanitário de São Paulo, proposto por Paula Souza⁹, foi criado o primeiro curso de saúde pública – o Curso Especial de Higiene e Saúde Pública. Tinha como objetivo principal, “promover a formação da consciência sanitária da população em geral”¹⁰, por meio da disseminação de conhecimentos sobre saúde e higiene, incluindo, desta forma, a Educação Sanitária como tema. Nelly Candeias, em sua análise acerca da legislação, que envolve esse período, ressalta a infelicidade da expressão “consciência sanitária”, que para época era considerada apenas a “disseminação de conhecimentos na área da saúde” (Candeias, 1988, p. 2).

O referido curso voltava-se a professores primários, para que durante sua rotina em sala ou nos Centros de Saúde, pudessem disseminar conhecimentos teóricos e práticos sobre higiene e apoiar as campanhas profiláticas de doenças. A formação contemplava nove cadeiras – Noções de bacteriologia aplicada à Higiene, Noções de Parasitologia e Entomologia aplicada à Higiene, Noções de Estatística Vital e Epidemiologia, Higiene Pessoal, Nutrição e Dietética, Higiene Infantil, Higiene Mental, Social e do Trabalho, Higiene Municipal e das Habitações, Ética, Educação e Administração Sanitária, Princípios e Processos de Enfermagem em Saúde Pública. O teor dessas cadeiras, com bases científicas para as ações de saúde, demonstra a vontade de Paula Souza em sedimentar, nos recém criados Centros de Saúde, um caráter científico como influência de seu curso de doutoramento nos Estados Unidos.

Administração Sanitária foi um dos principais incentivadores do Curso de Medicina Especializada, na Policlínica Geral do Rio de Janeiro, que seguiu a orientação pedagógica da Fundação Rockefeller. Foi também Inspetor Sanitário do DNSP (Santos e Faria, 2006).

⁹ Geraldo Horácio de Paula Souza nasceu aos 5 de julho de 1889, na cidade de Itu (SP) e graduando-se em medicina pela Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. Realizou estudos na Escola de Higiene da John Hopkins University, onde recebeu diploma de doutor em higiene e saúde pública (Mascarenhas, 1973).

¹⁰ São Paulo. Lei 2121 de 11 de julho de 1925. Cria o Curso Especial de Higiene e Saúde Pública.

1.1- A institucionalização da educação sanitária: o Serviço de Propaganda e Educação Sanitária e seu conteúdo educativo

No Brasil, a incorporação da educação sanitária nos programas de saúde, que ocorreu no fim do século XIX e começo do XX, teve sua efetiva institucionalização a partir da década de 1920, com a criação do Serviço de Propaganda e Educação Sanitária (SPES). Estruturado no contexto de criação do Departamento Nacional de Saúde (DNSP), em 1923, o SPES estava diretamente subordinado a Diretoria Geral do DNSP e apresentava como principal finalidade “promover a maior divulgação possível das noções de higiene pessoal e pública” (Brasil, 1923. art. 108).

A direção do serviço inicialmente coube a Abelardo Marinho e aos técnicos de higiene Alexandre Moscoso e Waldir Montenegro. Entre os anos de 1928 e 1929 o SPES foi dirigido pelo médico sanitarista Belisário Penna, que durante sua administração percorreu diversos estados brasileiros, tais como Minas Gerais, Pernambuco, Alagoas, Paraíba, numa perspectiva de regionalização dos serviços aliada à ideia de centralização.

As medidas estatais voltadas para educação sanitária não ficariam, no entanto, restritas ao SPES, sendo também desenvolvidas nos serviços estaduais e nas outras inspetorias de saúde de nível nacional, criadas juntamente com o SPES, como, por exemplo, a Inspeção de Higiene Infantil e o Serviço de Enfermeiras, que ficou responsável pela direção das visitadoras de higiene, que teriam a finalidade de percorrer as residências de forma a esclarecer para a população a necessidade de hábitos higiênicos.

As práticas de saúde individual e as visitas em domicílios foram excluídas das ações desenvolvidas pelo SPES, como evidenciado no primeiro parágrafo da legislação que regulamentou o serviço: “Ficará fora de sua alçada os serviços de educação individual nos domicílios e nos dispensários de higiene, de que se incumbirão os funcionários subordinados a outras secções do DNSP”, como o Serviço de Enfermagem (Brasil, 1923, art.108).

Outro exemplo da descentralidade das propostas de educação sanitária, nesse momento, apesar de haver um serviço específico para essas atividades, pode ser evidenciada nas funções destinadas à Diretoria de Saneamento, como já mencionado anteriormente. Essa, entre outras atividades, deveria difundir preceitos “de higiene geral e educação profilática das populações do interior da República”, “fazer conferências de propaganda e educação sanitária nas zonas a seu cargo”, além de fornecer orientação técnica à Inspetoria de Profilaxia da Lepre e das Doenças Venéreas, entre outras (Brasil, 1923, art 109). Cabia a este serviço organizar material audiovisual, que continha noções de saúde e higiene voltadas para a instrução coletiva.

Havia, neste momento, o interesse em tornar as informações mais atraentes e para atingir esse objetivo, o serviço utilizava diversificados meios, pautados no princípio da simplicidade da linguagem, que, além disso, tentava diminuir a distância entre os preceitos considerados saudáveis e a população. Foram distribuídos, nesse sentido, cartazes e folhetos, com preceitos educativos, assim como um pequeno jornal ilustrativo, destinado à educação popular. A própria legislação de criação do SPES ressalta que

para o desempenho da instrução coletiva que lhe é afeta a Inspetoria fará: a organização de folhetos, cartazes, circulares, etc., que contenham noções de higiene, ilustradas e escrita na linguagem mais simples possível; a publicação de um pequeno jornal ilustrado, destinado ao mesmo fim de educação popular e escrito dentro das mesmas normas; a organização ou adaptação de filmes de educação sanitária, que deverão ser também utilizados pelas demais dependências do Departamento, a juízo do Diretor Geral (Brasil, 1923, art 109).

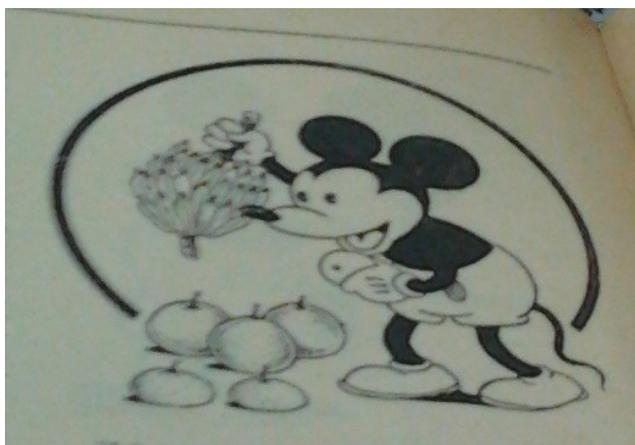
O regulamento do SPES, indica, ainda que caberia ao serviço, a publicação periódica de boletins destinados à divulgação dos progressos científicos, daquele momento, entre médicos e profissionais de saúde. O material produzido, tanto os de cunho popular, quanto os dedicados ao público técnico, era distribuído pelo próprio serviço, mas também contava com a participação das demais divisões do DNSP.

Com o objetivo de difundir os preceitos de educação sanitária, o SPES organizou atividades que buscavam a adesão da população para o aceite de práticas consideradas ideais pelas autoridades de saúde centradas, principalmente, na higiene pessoal, e na saúde das crianças e mulheres gestantes (Cardoso, 2009). Para atingir esse objetivo, além das publicações desenvolvidas pelo próprio SPES, houve a vinculação de conteúdo educativo na imprensa diária ou em outros periódicos, de forma a difundir os conhecimentos necessários a higiene e a saúde pública.

Com o intuito de alinhar as publicações desenvolvidas pelo SPES com o que estava sendo editado em outros países, o serviço admitia o intercâmbio com publicações científicas desenvolvidas no exterior, fosse ela de cunho estatal ou produzido por associações particulares. Cabe ressaltar a influência norte-americana nas ações de saúde desse momento, com a presença da Fundação Rockefeller. Essa característica pode também ser identificada nos folhetos distribuídos pela SPES, em que foram utilizados para a ilustração dessas publicações personagens tipicamente americanos como o Mickey e Betty Boop.

A primeira edição da revista 'Saúde' de 1933 para ressaltar a necessidade de bons hábitos alimentares e a higiene necessária no preparo dos alimentos, utilizou o personagem Mickey para ilustrar esse volume, como mostra a figura 1.

Figura 1 – Página da Revista Saúde



Fonte: Brasil, 1933, p.6

Essas produções visavam transmitir os preceitos educativos com uma linguagem simplificada, com o objetivo de alcançar o maior número de pessoas, evitando as publicações de ordem técnica e científica, de forma a torná-las mais acessíveis e atrativas.

A publicação 'Saúde', como será analisada no capítulo três, permeará a história da educação sanitária durante as décadas seguintes a sua criação. Contudo, já podemos identificar nessa edição inaugural as bases teóricas que o campo da saúde pública assumiu a partir da posse de Getúlio Vargas e do Ministro Gustavo Capanema. O ideal de valorização do trabalhador brasileiro e a importância de alcançar bons hábitos de saúde para a construção de uma nação sadia, foram ressaltados no editorial de estréia desse folhetim.

No dia que cada brasileiro se convencer de que deve seguir a risca os ditames da higiene, e que habitando zona tropical, tem que se alimentar, vestir, dormir viver, em suma, de acordo com o clima, o Brasil terá povo forte, sadio, eficiente no trabalho e adquirirá no mundo o lugar que lhe compete, pelas suas extraordinárias possibilidades. (Brasil, Saúde, 1933, p.3)

Além da produção e divulgação dessas publicações, cabia ao SPES a organização de um museu de higiene e saúde pública e a conservação da biblioteca do DNSP, de forma a guardar todo o material audiovisual produzido pelo serviço, assim como organização de conferências e palestras, a serem ministradas em lugares considerados pertinentes ao serviço.

O corpo de funcionários era composto pelo chefe do serviço, inspetores sanitários, escriturário, encarregado da biblioteca, conservador do museu e guardas sanitários. Nesse sentido, deve se ressaltar a ausência de funcionários com formação em saúde pública ou educação sanitária, seja pela falta de interesse em profissionais com essa formação no seu quadro ou pela falta de cursos que preparassem pessoas para essas atividades, lembrando que o primeiro curso de formação em saúde pública apenas foi inaugurado em 1926.

A base de atuação do SPES, que tinha como objetivo controlar os problemas sanitários, por meio da adoção, por parte da população, de medidas

preventivas de cuidado com o corpo e a saúde, estava assentada sobre dois pilares – a propaganda e a educação higiênica. Dessa forma, buscava articular o diagnóstico precoce, e a prevenção por meio da divulgação das características das enfermidades e da informação sobre suas profilaxias. Os instrumentos de comunicação, que passaram a ser importantes ferramentas dos serviços de saúde, a partir da criação do SPES, foram fundamentais para o convencimento da população sobre os conceitos higiênicos e a prevenção de doença.

A posse de Gustavo Capanema no Ministério da Educação e Saúde Pública (Mesp), em 1934, inaugurou um novo momento da saúde pública no Brasil. Sua administração inicia uma ampla mudança institucional, com o objetivo de centralizar as ações de saúde em todo território nacional. No bojo dessa política de reestruturação do Serviço de Propaganda e Educação Sanitária, no modelo apresentado acima, foi substituído pela Seção de Informação, Propaganda e Educação Sanitária (IPES)¹¹.

Apesar da mudança institucional a importância, dada aos veículos de comunicação de massa na instituição anterior, continuou como pode ser identificado no anteprojeto do regulamento sanitário publicado em 1935. Este documento destinava-se a delinear as funções dos órgãos sanitários a partir da reforma iniciada no ano anterior.

O regulamento sanitário reforçou os principais instrumentos que foram utilizados pela Seção, entre eles destacam-se o cinema, o rádio, e as técnicas utilizadas para propagar os preceitos educativos que essa Seção defendia, de forma a torná-las mais eficaz. Assim, existia a preocupação com a forma com que os conteúdos eram transmitidos, sendo passíveis de multa os locais que não executassem as exigências estipuladas pela IPES. Deve ser ressaltado que a divulgação e propagação dos conteúdos abordados não eram de inteira responsabilidade da IPES, mas cabia a ela produzir o material de divulgação e fiscalizar os estabelecimentos que faziam as transmissões. Seguem abaixo algumas ações que a IPES deveria produzir e fiscalizar.

¹¹ Brasil. Decreto n. 24.814 – de 14 de julho de 1934. Organiza os serviços de saúde pública e assistência médico social, e dá outras providencias.

As empresas e estabelecimentos cinematográficos são obrigados a fazer projetar, em todas as suas sessões, um pequeno conselho sobre saúde, sob a forma de palavra ou figuras, ou ambos, preparados pela Seção de Informações, Propaganda e Educação Sanitária e enviados por intermédio do Serviço de Censura Cinematográfica.

A projeção desses conselhos será feita com os devidos cuidados, quando a sala já estiver escura e a tela inteiramente descoberta pela cortina.

Os estabelecimentos cinematográficos que deixarem de projetar os conselhos de que trata este artigo ou o fizeram sem os devidos cuidados serão passíveis de multa.

Todas as estações de rádio-difusão são obrigadas a irradiar, três vezes por dia, um pequeno conselho sobre saúde fornecidos pela IPES.

Parágrafo único – as empresas de rádio-difusão que se negarem a irradiar os conselhos, de que trata esse artigo, ou fizerem de modo a prejudicar-lhe a compreensão, ou por qualquer forma diminuir-lhe o valor educativo, serão passíveis de multa.

Todos os estabelecimentos comerciais em que for julgado útil, pela autoridade sanitária exibir cartazes ou fazer exposições de pequenos aparelhos de demonstração, serão obrigados a permitir a sua exibição, nas paredes, vitrines ou outros locais.

Essas exposições deverão ser feitas sem prejuízo para a atividade do comércio dos estabelecimentos, de que trata este artigo, ficando sujeitos a multa os responsáveis que se neguem a fazê-las ou o fizerem de modo a diminuir ou inutilizar o valor educativo dos cartazes ou aparelhos de demonstração (Brasil, 1934, art. 528-530).

Dessa forma, caberia a essa Seção, não apenas produzir o conteúdo educativo a ser divulgado, mas também exigir dos diversos estabelecimentos responsáveis um adequado ambiente para que suas produções sejam exibidas, de forma a garantir uma melhor compreensão dos assuntos abordados.

Com a reorganização do Ministério da Educação e Saúde Pública, em 1937¹², que será analisada no segundo capítulo, a Seção de Informação, Propaganda e Educação Sanitária voltou a ser denominada Serviço de Propaganda e Educação Sanitária (SPES), cabendo a esse serviço “promover o desenvolvimento da cultura sanitária do povo, pela divulgação de conhecimentos de higiene individual e de saúde pública, inclusive os relativos à criança” (Brasil, 1937, art 61)

Abelardo Marinho, então diretor do SPES, acrescenta que no intuito de atingir os objetivos de educar a população para que tenha melhores hábitos de

¹² Brasil, Lei n.º 378, de 13 de janeiro de 1937. Dá nova organização ao Ministério da Educação e Saúde Pública. Disponível em: www.senado.br/legilacao.

saúde, o serviço deveria utilizar todos os meios possíveis de divulgação de seus conselhos, citando inúmeras estratégias de aproximar a população de tais conhecimentos de saúde. O texto abaixo descreve as perspectivas de ação de Abelardo Marinho para o serviço que dirigia.

Visando atingir o objetivo que constitui a razão de sua existência, o SPES deve utilizar todos os métodos e sistemas de propaganda e educação. Pela palavra, falada ou escrita, pela música, pela pintura, pela escultura, etc, cumpre-lhe infundir, formar e desenvolver a consciência sanitária do povo. Palestras, conferências, impressos de todos os tipos, cartaz, projeções luminosas fixas e movimentadas, modelos em cartão, massas cera, madeira, etc, também animados ou não, - tais são recursos utilizáveis, ora isolado cada um, ora conjugados dois ou mais. Palestras de viva voz, para numero limitado de pessoas, inclusive a **catequese individual**, pela **ação persuasiva**; conferências gravadas em discos fotográficos; discursos, seja na voz natural ou ampliada, conforme o vulto do auditório, seja através de estações de rádio ; livros; folhetos e broxuras; artigos ou pequenas notas para jornais; cartazes simples ou em cores, álbuns cartões postais, calendários folhinhas e almanaques; exibição de dispositivos, quer sem grande aumento das figuras , mediante de aparelhos automáticos como o balepticon, quer pela utilização de maquinas de tipo "lanterna mágica" ou do cinematografo; a projeção de filmes, mudos ou falados, estes sobretudo importantes em razão da alta cifra de analfabetos que nos aflige; as exposições de higiene, constituídas de desenhos, pinturas, amostras objetos, modelos de situações e condições que interessam á higiene; tudo isso é de absoluta utilidade e indispensável num serviço de educação sanitária (Marinho, 1938, p.1).
(grifo meu)

O caráter doutrinário da educação sanitária, ressaltado quando caracteriza a ação do serviço como "de catequese individual, pela ação persuasiva", nesse momento, fica bastante evidenciado na referência de Abelardo Marinho, refletindo poucas mudanças desde o começo da institucionalização da educação sanitária, no início da década de 1920. Acreditava-se que por meio da repetição e massificação dos conteúdos abordados, se obteria o convencimento para que a população adotasse novos hábitos de saúde. Abelardo Marinho resume a atividade do serviço em três fases distintas:

- visitas a domicílio, onde serão distribuídos cartões, gravuras, calendários, tudo, enfim que represente utilidade para a pessoa que recebe, de molde a fazê-la gravar na memória e meditar sobre conhecimentos ou conselho que emite a Saúde Pública;

- afixação de cartazes nos lugares públicos, bondes, trens, ônibus, e distribuição de boletins, todos alusivos á campanha, pelas escolas superiores e secundárias, centros da cultura física, campos de desportos, associações de classe, etc;
- conferência pelo rádio, artigos pela imprensa, filmes, folhetos, etc. (Marinho, 1938, p.2)

Deve-se ressaltar a importância dada às transmissões radiofônicas, pois por meio delas os conteúdos educativos chegariam com mais facilidade aos mais diversos lares, ultrapassando as barreiras de um país ainda analfabeto, pouco instruído, e com escassa tecnologia de divulgação. Como o próprio Abelardo Marinho ressaltou em sua proposta para a educação sanitária nos anos seguintes,

a incomparável utilidade do radio, como veículo de propaganda em pais de alta porcentagem de analfabetos, reclama tal medida que, além de tornar, do alcance da generalidade de tais aparelhos, poderá permitir ao governo distribuí-lo gratuitamente a população pobre (Marinho, 1938. p.6).

Nesse momento, o rádio e o cinema tornavam-se mais popularizados na sociedade brasileira. Começava-se a viver, no Brasil, um período de cultura de massas, diferenciando-se da década anterior, onde o rádio era exclusividade das classes mais abastadas da sociedade, não apenas pelo seu valor econômico, como também pelos conteúdos abordados. O rádio brasileiro se estabeleceu como um veículo de comunicação privado, subordinado às regras do mercado econômico e ao mesmo tempo controlado pelo Estado (Ferreira, 2009). Após sua popularização, na década de 1930 tornou-se um importante aliado político, capaz de atingir simultaneamente grandes camadas da população, configurando-se, nesse sentido, uma extraordinária ferramenta para a difusão dos preceitos considerados saudáveis. Assim, o rádio, destacou-se como veículo de educação e cultura para a população.

As palestras organizadas por Savino Gasparine (1940), membro de uma equipe de especialista da saúde que atuou no SPES, são alguns exemplos da programação voltada para educação sanitária via radiodifusão. Eram transmitidas pela Rádio Tupi e refletiam a ideologia da época, pautada na

perspectiva de construção de um Estado forte e desenvolvido. Torna-se importante ressaltar, que o tema da saúde e higiene, a partir de referenciais eugênicos, ocupou a pauta dos projetos discutidos e viabilizados pelo Estado, e o pensamento sanitário, desse momento, o que se reflete nestas palestras.

Conforme observa Nancy Stepan (2004), nesse período houve uma identificação entre eugenia e saneamento por parte dos sanitários brasileiros, que idealizavam vários tipos de reformas sanitárias capazes de melhorar as condições hereditárias da população, e de combater certas enfermidades que, segundo o pensamento da época, podiam levar à degeneração como, por exemplo, o alcoolismo. Para Stepan, o regime político, iniciado em 1930, “encontrou seu par no movimento eugênico – em sua orientação científica, em sua ideologia racial e em sua proposta de políticas sociais” (Stepan, 2004, p. 374).

Havia, nesse sentido, o ideário de que essa educação despertaria a conscientização dos indivíduos e a manutenção da saúde pela fixação dos hábitos saudáveis. A educação sanitária ganhava contornos normatizadores das condutas, tendo por base argumentos como a saúde pelo progresso nacional.

Em carta enviada ao, então, Ministro da Saúde e Educação, Gustavo Capanema, que tinha por finalidade justificar a contratação de novos funcionários para o SPES e a obtenção de maiores recursos, Abelardo Marinho ressalta a necessidade do desenvolvimento de técnicas mais aprimoradas para a divulgação da educação sanitária. Em suas palavras:

Educar, tarefa por demais difícil e delicada, exige a responsabilidade de técnicos cuidadosamente selecionados. Para divulgar preceitos de higiene e fazer educação sanitária, tornam-se necessários, preliminarmente, sólidos conhecimentos de higiene teórica e prática. Do exposto parece lícito concluir que, em face das atribuições do Serviço de Propaganda e Educação Sanitária, neste devem integrar três ordens de técnicos: técnicos de higiene, técnicos de propaganda ou vulgarização e técnicos de educação (Marinho, 1938, p.1).

Nesse sentido, pode ser identificada a preocupação com a formação e especialidade dos funcionários que trabalhavam no serviço, aspecto pouco identificado nas práticas adotadas no início da década de 1920. Contudo, a

exigência feita não tange a funcionários formados em saúde pública ou em educação sanitária, mas a pessoas especializadas em jornalismo. Como o próprio diretor ressalta:

dentre os meios de vulgarização, é a imprensa a que, entre nós, mais oportunidades oferece e parece mais útil ao nosso assunto. Não está, porém, ao alcance de qualquer, o saber aproveitar as possibilidades da imprensa: somente poderá fazê-lo um homem da imprensa experimentado, conhecedor do ofício e do seu meio e neste bem relacionado. Daí a necessidade de um técnico de jornalismo nos quadros do SPES (Marinho, 1938, p.1).

Essa solicitação, formulada por Abelardo Marinho, reforça o caráter propagandístico das ações de educação sanitária desse período, em que se acreditava que a transmissão de preceitos de saúde e higiene seria o suficiente para alcançar um país mais saudável.

Abelardo Marinho acreditava que a contratação de um especialista em jornalismo tornaria a produção de folhetos e cartazes mais atraente e de melhor compreensão, refletindo uma preocupação anterior de se criar meios e estratégias que facilitassem a absorção do material visual produzido pelo SPES.

Outra preocupação refletida nessa carta tange à contratação de um intérprete, uma vez que, Abelardo Marinho considerava de suma importância acompanhar as novas orientações sobre saúde pública e educação sanitária desenvolvidas no cenário internacional.

Deve ser ressaltado, também, que no começo de sua institucionalização no Brasil, as ações direcionadas às crianças não caberiam ao Serviço de Propaganda e Educação, mas à Inspetoria de Higiene Infantil, que passou a integrar, também, a pasta de educação sanitária, delineando o caráter nacional que os preceitos educativos teriam na década seguinte.

O Serviço de Propaganda e Educação Sanitária, do Ministério da Educação e Saúde, teve seu período de atuação entre os anos de 1937 e 1941, quando então, devido à reorganização do Departamento Nacional de Saúde, as ações voltadas para educação sanitária foram ampliadas na tentativa de dar a essas práticas uma dimensão nacional. Assim, o Serviço de Propaganda e Educação Sanitária foi substituído pelo Serviço Nacional de Educação Sanitária,

responsável por centralizar as práticas de educação sanitária de todo o país, conforme analisaremos no próximo capítulo.

No que tange a institucionalização da educação sanitária no Brasil, o Serviço Especial de Saúde Pública, criado em 1942 ocupa um papel de destaque no desenvolvimento de práticas educativas para saúde, como reflexo da influência norte-americana na configuração da saúde pública brasileira, naquele momento.

1.2-Educação sanitária sob a perspectiva das ciências sociais: a participação do Serviço Especial de Saúde Pública

As décadas de 1940 e 1950 inauguraram uma nova tradição sociológica no cenário nacional, que apresentou forte impacto nas políticas públicas em saúde no país. Essa renovação estava ancorada na “valorização do conhecimento positivo” e na produção de um novo padrão de cientificidade (Miceli, 1989). Ainda, segundo o mesmo autor, a influência da sociologia americana, com a participação expressiva do sociólogo Donald Pierson e a escola sociológica de Chicago foram elementos importantes para esse novo ordenamento. Dessa forma, esse período marca uma nova agenda para as Ciências Sociais no Brasil, com a realização de importantes projetos que envolviam profissionais brasileiros e estrangeiros, o que favoreceu o estabelecimento de novas redes de sociabilidade e padrões acadêmicos (Maio, 1999).

A problemática da saúde desperta, nesse momento, o interesse de vários cientistas sociais, que consideravam a melhoria dos padrões de saúde um importante veículo de superação dos entraves socioeconômicos e o caminho inevitável para a superação do atraso e o alcance da modernidade. Nesse processo de mudança, o Serviço Especial de Saúde Pública assume papel relevante nas políticas públicas de saúde brasileiras.

Criado em 1942, o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) foi idealizado a partir um encontro de Ministros das Américas realizado no Rio de Janeiro. Esse evento procurava definir a criação de um programa de saúde e saneamento para a América Latina, além de conclamar seus membros para atuarem no esforço da Segunda Guerra Mundial. No entanto, no caso brasileiro, havia um interesse especial, uma vez que os Estados Unidos necessitavam de bases militares no nordeste brasileiro, além da extração de borracha dos seringais amazônicos e dos minérios de Minas Gerais para o confronto bélico

internacional. Assim, um pacto com o Brasil era considerado estratégico e de suma importância para a participação norte-americana na guerra.

O acordo estabelecido com o SESP teve então o objetivo de promover ações de saúde pública e melhorias das condições sanitárias em um ambiente de conflito mundial. Neste contexto, o Brasil foi considerado parceiro privilegiado no âmbito dessa nova política externa norte-americana, não só pela sua posição geográfica favorável, mas também pela importante papel que ele representava na América Latina. Contudo, a instalação de bases militares e extração mineral e vegetal esbarravam na diversidade de doenças que infestavam essas regiões, além das altas taxas de mortalidade que essas doenças causavam.

Com o objetivo de criar um ambiente de segurança e bem-estar para os soldados americanos, que ficariam baseados no território brasileiro, e para aumentar a produtividade extrativista dessas regiões, foram desenvolvidas campanhas de combate a essas doenças, políticas sanitárias específicas, medidas preventivas, como o treinamento de médicos, agentes sanitários, enfermeiras e práticas educacionais, além de ações terapêuticas, como a construção de hospitais e redes de água e esgoto.

O SESP foi criado, nesse sentido, em um ambiente conflituoso e por necessidade de alianças estratégicas enquanto durasse o conflito. Inicialmente o objetivo principal era a implementação de uma agência temporária, entretanto, progressivamente o SESP ampliou sua agenda e passou a desenvolver ações de saúde para a população do interior do Brasil, estabelecendo redes de unidades sanitárias, construindo escolas de enfermagem, hospitais e centro de saúde. Sua ação se estendeu em vários estados e municípios, instituindo convênios para formação de mão-de-obra qualificada (Campos, 2006).

Sob a coordenação do antropólogo Charles Wagley¹³, em 1944, foi criada a Divisão de Educação Sanitária do SESP, que nesse momento, promoveu suas primeiras atividades voltadas para educação sanitária, traduzindo, para o português, materiais educativos norte-americanos, tais como filmes e folhetos.

¹³ Charles Wagley nasceu no Texas em 1913. Começou a ensinar antropologia em 1934 na Universidade de Columbia. Realizou algumas pesquisas de campo no Brasil e na Guatemala. Em 1970 recebeu presidência da Associação Americana de Antropologia.

As práticas educativas desenvolvidas pelo SESP foram alvo de sucessivas críticas, no interior do próprio órgão a partir dos últimos anos da década de 1940 e 1950 (Cardoso, 2008).

Nesse contexto, foi incorporado ao SESP o primeiro educador sanitário, Howard Lundy¹⁴, que serviu como consultor e intérprete de um novo momento da filosofia de trabalho voltada para educação sanitária. Seus pressupostos defendiam a superação do caráter informativo que o SESP aplicava em suas atividades, ressaltando, ainda, que o sucesso das ações educativas dependia, fundamentalmente, da participação do indivíduo no processo.

Em 1953 foi criada a Seção de Pesquisas Sociais do SESP, que era responsável pela construção de subsídios informativos necessários as ações de educação sanitária, principalmente no que tange ao levantamento das características intrínsecas de cada comunidade. O sociólogo José Arthur Rios¹⁵ foi um dos principais responsáveis por essa nova estrutura de atuação, e pela introdução das ciências sociais nos mecanismos de atuação da agência.

No artigo ‘A saúde como valor social’, publicado no boletim do SESP em 1953, Arthur Rios, apresenta a ‘saúde’ como um traço cultural, que como tal relaciona-se com outros traços sociais. Para Rios a saúde não deve ser entendida como algo abstrato, mas sim “dentro de um determinado contexto social” (Rios, 1953, p.5). Nesse mesmo artigo, José Arthur Rios acrescenta que no processo pedagógico o universo cultural que o indivíduo está inserido deve ser sempre valorizado, pois a tradição cultural e as influências de grupo podem interferir no processo de aprendizagem. Como ressaltou Rios: “esse lastro cultural, portanto, que todo homem carrega, maior no adulto, menor na criança, é um dado importante para o educador sanitário.” (Rios, 1953, p.5-6).

Em ‘Informar e Convencer’, também publicado em 1953, Arthur Rios salienta os equívocos e as falhas de comunicação entre educadores sanitários e

¹⁴ Consultor de educação sanitária do IAIA

¹⁵ José Arthur Rios graduou-se em direito e cursou sem concluir o curso de ciências sociais na Faculdade Nacional de Filosofia. Em 1946 viajou para os Estados Unidos onde cursou mestrado em sociologia rural na Universidade de Lousiana, ministrando posteriormente alguns cursos em universidades americanas. Na Universidade de Vanderbilt, Arthur Rios estabeleceu contato com o sociólogo Emilio Willems, que viria exercer grande influência teórica nos trabalhos de Rios (Lima, 2010).

a população. Segundo o sociólogo, o grande equívoco dos serviços de saúde “é a convicção de que a informação pura e simples tem o dom de suscitar a reação imediata do educando” (Rios, 1953, p.5). Dessa forma, para Arthur Rios não basta a informação pura e simples sobre os hábitos de saúde, é preciso criar elementos convincentes na tarefa de educar. Nas palavras de Rios: “O educador não vai trabalhar num material passivo. Vai trabalhar com homens que já têm ideias, hábitos, manias”, ou seja, para Rios a tarefa de apenas informar não basta para o processo educativo (Rios, 1953, p.5). É preciso convencer. Para se alcançar esse convencimento o universo social e cultural de cada grupo deveria ser valorizado. Arthur Rios ressalta ainda, a necessidade de entender o universo cultural e a lógica social de cada comunidade, para que as atividades promovidas pelos serviços públicos tivessem um maior alcance. Nas palavras de Arthur Rios, “em geral se pensa que o individuo é uma tábua rasa na qual podemos inscrever tudo que deseja” (Rios, 1953, p.5).

No artigo ‘Ciências Sociais e Saúde Pública’ Arthur Rios (1953) reforça a relevância da participação do cientista social nos serviços públicos brasileiros, acrescentando ainda a importância de se organizar socialmente as comunidades, aspecto esse que se configura como um imperativo eficaz para o alcance dos desejados padrões sociais.

As discussões propostas por Rios apresentam grande importância para compreensão do papel do cientista social nas atividades de educação sanitária, com base em suas proposições seria possível um diálogo entre suas ideias e outras contribuições da sociologia, a exemplo de trabalhos como os de Florestan Fernandes.

Considerado um dos fundadores da Sociologia Crítica no Brasil, Florestan Fernandes possui sua obra marcada pelo questionamento da realidade social e do pensamento tradicional (Ianni, 1987). Natural de São Paulo licenciou-se em ciências sociais pela Faculdade de Filosofia da USP e doutorou-se na Escola Livre de Sociologia e Política. Em 1943, passou a integrar a cadeira de sociologia da Faculdade de Filosofia da USP.

Ao se interessar pela perspectiva dos oprimidos, Florestan Fernandes contribuiu de forma significativa para uma nova forma de interpretação sociológica. Os índios, imigrantes, escravos, negros, trabalhadores da cidade e do campo passam a permear o universo de trabalho de Florestan Fernandes, e tornam-se personagens principais de suas análises.

Para esse estudo interessa diretamente os estudos de Florestan Fernandes sobre as diferenças econômicas que marcam as cidades do litoral e as do sertão. O seu trabalho 'Mudanças Sociais no Brasil', mais especificamente o capítulo intitulado 'Um Retrato do Brasil', é um exemplo dessa vertente. Nessa coleção de artigos Florestan Fernandes esboça sua apreciação sobre o livro *Viagens ao Tocantins*, do médico Júlio Paternostro¹⁶. Apesar de não fazer referência direta às atividades de educação sanitária, suas críticas ao desenvolvimento médico-sanitário e educacional brasileiro permitem a aproximação de suas ideias sobre as práticas sanitárias aplicadas no interior e "a necessidade de um papel ativo do cientista social no processo de 'mudança dirigida'" (Lima, 1997, p.32).

Partindo do fenômeno sociológico intitulado "demora cultural", que diferencia o nível de desigualdade entre as cidades urbanas e as do interior, Florestan Fernandes analisa o sistema educacional brasileiro, que se defronta com a "necessidade de adaptação do ensino à vida rural" (Fernandes, 1979, p.134). A partir dessa constatação, o sociólogo afirma a existência de uma inaptidão das escolas em identificar às necessidades culturais de cada comunidade. Para o autor o meio social deveria orientar as práticas educacionais, ressaltando, assim, a importância de se adaptar os conteúdos aplicados a cada espaço cultural. Nas palavras do autor:

"Ler, escrever e contar', para o sertanejo, é menos importante que receber conhecimentos relativos ao trato da terra, dos animais, etc, isto

¹⁶ Júlio Novaes Paternostro nasceu em São Paulo em 1908. Escreveu entre outros livros "VIAGEM AO TOCANTINS", com prefácio de Roquete Pinto. Trabalhou durante muitos anos no convênio da Divisão Internacional de Saúde Pública, da Fundação Rockefeller. Percorreu 17 Estados Brasileiros, colhendo material, especialmente mosquitos, para estudar o problema da febre amarela.

é, conhecimentos indispensáveis ao seu tipo de vida” (Fernandes, 1979,p.135)

Ao identificar essa forma de prática, acrescenta que os conhecimentos aplicados dessa maneira, pouco tem utilidade para o trabalhador do campo, configurando-se como “peso morto” na vida cotidiana desses indivíduos. Não se trata, dessa maneira, de determinar o tipo de educação, de forma a preparar o homem, mas saber como ela se configura diante da realidade de cada um e o uso social que se faz de cada informação, para assim, atender as necessidades de cada comunidade (Fernandes, 1966).

O mesmo vale para as práticas de educação sanitária, que limitadas a informar sobre os cuidados de saúde e higiene não são eficazes para o aceite de novos hábitos, pois sem a percepção da aplicabilidade de cada preceito sanitário e como melhorariam a vida das comunidades, as informações se esvaziariam em si mesmas. Por isso a necessidade de conhecer o ambiente em que se está trabalhando, assim como de compreender que cada espaço possui sua lógica social. No fim das décadas de 1940 e 1950 essas críticas foram recorrentes às práticas aplicadas pelo SESP – como já mencionado – que se limitavam a reproduzir folhetos traduzidos para o português, ou seja, aplicava o modelo formulado para a sociedade norte-americana para o Brasil, sem ponderar os limites culturais estabelecidos por cada região brasileira.

Sob a égide de duas ordens conflitantes – a medicina científica e a medicina empírica – ou seja – a medicina acadêmica e a medicina popular a – Florestan Fernandes ressalta a importância atribuída pelo médico Júlio Paternostro à utilização de pessoas das localidades, após treinamento para, por exemplo, aplicar medicamentos e disseminar hábitos saudáveis. A partir disso, as duas ordens passam a trabalhar num processo de colaboração direta, garantindo, dessa forma, o meio mais seguro e provavelmente o mais rápido de introdução dos novos traços culturais, relacionados à medicina científica (Fernandes, 1979).

Mesmo sem fornecer muitos detalhes de como essa proposta se processou, a incorporação de “curandeiros” e “entendidos”, nas atividades dos

médicos, pode nos revelar uma tentativa de aproximação das práticas científicas ao universo cultural da comunidade. Ao receber medicamentos e orientações de pessoas que compõem a própria comunidade a qual pertencem, a população tornar-se-ia mais confiante, uma vez que estariam assimilando informações de seus pares, que poderiam traduzi-las de forma a aproximar os dois conhecimentos. A incorporação dessa dinâmica proporcionaria a diminuição do fosso cultural entre duas ordens até então conflitantes, de modo a facilitar a aceitação da medicina científica e de diversos preceitos sanitários.

Entre as décadas de 1940 e 1950, as práticas elaboradas pelo SESP procuravam demonstrar a importância do cientista social para se compreender a melhor forma de convencer a população a abrir mão de seus hábitos e assumir um novo modo de conceber a saúde. A introdução das ciências sociais criou um ambiente propício para o desenvolvimento de um diálogo mais intenso entre a educação sanitária e os estudos de comunidade, fornecendo à educação sanitária aplicabilidade social, fugindo do estereótipo da pura informação (Cardoso, 2009).

As diretrizes formuladas pelo SESP eram transmitidas, também, aos seus funcionários através de cursos de formação, folhetos e boletins de circulação interna. Seu conteúdo pautava-se na perspectiva de que a educação sanitária deveria ser atributo de todos os profissionais das unidades de saúde e que a simples transmissão de hábitos considerados saudáveis não era suficiente, não constituindo assim, “um ato de educar o indivíduo”, o que envolveria “a compreensão do processo educativo das características do grupo a educar” (SESP, 1951, p.8).

Como apontado anteriormente, as ciências sociais nas atividades do SESP, particularmente nas de educação sanitária, foram consolidadas no fim das décadas de 1940 e 1950, por meio da Seção de Pesquisas Sociais, dirigida por Rios. Nesse sentido, deve ser ressaltada a influência do papel de sociólogos e antropólogos nos programas de saúde pública desenvolvidos pelo SESP. As práticas educativas implantadas pela agência passaram, ao longo do período, a se preocupar, de forma mais enfática, em formar novos hábitos de saúde,

deixando de lado o caráter puramente informativo que marcou os primeiros anos de sua atuação no Brasil.

A partir das contribuições de José Arthur Rios e Florestan Fernandes, este estudo, buscou incorporar as críticas e as perspectivas de novos caminhos desenvolvidos pela educação sanitária durante as décadas de 1940 e 1950, na perspectiva de articular o arcabouço teórico das ciências sociais para as atividades de educação sanitária, principalmente aquelas desenvolvidas pelo SESP.

1.3- Considerações Finais

As primeiras décadas do século XX marcam uma série de mudanças na saúde pública, entre elas a institucionalização da educação sanitária. Estruturado do contexto de criação do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), o Serviço de Propaganda e Educação Sanitária (1923) assumia como principal atribuição promover a divulgação dos preceitos de saúde e higiene, elaborados no âmbito do órgão federal, construindo estratégias para alcançar o maior número possível de pessoas.

Os meios de divulgação dos conteúdos educativos eram os mais diversificados, e refletiam o interesse, em tornar o material pedagógico o mais atraente possível para a população, com a utilização de folhetos, cartazes e um pequeno jornal ilustrativo. Apesar de ser o principal meio de divulgação, a mídia impressa, rádio e o cinema contribuíram, significativamente, para a divulgação dos preceitos educativos.

Apesar da efetiva institucionalização da educação sanitária e da existência de um órgão exclusivo para esse fim na estrutura do SESP, não houve, nesse momento, centralização dessa prática, cabendo também a outros órgãos desenvolver ações de educação sanitária, principalmente nos níveis locais.

Nesse sentido, a partir da década de 1920 as políticas voltadas para a educação sanitária ganharam força na área da saúde pública. A difusão da importância de hábitos saudáveis para a manutenção de uma melhor qualidade de vida ocupou papel de destaque na saúde pública e estimulou a criação de um órgão específico, com a finalidade de transmitir preceitos de saúde e higiene. Assim, com o apoio de agências internacionais, o Brasil passou a dar mais ênfase às práticas que visavam difundir preceitos de saúde e higiene.

A partir das contribuições do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), José Arthur Rios e Florestan Fernandes, este estudo colocou em evidência as críticas e as perspectivas de novos caminhos desenvolvidos pela educação sanitária durante as décadas de 1940 e 1950, articulando as contribuições das ciências sociais para as atividades de educação sanitária, principalmente aquelas desenvolvidas pelo SESP.

Florestan Fernandes e Arthur Rios ressaltaram em seus trabalhos a necessidade de entender o universo cultural e a lógica social de cada comunidade, para que as atividades promovidas pelos serviços públicos tivessem um maior alcance. Nas palavras de Arthur Rios, “em geral se pensa que o indivíduo é uma tábua rasa na qual podemos inscrever tudo que se deseja”. Dessa forma, ambos os autores convergem para a importância de se conhecer a cultura e as práticas sociais de cada comunidade, para a partir da posse dessas informações aplicar as práticas educativas de saúde.

A participação das ciências sociais ofereceu um novo aparato teórico-metodológico aos programas de saúde desenvolvidos pelo SESP a partir, principalmente, da década de 1950, sem, contudo, alterar significativamente, o caráter informativo das práticas educativas desenvolvidas pela agência.

CAPÍTULO 2

A POLÍTICA NO GOVERNO VARGAS: UMA ESTRATÉGIA DE CENTRALIZAÇÃO (1930-1945)

As mudanças políticas, que marcaram a década de 1930, provocaram significativas alterações no cenário público brasileiro. Rompia-se, nesse momento, a estrutura de poder da Primeira República (1889-1930), pautado no domínio das grandes oligarquias cafeeiras, e instaurava-se um Estado com elevado grau de autonomia. Esse período, que muitos pesquisadores consideram como o divisor de águas da política brasileira, foi marcado por uma profunda remodelação econômica e política, como apontam os estudiosos que se dedicaram a esse período histórico (Gomes, 1988, 2000; Escorel, 2008).

Ao assumir o poder em outubro de 1930, Getúlio Vargas permaneceu como líder de um governo provisório, presidente eleito pelo voto indireto e, ditador pelo espaço de tempo de quinze anos – entre 1930 e 1945. Como líder político voltaria ainda à Presidência da República pelo voto popular em 1950, mas não chegaria a completar seu mandato por suicidar-se em 1954. A partir dessas considerações, o período getulista comumente é dividido em três fases: governo provisório (1930-1934), governo constitucional (1934-1937), Estado Novo (1937-1945) e Segundo Governo Vargas (1950-1954).

Durante os primeiros anos em que Getúlio Vargas permaneceu no poder, ocorreram significativas transformações no Brasil, principalmente em função do novo rumo das políticas públicas, em que se incluem as práticas voltadas para a saúde pública, campo em que esse estudo se localiza. As propostas de reordenamento das políticas de saúde no Governo Vargas foram analisadas por diversos estudiosos, entre eles destacam-se Cristina Fonseca (2007), Gilberto Hochman (1998) e Sarah Escorel (2008).

2.1- A Saúde no governo Vargas e a Reforma Capanema

O início dos anos de 1930, o Governo Provisório tentava se firmar em meio a muitas incertezas. A crise econômica mundial iniciada em 1929 gerou como consequência, uma “produção agrícola sem mercado, falência dos grandes cafeicultores, desemprego nos centros urbanos” (Fausto, 2002, p. 185), causando um forte clima de insatisfação popular. A esfera política também foi marcada por uma grande instabilidade, devido, principalmente, a heterogeneidade de ideias e “forças que se aliaram durante o processo revolucionário” (Fonseca, 2007, p.32). A união desses grupos é evidenciada por diversas razões, entre elas, a importância de se combater o domínio político das antigas oligarquias e a necessidade de reformulação da estrutura administrativa do país.

Diante desse quadro, Vargas buscou meios para consolidar seu ideal de construção de um Estado Nacional forte, centralizador e intervencionista. Entre as estratégias traçadas para esse momento destacam-se as medidas de política social, que fortaleceriam sua posição e congregariam forças a seu favor.

Segundo as reflexões do pesquisador Boris Fausto (2002), a fase inicial do governo de Getúlio Vargas, conhecido como Governo Provisório, caracterizou um modelo de ação estatal que muito se distinguia da política oligárquica anterior, dando o passo inicial para a política populista que permearia todo o período getulista. Sua base e linha de ação estiveram pautadas na intervenção estatal em diferentes níveis da política brasileira, na nacionalização de alguns setores estratégicos e no controle de massas, de forma a unir forças e, ainda, iniciar um processo de modernização da política brasileira.

Essa fase da política brasileira incluía a criação de espaços para investimentos nas políticas sociais de caráter nacional, distinguindo-se das políticas que antecederam os anos de 1930, que respondiam a questões sociais de forma parcial e pontual.

Cria-se então, meios para a organização de uma estrutura orgânica e sistemática de políticas de saúde com propostas que apontavam para a necessidade da consolidação de uma república renovada, voltada para a

integração nacional e para a valorização do trabalho e do operariado urbano. Forjava-se, nesse momento, a identidade dos “Trabalhadores do Brasil”, que aliava as noções de direito e cidadania ao trabalho formal. Articulava-se assim, um Estado forte e centralizador que organizava e intervinha diretamente nos problemas sociais, como destacam José Carlos Braga e Sergio de Paula, entre outros estudiosos (Gomes, 1988; Braga e Paula, 2006).

Uma das primeiras medidas centralizadoras e autoritárias ditadas por Vargas ao chegar à liderança do governo foi a dissolução do Congresso Nacional, com o conseqüente afastamento dos representantes dos poderes legislativos e executivo, nomeando para estes cargos interventores estaduais, com o objetivo de desarticular, definitivamente, os grupos políticos, representados pelos grandes fazendeiros do café.

O programa político elaborado por Vargas pretendia uniformizar o atendimento das necessidades básicas nas várias regiões do país, apresentando investimentos nas políticas sociais de âmbito nacional. Cria-se então, subsídios para a organização de uma estrutura orgânica e sistemática de políticas assistenciais, que envolviam a área da saúde, educação e previdência (Braga e Paula, 2006).

Durante o período getulista a preocupação com a classe trabalhadora ficou evidente, apresentando-se como inovadora em relação ao período anterior (Fausto, 2002). No entanto, seu objetivo principal era conquistar os trabalhadores e criar uma base de apoio a suas propostas de modernização. Para tanto, sua política tendeu a reprimir as organizações não governamentais e manter os sindicatos como aliados políticos.

No âmbito das políticas públicas de caráter assistenciais as ações promovidas nos primeiros anos do Governo Vargas foram direcionadas, principalmente, para dois setores, o de saúde pública e o da medicina previdenciária (Braga e Paula, 2006). O processo de centralização defendido por Getúlio Vargas e as políticas de proteção aos trabalhadores urbanos evidenciava-se na criação, em 1930, de dois Ministérios: o do Trabalho Indústria e Comércio e o da Educação e Saúde Pública.

As atribuições do Ministério da Educação e Saúde Pública (MESP) eram compatíveis com o projeto político vitorioso entre as disputas desencadeadas no pós-1930, ou seja, o ideal de um Estado centralizador, que criaria meios para alcançar todo o território nacional, integrando as esferas federal, estadual e municipal, como ressalta Gilberto Hochman (2005). Ainda segundo Hochman, inicialmente, a criação do Ministério da Educação e Saúde Pública (MESP) não refletiu nenhuma modificação para a saúde pública, apenas incorporando o já existente Departamento Nacional de Saúde Pública¹⁷ (Hochman, 2000). O MESP conviveu com sucessivas alternâncias de seus diretores e o ministério refletia a, já mencionada, instabilidade política que marcou o início do governo Vargas, chegando ao final do Governo Provisório sem linhas de atuação definidas. As mudanças propostas pelo novo regime apenas tomaram forma após a posse do Ministro Gustavo Capanema (1934-1945).

Alguns autores, entre eles Sarah Escorel, consideram a criação do MESP como o marco definitivo para a saúde pública se tornar um importante meio de propagar a política estatal (Escorel, 2000). Sua proposta visava coordenar e uniformizar as ações de saúde em todo o território nacional, refletindo as orientações mais gerais encaminhadas por Getúlio Vargas, de centralização política e administrativa. Dessa forma, com a criação do MESP, as políticas sanitárias e de combate às doenças foram centralizadas e as atividades de saneamento e profilaxia aplicadas pelas novas instituições criadas pelo governo federal, assumiram um caráter nacional.

No âmbito das políticas educacionais, Vargas reorganizou o ensino secundário e superior, com criação de universidades dedicadas ao ensino e à pesquisa, com base em seu objetivo principal que, segundo Boris Fausto pautava-se em “formar uma elite mais ampla, intelectualmente mais bem preparada” (Fausto, 2002, p.188). Essa proposta foi criticada por Fernando de Azevedo, uma vez que, segundo suas análises, essas iniciativas foram

¹⁷ O MESP foi criado em Novembro de 1930, mas seu regulamento apenas foi aprovada em janeiro de 1931, quando foi definida a sua estrutura, formada por sete repartições e quatro departamentos independentes.

realizadas sem consulta aos diversos seguimentos da sociedade, impondo, na realidade, uma organização vertical (Azevedo, 1996).

Os opositores do novo governo, especialmente os políticos de São Paulo, contrariados com a política fortemente centralizadora de Getúlio Vargas, iniciaram, o que alguns historiadores consideram, a “pior guerra civil vivida pelo país” (Pandolfi, 2003, p.25). O término desse duro conflito resultou na formação de uma Assembléia Constituinte e na conseqüente Constituição de 1934, que incluía uma ampla legislação trabalhista, importantes mudanças e expansão do sistema escolar, além de outras medidas democráticas. A nova Constituição previu, no entanto, que a eleição presidencial ocorreria pelo voto da Assembléia. Diante deste fato e, com o apoio da maioria dos Congressistas, Getúlio Vargas foi eleito presidente do Brasil no período entre 1934 a 1938.

A nova carta constitucional representou, segundo análise de Dulce Pandolfi, uma vitória dos setores liberais, uma vez que “ao mesmo tempo em que assegurava o predomínio do Legislativo e ampliava a capacidade intervencionista do Estado, buscava evitar que essa ampliação do poder intervencionista do Estado fosse confundida com um aumento do poder do presidente da República”, com um mandato que teria a duração de quatro anos, não havendo reeleição (Pandolfi, 1999, p.9). Assim, em 1938 Vargas deveria transferir a presidência da República para seu sucessor.

Após a instalação do governo constitucional o ambiente político no país se radicalizou. Emergiram dois importantes movimentos de representação de massas com cunhos ideológicos distintos, a Ação Integralista Brasileira (AIB), de expressão nacionalista e antiliberal e a Aliança Nacional Libertadora (ANL), que reunia socialistas e comunistas com clara oposição a Vargas. Revoltas foram debeladas em várias capitais brasileiras e serviram como justificativa para que Vargas aprimorasse e intensificasse os mecanismos de repressão e de controle social. Essas medidas, gradativamente, fortaleceram o poder do Executivo e conduziram o recrudescimento do regime (Pandolfi, 1999).

Na saúde pública, assim como em outros setores da administração pública, inicia-se o processo de consolidação de uma nova agenda, refletindo as

orientações mais gerais da política proposta por Getúlio Vargas (Fonseca, 2007). A centralização política e administrativa iniciada em 1930 tomou novos contornos com a posse do Ministro da Educação e Saúde Pública, Gustavo Capanema (1934-1945), que chega ao cargo após a sucessão de três ministros no intervalo de três anos¹⁸.

Segundo Ângela de Castro Gomes, Capanema “era um defensor dos valores e da autonomia da família, mas um político que apostava na intervenção ampla e centralizadora do Estado” (Gomes, 2003, p. 56). Com base nessa ótica, é possível compreender melhor o esforço centralizador de Capanema frente as demandas da saúde pública desse momento exigia, com maior presença do governo federal nas diversas regiões do país. Essa demanda pode ser ilustrada diante da criação do Fundo Nacional de Saúde, O Instituto Nacional de Saúde e as Conferências Nacionais de Saúde.

Apresentada ainda em 1934, a Reforma Capanema apenas foi consolidada em janeiro de 1937, com mudança, inclusive da denominação de Ministério da Educação e Saúde Pública (MESP) para Ministério de Educação e Saúde (MES). A nova estrutura proposta por Capanema apoiava-se em três eixos básicos de forma a proporcionar um aparelho organizacional centralizado “com a capacidade de coordenar, executar e fiscalizar” as ações de saúde em todo país, como ressaltam Gilberto Hochman e Cristina Fonseca (Hochman e Fonseca, 2000, p.138). Ainda, segundo Hochman, essas bases de apoio seriam alcançadas pela consolidação de um aparato burocrático-institucional capaz de atuar em diferentes esferas, em que a palavra de ordem seria a uniformidade. Os órgãos responsáveis pela saúde pública estavam vinculados ao Departamento Nacional de Saúde (DNS), tendo como correspondente, na esfera da educação, o Departamento Nacional de Educação (DNE).

Após a posse de Capanema (1934) as propostas de mudança administrativa foram colocadas em prática, estimuladas principalmente, pela necessidade de uma reestruturação institucional que refletisse os princípios

¹⁸ Anteriormente assumiram o cargo de Ministro, Francisco Campos, Belisário Pena, e Washington Pires.

básicos de assistência social, definidos pelo Estado Novo (1937-1945). No discurso proferido por Capanema ao encerrar a I Conferência Nacional de Educação (I CNE), esse ideal de valorização do “homem brasileiro” fica evidenciado.

Viestes de vossa diária e renhida labuta, com as não adestradas no manejo dos instrumentos e das armas das grandes causas da educação e da saúde, com os olhos postos nos objetivos da formação espiritual da juventude, da preparação técnica das nossas gerações, do desenvolvimento da cultura Nacional, da defesa sanitária das nossas populações, da assistência social aos indivíduos e às famílias, da proteção da maternidade da infância e da adolescência. Que grandes objetivos! Eles se resumem num objetivo final, que é o ideal da valorização do homem brasileiro, do homem que é o primeiro e essencial fundamento da pátria, herdeiro da sua tradição, guarda de seu império e de sua liberdade, construtor de seu progresso (Capanema, 1941,sp).

Esse será o fio condutor das políticas públicas exercidas por Getúlio Vargas e seu Ministério, que, além de exaltar o nacionalismo intrínseco a suas práticas, também convocou a população para fazer parte do seu ideal de nação, como ficou exposto no discurso proferido no Estádio de São Januário em homenagem ao dia do trabalhador.

Temos que enfrentar corajosamente sérios problemas de melhoria das nossas populações, para que o conforto, a educação e a higiene não sejam privilégios de regiões ou zonas. Os benefícios que conquistastes, devem ser ampliados aos operários rurais, aos que, insultados nos sertões, vivem distantes das vantagens da civilização. Mesmo porque, se não o fizermos, correremos o risco de assistir ao êxodo dos campos e ao superpovoamento das cidades, desequilíbrio de conseqüências imprevisíveis, capaz de enfraquecer ou simular os efeitos da campanha de valorização integral do homem brasileiro para dota-lo de vigor econômico, saúde física e energia produtiva (Vargas,1941,sp).

Com esse e outros elementos construiu-se a figura simbólica de Vargas como dirigente dos brasileiros, em especial dos trabalhadores, com sua proposta que estava sedimentada na prerrogativa de recuperar a tradição cultural brasileira. A ideologia teve, nesse sentido, um papel importante para o projeto político do governo Vargas, refletindo uma série de princípios, dentre os principais, a cidadania, os direitos sociais e a nacionalidade. Para Ângela de

Castro Gomes (1988), não havia nenhum governo, até esse momento, que tivesse se empenhado tanto para sua legitimação e utilizado tantos instrumentos ideológicos.

Essa proposta foi acompanhada pelo ideal de valorização do homem brasileiro, que estava diretamente articulado com a valorização do trabalho. Ainda segundo Ângela de Castro Gomes, o período de 1930 e 1940 pode ser identificado como um importante momento nas relações estabelecidas entre os trabalhistas no Brasil, principalmente, com a elaboração da Legislação Trabalhista e a construção de uma ideologia política que privilegiava a valorização do trabalho. Dessa forma, se consolidava um dos componentes da política nacionalista de Vargas, direcionada para o ideal de uma nação como um todo harmônico e equilibrado.

A preocupação em criar mecanismo de controle da opinião popular se iniciou logo após sua posse em 1930, quando criou em 1931 o Departamento Oficial de Publicidade. Sua proposta procurou formar uma opinião pública a seu favor, afastando qualquer crítica e informações contrárias ao seu governo. Em 1939 o Estado Novo criou o Ministério da Propaganda, e incorporou o Departamento de Imprensa e Propaganda (DIP), a estrutura desse ministério (Fausto, 2002).

Durante o tempo em que permaneceu a frente do Ministério, Gustavo Capanema implementou duas grandes mudanças na saúde pública no país, a primeira em 1937¹⁹, na qual foi executada a reestruturação do Ministério, e a segunda, em 1941, que deu continuidade à reformulação de 1937, criou os Serviços Nacionais, que verticalizaram as ações de combate as grandes epidemias e implantou mecanismos voltados para doenças específicas.

Esse processo de reformulação provocou significativas mudanças no campo da saúde pública; foram criadas oito Delegacias Federais de Saúde Pública – uma para cada distrito em que o país foi dividido – os Serviços de combate e erradicação das doenças e as Conferências Nacionais de Saúde (CNS). As

¹⁹ Brasil, Lei n. 378, de 13 de janeiro de 1937. Dá nova organização ao Ministério da Educação e Saúde Pública.

delegacias federais²⁰ tinham como atributo básico supervisionar os serviços locais de saúde pública e de assistência médica, assim como os serviços federais, presentes em outros estados.

As CNS foram criadas como fóruns de discussão das propostas direcionadas a organização sanitária estadual e municipal das medidas de desenvolvimento básico e das estratégias de combate a doenças. As CNS ampliavam as propostas iniciais de diferenciar as atribuições da União, estados e municípios e delimitar a relação entre eles.

Em 1941, Gustavo Capanema encaminhou mais uma alteração na estrutura do MES, de forma a intensificar a presença dos órgãos federais de saúde nos estados, consolidando os objetivos traçados no início da reforma. Para tanto, foram criados doze Serviços Nacionais²¹, nos quais sete eram responsáveis por doenças específicas e os outros cinco relacionados a atividades de saúde diversificadas. Entre estes serviços nos interessa, nesta pesquisa, mais especificamente, o Serviço Nacional de Educação Sanitária (SNES).

Esta nova estrutura ampliou o escopo do Ministério, centralizou a atuação dos órgãos federais de saúde e consolidou os objetivos traçados por Gustavo Capanema para a agenda da saúde pública. O modelo de gestão administrativa implementado, nesse momento, apenas foi alterado em 1953, quando criado o Ministério da Educação e divididas as pastas de educação e saúde em dois ministérios (Fonseca, 2003).

O clima de incerteza política minimizado pela Constituição de 1934, indicada que o país iria viver sob um regime democrático. Contudo, pouco mais de três anos após sua promulgação, o golpe do Estado Novo frustrou essas esperanças. No dia 10 de novembro de 1937, Getúlio Vargas anunciou a toda

²⁰ As oito delegacias incorporavam os estados por grupos, quais sejam: 1. Distrito Federal e o estado do Rio de Janeiro; 2. Acre, Amazonas e Pará; 3. Maranhão, Piauí e Ceará; Rio Grande do Norte, Paraíba, Pernambuco e Alagoas; 5. Sergipe, Bahia e Espírito Santo; 6. São Paulo e Mato Grosso; 7. Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul; 8. Minas Gerais e Goiás.

²¹ Os 12 serviços nacionais instituídos foram os seguintes: Serviço Nacional da Peste; Tuberculose; Febre Amarela; Câncer; Lepra; Malária; Doenças Mentais; Educação Sanitária; Fiscalização da Medicina; Saúde dos Portos; Bioestatística; Águas e Esgotos. O Serviço de Febre Amarela e o Serviço de Malária antecederam os respectivos serviços, vinculados às ações da Fundação Rockefeller.

população uma nova fase política e a entrada em vigor de uma Carta Constitucional, com a implementação de uma reforma administrativa, que pretendia ampliar a presença do nível federal nos estados, alterando a relação entre estados e União. Essa reestruturação incidia sobre os serviços sanitários e muitas críticas, inclusive a formulada por Belisário Pena – um dos fundadores do movimento sanitarista iniciado em 1920 – defendiam os serviços sanitários centralizados, de fato, no Distrito Federal.

O novo regime foi estruturado com base no autoritarismo, e enfraquecimento dos movimentos populares e dos grupos comunistas foram enfraquecidos e assim como as classes dominantes aceitaram o golpe como algo inevitável (Fausto, 2002).

A ditadura implantada com o período reconhecido como Estado Novo, não representou um corte radical com o passado, embora simbolize um período de mudança. Várias instituições e práticas políticas idealizadas desde 1930, somente foram implementadas a partir de 1937 viabilizando a orientação centralizadora desenhada desde o começo da Revolução de 1930, quando Vargas assumiu a presidência da República. Dessa forma, o golpe que implantou o Estado Novo produziu o desfecho do processo centralizador iniciado em 1935, com as várias disputas políticas que emergiram no Brasil desde a posse de Vargas em 1934. Como aponta Dulce Pandolfi, na apresentação do livro 'Repensando o Estado Novo', Vargas alegando que a Constituição de 1934 estava atrasada para o seu tempo, apresentou uma nova carta constitucional, "pautada na centralização política, no intervencionismo e num modelo antiliberal de organização da sociedade" (Pandolfi, 1999, p.10). Ainda segundo Pandolfi:

Com a implantação do Estado Novo, Vargas cercou-se de poderes excepcionais. As liberdades civis foram suspensas, o Parlamento dissolvido, os partidos políticos extintos. O comunismo transformou-se no inimigo público número um do regime, e a repressão policial instalou-se por toda parte. Mas, ao lado da violenta repressão, o regime adotou uma série de medidas que iriam provocar modificações substantivas no país (Pandolfi, 1999, p. 11).

O principal eixo da política econômica, implementado por Getúlio Vargas, desde 1930 e intensificada a partir desse momento, defendia a reformulação da economia brasileira, que até o momento era basicamente agro-exportadora. O Estado centrou sua atenção na consolidação de uma indústria de base que passou a fundamentar a modernização econômica que possibilitou a transformação do Brasil em país urbano e industrial.

A partir desse quadro de expansão econômica e crescimento urbano, o Estado passou a agir como o promotor da industrialização e interventor nas diversas esferas da vida social, conquistando cada vez mais espaço para assumir uma postura centralizadora e intervencionista (Fonseca, 1990).

Por meio de medidas centralizadoras, Getúlio Vargas buscou diminuir a autonomia dos estados, exercendo um controle intensivo sobre as oligarquias regionais, na perspectiva de produzir um sentimento de identidade nacional. Para tanto Vargas investiu fortemente na cultura e na educação como meio de conquistar o apoio popular e conferir ao governo certo grau de legitimidade. Dessa forma, a chamada 'questão social', passou a ser considerada como um objetivo legítimo, o que significou, automaticamente, reconhecer a existência política do crescente operariado urbano e de suas reivindicações, como ações constantemente associadas à ideia de progresso da nação (Fonseca, 1990).

Na área da saúde, especificamente, considerada parte integrante das chamadas 'questões sociais', Vargas procurou introduzir um plano nacional de organização, com o objetivo de torná-la mais eficiente do ponto de vista administrativo, subordinando os serviços de saúde ao controle federal (Hochman e Fonseca, 2000). Durante a apresentação da proposta de reorganização do Departamento Nacional de Saúde (DNS), órgão que reunia a maioria dos serviços de saúde, Gustavo Capanema ressaltou os dois princípios que direcionariam a reforma – maior amplitude das ações de saúde e maior controle do governo federal – como podemos identificar na proposta de organização do Departamento Nacional de Saúde, no trecho abaixo.

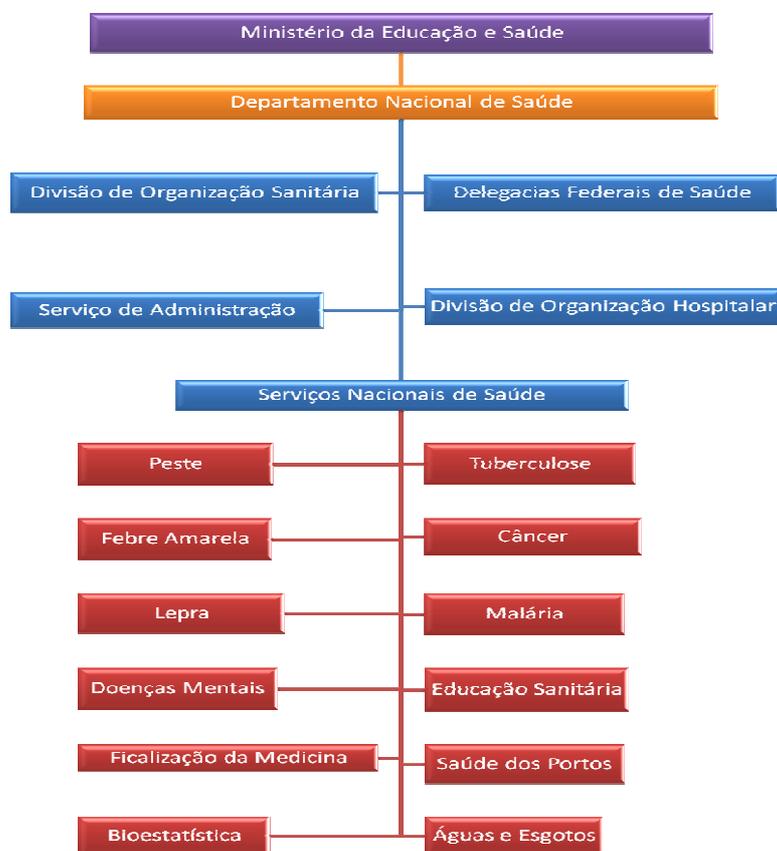
A Reforma proposta em 1935 buscou, a este respeito, nacionalizar o Ministério, mercê da firmeza decisão assentada por V. Ex no sentido de

ampliar a atuação federal, quanto aos problemas de saúde, de modo que ela deixasse de considerar preferentemente o Distrito Federal para abranger, de maneira sistemática, todo território Nacional (Capanema, 1941, sp).

As diretrizes traçadas para a organização da saúde pública no Brasil também podem ser evidenciadas nas palavras de João de Barros Barreto em Conferência pronunciada em 1942.

Essa nova modificação como frisou sinteticamente em sua exposição de motivos o ilustre Ministro Gustavo Capanema, teve a motivá-la dois princípios fundamentais: o de coordenação e o de maior atuação. Maior coordenação nas múltiplas atividades de saúde, desenvolvidas quer pela União – e que já de novo vinha fazendo dispersas – quer pelos Estados, Municípios e entidades privadas. Mais pronunciada atuação, de molde a atender a todo território brasileiro a direta assistência do Departamento, que recebeu mesmo o encargo de atender a problemas sanitários de caráter nacional e, quanto aos demais, a incumbência de incentivar a sua solução, sobretudo pelo amparo técnico às repartições locais (Barreto, 1942,sp).

Em 1941 o governo continuou seu plano de ampliação do controle das práticas em saúde, com a reorganização do Departamento Nacional de Saúde (DNS) e criação de serviços nacionais de combate a doenças específicas, verticalizando, dessa forma, a atuação do governo federal. Esses serviços foram expandidos por todo território, ampliando as ações de saúde para além da capital federal, pautadas numa proposta de centralização e normatização administrativa. A criação dos serviços nacionais de saúde possibilitou, nesse sentido, o combate sistemático de um grande número de doenças, cujas práticas de controle estavam, anteriormente, descentralizadas nas delegacias federais de saúde. A partir desse princípio verticalizador, cada serviço possuía um diretor que se reportaria automaticamente ao DNS, e este por sua vez, supervisionaria a atuação desses serviços nas diversas regiões do país. A figura 2 apresenta a organização administrativa da pasta da Saúde neste período, demonstrando a citada verticalização administrativa dos serviços de saúde pública.

Figura 2 – Organização Administrativa da Saúde a partir de 1941

Fonte: Brasil, Arquivo de Higiene. Agosto de 1942

2.2 - Criação do Serviço Nacional de Educação Sanitária

Criado em 1941, no bojo da ampla reforma institucional e administrativa que marcou este momento, o Serviço Nacional de Educação Sanitária (SNES) refletiu o desejo comum de seus empreendedores de “formar na coletividade brasileira uma consciência familiarizada com problemas de saúde” (Capanema, 1941). O SNES teve o seu regimento aprovado em julho de 1942, seguindo o delineamento das principais atribuições traçado na I Conferência Nacional de Saúde, realizada um ano antes na cidade do Rio de Janeiro, juntamente com a I Conferência Nacional de Educação. Segundo o estudo de Cristina Fonseca e Gilberto Hochman, “a I CNS deve ser entendida como uma inovação institucional no contexto das reformas do MES e coerente com a ideologia e a política do Estado Novo”, sendo esta entendida como uma importante ferramenta para solidificar as reformas propostas a partir de 1937 (Hochman e Fonseca, 2000, p.56).

No discurso de abertura desse evento, que tinha como objetivo traçar as bases das políticas de saúde pública para todo o território nacional e delimitar os limites de atuação do governo federal, dos estados e dos municípios, Gustavo Capanema traduziu o sentimento que norteou as ações de saúde desse momento, como mostra a transcrição do discurso a seguir.

É preciso, formar uma viva consciência social da necessidade da saúde, da saúde e não só como base, de modo geral, da riqueza do país, mas também, de modo especial, como condição primeira da felicidade de cada brasileiro, de maneira que por ela não trabalhem apenas o governo e as instituições beneméritas, mas também a família, na formação de seus lares, e individualmente, as pessoas, nos procedimentos, nos hábitos de cada dia. Formemos no coração de todo o ideal da saúde (Capanema, 1941, sp).

As orientações técnicas que marcariam a atuação do SNES foram delimitadas em um dos fóruns político-administrativos da I CNS. As proposições discutidas indicavam que a educação sanitária deveria receber especial atenção da administração pública, devido a importância da educação sanitária na preservação da saúde individual, na economia de recursos na proteção da criança, na alimentação pública e no controle da tuberculose.

Órgão integrante do Departamento Nacional de Saúde, o SNES foi criado como uma unidade administrativa, com a finalidade de planejar e administrar um programa de educação sanitária de abrangência nacional. Sua criação foi pautada na premissa de que não bastaria conhecimento médico aprimorado ou técnicas clínicas aperfeiçoadas para que os problemas de saúde fossem solucionados. Seria necessário também educar a população, admitindo nesse sentido, que a doença extrapola a barreira do biológico e que fatores sociais podem também contribuir para a propagação das doenças, como ressaltou o sanitarista Brito Bastos, na abertura do 2º Congresso Sul-rio-grandense de Higiene, realizado em 1959 (Bastos, 1959).

As ideias sobre a dimensão social da saúde e da prática médica já se difundiam, desde meados do século XIX, por diversos países da Europa. Vários estudiosos, nesse sentido, indicam que apreender a dimensão social da saúde implica considerá-la, juntamente com as manifestações de doenças, como soma das relações sociais historicamente construídas, ou seja, como produto das condições de trabalho, alimentação, bem estar físico e mental, acesso ao atendimento de saúde, entre outros.

O médico Rudolf Virchow, um dos expoentes do século XIX, propôs uma radical mudança social que partiria da reforma da medicina. Nas palavras de Virchow, como citou Rosen:

Nossa tarefa é educacional; devemos treinar homens capazes de entrar nas batalhas do humanismo. (...) Portanto, nossa única tarefa é educar o povo em relação aos problemas de saúde pública e aos problemas de como ganhar a vida, assisti-los através de um fornecimento contínuo de novos mestres capazes de construir a maior base possível (Rosen, 1979, p. 89).

Como aponta George Rosen (1979), cujo pensamento é bastante influente no sanitarismo brasileiro do século XX, a reforma médica significaria a primeira forma de educação no âmbito da saúde e da organização comunitária. Essa perspectiva direcionou os movimentos sanitaristas brasileiros contemporâneos, que visavam orientar suas ações com base no universo cultural e social em que as comunidades estavam inseridas, ressaltando que o

conceito estreito dos fatores sociais afastava a compreensão da saúde como um fenômeno humano.

A partir desses princípios, a educação sanitária deveria favorecer a mudança de hábitos e direcionar a solução dos problemas de saúde, através, principalmente, de práticas que estimulem o indivíduo a compreender espontaneamente as vantagens dessa ação. Essa filosofia de atuação permeou as iniciativas tomadas pelo SNES, que pretendia – retomando a afirmativa de Capanema – “formar na coletividade brasileira uma consciência familiarizada com problemas de saúde” (Brasil, 1942, art.1).

Segundo esse princípio, todo indivíduo deveria se familiarizar com as vantagens que os preceitos educativos lhe proporcionariam, ou seja, se beneficiar com o bem que a imunização promove contra certas doenças (varíola, difteria e febre tifóide), e mesmo com a adoção de novos hábitos de higiene, para ser capaz de assegurar para ele próprio e sua família bem-estar e uma vida saudável. Assim, o conhecimento da gravidade das doenças e suas profilaxias específicas poderiam fazer com que o indivíduo buscasse tratamento médico e aceitasse suas formas de prevenção, evitando assim a propagação acelerada da mesma.

Seu regimento determinava ainda, que o serviço seria dividido em três seções, todas diretamente subordinadas ao diretor. Eram elas: Seção de Educação e Propaganda, Museu da Saúde e Seção de Administração (Brasil, 1942, art.2).

A Seção de Educação e Propaganda era responsável por todas as publicações do serviço – tanto as de nível técnico, voltadas para os profissionais de saúde, quanto às de caráter popular –, pela organização de eventos de divulgação, por promover cursos de educação sanitária para os agentes de saúde, por fornecer aos serviços estaduais o material audiovisual para a realização de suas campanhas e por distribuir suas publicações por todo país. Assim, ficava a cargo dessa seção, organizar e produzir todas as atividades ligadas à propaganda e divulgação, como aponta o art. 6º, do regulamento, que explicita as diretrizes que essa sessão deveria seguir. Caberia ainda a essa

sessão, articular-se com órgãos nacionais e internacionais promovendo o intercâmbio de ideias e estratégias de atuação. Assim, era de incumbência dessa sessão unificar e coordenar as várias formas de divulgação dos preceitos educativos, fossem eles, de cunho técnico ou popular.

O Museu da Saúde deveria confeccionar e conservar o material audiovisual utilizado nas propagandas do serviço, preparar material para as exposições e manter intercâmbio com entidades nacionais e internacionais, para manter seu acervo sempre atualizado.

À Seção de Administração competia a gerência de funcionários, orçamentos, material e verbas. Seus funcionários deveriam trabalhar articulados com o Serviço de Administração do DNS, de forma a manter estreita a relação entre a administração central e as periféricas.

Seu quadro de funcionários era composto por médicos sanitaristas, oficial administrativo, desenhista, escriturário, bibliotecário, fotógrafo, datilógrafo, operador cinematográfico, técnico em audiovisual e servente. Esse quadro apenas foi alterado em 1962, quando se iniciou uma modificação estrutural no SNES. A partir desse momento, todas as normas que direcionavam as atuações do serviço apresentaram modificações e acréscimos relevantes.

As especificações mais relevantes tangem à necessidade de estudos geográficos que propiciassem uma atuação mais eficaz dos agentes de saúde e a inclusão de funcionários especializados em educação sanitária, com a incorporação dos cargos de Técnicos de Educação e Assistente de Educação, ambos com a exigência de formação do nível superior. A necessidade de técnicos com especialidade em educação em saúde foi estendida ao diretor do SNES, que a partir desse momento deveria ser um Técnico em Educação Sanitária com a formação de nível superior, ou mesmo um médico sanitarista com curso em Educação Sanitária, especificações que não constavam na legislação que criou o serviço em 1942 (Brasil, 1962).

A necessidade de manter o país livre de doenças foi incorporada, recorrentemente, ao discurso de políticos e entidades de saúde. Para atingir as melhorias indicadas em cada contexto foram utilizadas ao longo do tempo

inúmeras estratégias, como a desinfecção, o isolamento, a fiscalização sistematizada do espaço público.

Nos anos iniciais do período republicano a regulamentação de saúde foi pautada, na maioria das vezes, no policiamento sanitário e na criação de estruturas para o combate pontual e temporário das epidemias. A partir das reformas promovidas durante as décadas de 1930 e 1940 por Getúlio Vargas e seu Ministro Gustavo Capanema, as políticas voltadas para a saúde adquiriram um relevo diferenciado, pautadas na centralização política e na uniformização das práticas, com a perspectiva de tornarem rotineiras as ações dos serviços de saúde. Nesse contexto, a propaganda e a educação sanitária ganharam força na estrutura administrativa, como forma de persuadir a população a adotar os preceitos considerados corretos. Para tanto, o SNES seguiu as determinações comuns da saúde pública desse momento – a uniformização e centralização das estratégias de atuação. Como pode ser identificado nas propostas elaboradas pelo SNES para o ano de 1947.

Compete ao SNES 'orientar, coordenar, estimular e auxiliar os trabalhos de educação e propaganda sanitárias realizados por entidades estatais, paraestatais, semi-oficiais e particulares, bem como opinar sobre os respectivos planos, no seu aspecto técnico e econômico e quanto à oportunidade de sua realização, articulando-se com os órgãos competentes, quando se tratar de assuntos da alçada de serviços especializados do DNS; fornecer mediante ajuste, aos órgãos de finalidade análogas dos serviços estatais de saúde, subsídios e material de propaganda e educação sanitária, necessários às suas atividades'.

Para realizar esse objetivo, a modalidade que pareceria mais conveniente seria a que consistisse na colaboração recíproca entre o SNES, e os órgãos de saúde dos Estados e Territórios. Dessa ação conjunta, resultaria o aparelhamento cultural e material das repartições regionais de educação sanitária, acrescido da circunstância de que, ao mesmo tempo, seriam efetivas para a padronização e uniformização dos ensinamentos doutrinários e técnicos, relativos a educação da saúde (Marinho, 1947, p.133).

A partir desse princípio, ficaria a cargo do SNES supervisionar as práticas de educação sanitária do território nacional, de forma a padronizá-las. Sua função era dar subsídios para as iniciativas estaduais e municipais, além de incentivar as diferentes empresas particulares a desenvolver iniciativas educacionais em seus ambientes. Para realizar esse objetivo foram criadas

redes de reciprocidades entre o SNES, os órgãos de saúde dos Estados e dos diversos territórios. A concretização dessa relação era indicada como necessária para uma real eficácia das ações de educação sanitária, uma vez que, como o próprio diretor do SNES, Aberlardo Marinho, ressaltou: “considerando que, diante da soma de recursos necessários, seria ineficaz, senão contraproducente, dar exclusividade ao Serviço Nacional de Educação Sanitária o encargo de desenvolver sozinho, a educação sanitária em todo o país” (Marinho, 1941, p.107).

Dessa ação conjunta, resultaria o aparelhamento cultural e material das repartições regionais de educação sanitária, existindo, assim, a padronização e uniformização dos ensinamentos tidos como doutrinários (Barros Barreto, 1942).

Suas ações privilegiavam diversos espaços de convivência social, como os locais de trabalho, bares, restaurantes, casas e, principalmente, as escolas. As publicações do SNES defendiam que cada indivíduo deveria seguir um modo de vida direcionado por hábitos concebidos como saudáveis e que cada um seria responsável por sua saúde.

A importância da educação sanitária para a formação do indivíduo era tema constante e seu conteúdo remetia muitas vezes para a mudança de hábitos, acompanhada de uma consciência a respeito do tema, em que visavam principalmente os cidadãos em formação, ou seja, as crianças, convocando a mãe dentro do núcleo familiar e a professora no ambiente escolar para assumirem esse papel de orientador. Uma das publicações em 1949, afirma que “começada nos primeiros anos da existência e, sobretudo, na escola primária, continua a ser ministrada e pode ser adquirida pela vida adiante, sempre com o maior proveito.” (Brasil, Saúde, 1949, p.5). Outro mensário acrescenta, ainda, que “em verdade, nas crianças pequeninas já se consegue realizar a educação pelo hábito novo, sem que a sua mentalidade esteja ainda em condição de compreender os fins visados pelo ato que se realiza” (Brasil, Saúde, 1949, p.1).

A abordagem orientadora das propostas direcionadas às crianças de diferentes faixas etárias pautava-se pela divulgação de conhecimentos de higiene. Educar as crianças, nesse momento, significava dar conselhos,

direcionar para a manutenção de uma vida saudável e higiênica. Simbolizava transmitir conceitos considerados fundamentais para a solução dos problemas de saúde, pautados no preceito de que a “educação consiste em criar um comportamento, isto é, uma maneira de ser, de compreender ou de fazer, em que se modifique a personalidade no sentido de melhor se afirmar no meio que rodeia”, como afirma uma das publicações (Brasil, Saúde, 1949).

O modelo aplicado pelo SNES traduzia, dessa forma, um projeto político de controle e normalização que orientava os profissionais de saúde, na qual a escola, a família e o SNES formariam um tripé. Este sustentaria e contribuiria para a formação de uma sociedade mais saudável, definindo a prática da educação sanitária como uma tarefa de conscientização, em que a enfermeira, a família e a escola seriam eleitas os principais agentes desse projeto político, como ressaltou Gustavo Capanema no discurso inaugural da I CNS, já mencionado anteriormente.

A diretriz político-institucional aplicada, nesse momento, pelo SNES se assemelhava às atividades desenvolvidas nos Estados Unidos, que pautava sua estratégia educacional numa extensa rede de propaganda, consubstanciada através, do rádio, cinema, livros, cursos especiais entre outros.

Os programas educativos foram distribuídos por diversas emissoras de rádio do Brasil, destacando-se entre elas, Rádio Clube Brasil, Rádio Mayrink Veiga, Rádio Cruzeiro do sul, Rádio Globo, Rádio Jornal do Brasil, Rádio Tupi e Rádio Mauá.

Para tanto, foi criado, assim como outros serviços nacionais, o SNES, que ocuparia um papel relevante na proposta maior de transformar o Brasil em um país mais saudável, com uma função basilar no interior das propostas de saúde. A partir desse princípio, uma grande estrutura hospitalar ou a implantação de um grande número de postos de saúde, por exemplo, eram considerados infrutíferos se as pessoas continuassem recorrendo a práticas populares de tratamento ou cura. Nesse sentido, a educação era apontada como necessária para superar os problemas de saúde.

Ao considerar a educação como ponto de partida para a concretização de um país mais saudável, tornou-se relevante buscar formas de conscientização popular para os problemas de saúde, como o próprio regimento do SNES defendia. Dessa forma, a palavra conscientizar permeou os objetivos da educação sanitária no Brasil, tornando-se implícita em todas as publicações do SNES. Contudo, antes de conscientizar sobre os problemas de saúde, o objetivo maior do SNES era convencer. Convencer que uma alimentação regulada é mais saudável, ou que a vacinação seria importante para tornar o indivíduo imune a doenças.

Mas como convencer a população a aceitar essas novas práticas de saúde? A propaganda foi, nessa perspectiva, o principal instrumento utilizado para o convencimento. A estratégia adotada consistia na divulgação massiva dos conteúdos educativos, propondo na maioria das vezes a repetição, pressupondo que se os hábitos fossem repetidos várias vezes eles passariam a fazer parte do cotidiano individual e, posteriormente, do coletivo. O que implicaria uma reciprocidade de comportamentos, ou seja, seguiria o dito popular “eu faço por que os outros fazem”. A partir desse princípio, cada indivíduo seria responsável por seus atos, logo, deveria cumprir a sua parte dentro de um objetivo maior – adquirir saúde. Essa estratégia de ação pode ser evidenciada em uma das publicações do SNES, intitulada mensário ‘Saúde’, que será melhor explorada no capítulo seguinte desta pesquisa.

A educação consiste em criar um comportamento, isto é, uma maneira de ser, de compreender ou de fazer, em que se modifique a personalidade no sentido de melhor se afirmar no meio que rodeia. (...). Para a educação, a primeira coisa a fazer é o ato que, repetido muitas vezes, tende a tornar-se habitual. A formação dos hábitos ocupa, assim, o primeiro lugar na educação da saúde. Muitos acreditam que não é possível adquirir um hábito sem antes compreender o motivo pelo qual se faz a sua aquisição (Brasil, Saúde, 1949, p.1).

Essa perspectiva analítica fica evidenciada no trabalho da cientista política Margaret Levi (1999). Ao partir do questionamento do por que as instituições mudam, Levi procura compreender os motivos pelos quais as pessoas obedecem às instituições. Ressaltando, antes de afirmar seu

posicionamento, que a coerção não é o melhor caminho, uma vez que implica em custos altos para a administração pública, já que poucas pessoas aderem à iniciativa. O que implica na procura de meios alternativos para criar submissão (Levi,1999).

Como alternativa para análise da obediência a autora propõem a ideia de “consenso contingente”, ou seja, reciprocidade de comportamento, que envolve suprir a expectativa alheia. Nesse sentido, percebemos uma cooperação condicional, em que cada membro de uma sociedade faz a sua parte com base na certeza da reciprocidade. O que envolve também a questão da distribuição de incentivos. Assim, o dito popular é complementado, “eu faço porque o outro faz e juntos alcançaremos um objetivo maior, a saúde de todos” (Levi, 1999, p. 82).

As instituições, dessa forma, representam uma barganha social, que estimulam o retorno as suas solicitações por meio da obediência, havendo um ganho de ambas as partes, da instituição e da sociedade de forma geral. Quando essa negociação deixa de existir a instituição entra em colapso, uma vez que tende a usar cada vez mais instrumentos coercitivos, encarecendo suas práticas e desfazendo o acordo inicial, a partir desse momento de crise a instituição tende a mudar para restabelecer o equilíbrio. Essa perspectiva analítica ficará mais elucidada no capítulo seguinte, quando serão analisadas as publicações do SNES.

3.3 - Considerações Finais

O início de século XX marca uma série de mudanças na saúde pública, entre elas a institucionalização da educação sanitária. Com a criação de órgãos específicos voltados para sua organização, a educação sanitária, ao longo do século, superou o caráter predominantemente coercitivo que marcou o período anterior. Os meios de comunicação passaram a ser os principais veículos de propagação dos preceitos de saúde e higiene e fundamentaram as ações tanto do SPES, quanto do SNES.

Substituído na década de 1940 pelo Serviço Nacional de Educação Sanitária, o Serviço de Propaganda e Educação Sanitária iniciou o processo de institucionalização da educação sanitária no Brasil, articulando as informações sobre os problemas de saúde e sua profilaxia. Contudo, não centralizou em sua administração os serviços de educação sanitária de âmbito nacional, aspecto que apenas foi possível com a criação do SNES em 1941.

CAPÍTULO 3

SERVIÇO NACIONAL DE EDUCAÇÃO SANITÁRIA: PRINCIPAIS PUBLICAÇÕES EDUCATIVAS

A estratégia fundamental para a atuação do Serviço Nacional de Educação Sanitária (SNES) pautava-se nas atividades de divulgação de preceitos educativos considerados saudáveis pela instituição. A partir desse princípio, a propaganda foi utilizada como a ferramenta mais importante para a expansão da educação sanitária por todo o território nacional.

As práticas do SNES estavam apoiadas em diversos métodos de propaganda, veiculados por diferentes redes de informação. No período analisado, foram produzidos palestras via rádio, conferências em colégios, peças de teatro, discos e filmes, assim como foram publicados inúmeros folhetos, cartazes e cartilhas educativas, de cunho técnico e popular.

Entre as principais produções do SNES, destinadas à população, destacam-se o 'Almanaque Saúde' e a publicação 'Saúde: mensário do Serviço Nacional de Educação Popular', além de cartazes, que se referiam a assuntos diversos sobre saúde, alimentação e higiene. Incluía conteúdo sobre doenças específicas, desde a manifestação de enfermidades, as formas de transmissão, os cuidados e a profilaxia, até os cuidados higiênicos cotidianos, tais como a necessidade da escovação dentária, banho, descanso físico e mental.

Eram ricos em imagens e ilustrações, de forma a aproximar os leitores e facilitar a transmissão dos conteúdos considerados saudáveis. Para essa tarefa foi contratado o pernambucano Luiz Sá (1907 - 1979), considerado hoje um dos grandes nomes das publicações em quadrinhos do Brasil. Suas charges e ilustrações marcaram esse tipo de produção, sendo admiradas até hoje pelos fãs de quadrinhos. Entre as suas publicações mais conhecidas destaca-se " O Bonequinho" do jornal 'O Globo', utilizado como referência de avaliação das produções cinematográficas até os dias atuais.

Figura 3 – O Bonequinho “O Globo”



O material educativo desenvolvido pelo SNES era distribuído a vários órgãos de saúde e instituições privadas e difundido por diversos espaços de sociabilidade, tais como: fábricas, bares, restaurantes, casas e, principalmente, as escolas. Ao privilegiar a propaganda, como principal meio de ação pública, o SNES ressaltava a concepção de que os hábitos de saúde dependiam da informação, que bem direcionada, melhoraria a condição de vida e saúde do indivíduo, buscando “alcançar sua plena condição física e mental” (Brasil, Saúde, 1950, p.4).

A partir dessas considerações esse capítulo pretende analisar algumas publicações do SNES destinadas à população em geral, ressaltando sua concepção sobre saúde e bem estar físico e mental.

3.1- “O que se entende por saúde”: definições e conceitos defendidos pelo SNES

A concepção de saúde incorporada pelo SNES defendia que um indivíduo saudável não apresenta apenas a ausência de doenças, mas também consegue equilibrar o bem estar físico e mental com o ambiente em que vive. Esta perspectiva estava alinhada com as propostas de saúde pública propostas pela Organização Mundial de Saúde, em 1948, que defendia a Saúde como o reflexo de uma vida plena, sem privações.

Nesse sentido, segundo o serviço, é mais compreensível “sentir a saúde do que defini-la”, uma vez que “um indivíduo goza saúde quando sente bem-estar, quando não está sendo incomodado por nenhum dos órgãos e aparelhos do seu organismo” (Brasil, Saúde, 1949, p.1)

A partir desse princípio, segundo o serviço, há um “ajustamento satisfatório entre ele e o meio; existe um equilíbrio entre o funcionamento normal do organismo e o ambiente em que ele vive ou trabalha” (Brasil, Saúde, 1949, p.1). Assim, saúde configura-se por uma abrangência de fatores, que extrapola a barreira da ausência de doenças e se estende ao físico, ao mental e ao ambiental, que bem equilibrados caracterizam uma pessoa saudável. Essa forma de se perceber a amplitude do que é saudável rompe a barreira do organismo biológico e identifica o indivíduo em sua plenitude social e cultural. Como ficou evidenciada em uma das publicações do periódico ‘Saúde’.

É, portanto, essa sensação de bem-estar consciente, essa noção real de que nos encontramos perfeitamente bem, em plena atividade fisiológica e mental, respondendo sem choques, sem dor, sem lesão, sem fadiga e sem tristeza ao que nos solicita o meio em que vivemos, é a esse passar agradável dos dias, apesar de todas as dificuldades que a vida nos lança pela frente - que nós chamamos saúde e que representam todo esse maravilhoso conjunto que é a alegria de viver em toda a sua plenitude (Brasil, Saúde, 1949, n.20, p.1).

Dessa forma, o SNES defende que a educação sanitária deve permear diversos ambientes de sociabilidade, uma vez que ter ou não saúde depende de hábitos que cuidem tanto do corpo quanto da mente do indivíduo. Segundo essa prerrogativa, o indivíduo é formado pelo físico e mental de forma indissociável,

logo, ambos precisam ser desenvolvidos pela educação sanitária mutuamente, que deve trabalhar na orientação de padrões e valores considerados saudáveis. Como o próprio SNES afirma:

A instrução ministrará os conhecimentos que permitam estabelecer o necessário ajustamento do indivíduo às suas próprias necessidades e à solicitação dos fatores que sobre ele exercem suas ações. Entre esses conhecimentos importa destacar aqueles que lhe ensinam os meios de defesa contra os agravos exteriores, seja contra simples acidentes de causa mecânica, seja contra doenças contagiosas, às vezes tão facilmente evitáveis. Finalmente, **a educação que determina atitudes e que cria hábitos facilitará o jogo das reações individuais aos agentes físicos, biológicos e sociais que sobre o indivíduo atuam.** (...) Finalmente, a organização social, levando em conta fatores quer de ordem econômica, quer de ordem moral, há de assegurar ao indivíduo condições tais que lhe garantam o equilíbrio indispensável à saúde (Brasil, Almanaque Saúde, 1948, p.1). (grifo meu)

Apesar de ressaltar que os conhecimentos transmitidos pelo SNES devem ser adaptados a cada realidade individual, a própria determinação de regras e hábitos considerados saudáveis aponta para a dimensão normatizadora defendida naquele momento. A partir dessa estratégia reguladora, a educação sanitária define-se pela tarefa de conscientização para novos hábitos de saúde. Como o próprio SNES afirmou: “educação consiste em criar um comportamento, isto é, uma maneira de ser, de compreender ou de fazer, em que se modifique a personalidade no sentido de melhor se afirmar no meio em que rodeia” (Brasil, Almanaque Saúde, 1948, p.5). Dessa forma, mesmo afirmando a possibilidade de incorporação de hábitos de acordo com a particularidade individual, indica-se fundamentos e regras, elaborados pelo Estado, a serem seguidos por todos, independentemente dos fatores socioeconômicos, que criam obstáculos para uma efetiva melhora nas condições de saúde da população. Seguindo essa concepção, o SNES afirma ainda que

da parte do meio [ambiente], são condições gerais de saúde aquelas ligadas ao clima, à constituição do solo e do ar, às águas para o abastecimento alimentar e ao asseio; é preciso cuidar de remover as imundices líquidas ou sólidas; de orientar a habitação bem localizada e bem construída, de maneira a garantir iluminação e ventilação convenientes (Brasil, Almanaque Saúde, 1948, p.1).

Ao destacar a necessidade de fatores elementares para a localização da moradia, ou mesmo a necessidade do tratamento da água a ser consumida e da eliminação dos dejetos, o SNES desconsiderou os problemas sociais que direcionaram - e direcionam - o desenvolvimento da sociedade brasileira, a desigualdade social, fome e pobreza, determinando, por meio da propaganda, uma série de princípios necessários a instalação de uma residência asseada, mas que desconsidera as dificuldades de cada comunidade. Em alguns momentos, as políticas determinadas pela educação sanitária apontavam para a necessidade de valorizar alguns problemas socioeconômicos que atingiam a sociedade brasileira, mas na prática, permaneceram atribuindo à aquisição de conhecimentos o mecanismo fundamental para a alteração no quadro da saúde pública.

A educação sanitária, nesse sentido, deveria determinar regras e criar hábitos que facilitassem a relação do indivíduo com sua dimensão social e biológica. A partir desses princípios, as formas de educação sanitária desenvolvidas pelo SNES, deveriam se fundamentar na noção de responsabilidade individual, pautadas no princípio da higiene, de forma a atribuir a cada pessoa a função de obter boas condições de saúde.

Essa perspectiva acentua a falta de conhecimento, ou mesmo a ignorância, como uma das principais responsáveis pelos problemas de saúde, logo a boa informação, pautada na propaganda, foi eleita a principal estratégia para superar a ausência de conhecimento. A abordagem do SNES defende a importância de investimentos na divulgação de informações pertinentes a boa manutenção de uma vida livre de doenças, destacando ainda, a importância de conhecimentos adquiridos pautados na ideia de prevenção de doenças, uma vez que o indivíduo deveria cuidar de si e de sua comunidade, aprendendo a evitar enfermidades.

Ao ressaltar a necessidade da manutenção de uma plena atividade fisiológica e psíquica o SNES divulgou em 1949 uma publicação intitulada 'Educação Física e Saúde' (1949), na qual pode ser identificada a necessidade

da boa relação do físico e mental, defendida pelas políticas públicas desenvolvidas para a educação sanitária, naquele momento.

A educação não deve desenvolver apenas o físico, tornando o homem apenas um animal forte. Deve ser antes a educação pelo “físico” destinada a melhorar moral e socialmente o cidadão. A prática da educação física feita sem essa finalidade superior desenvolve nos indivíduos o instinto agressivo.

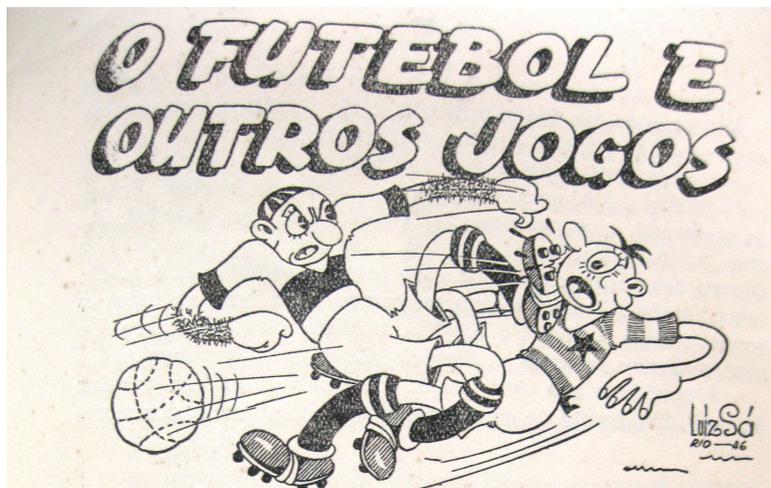
Nos jogos desportivos o corpo e o espírito devem ajudar-se mutuamente, em benefício da saúde física e mental do cidadão (Brasil, SNES, 1947, p.26).

A importância de hábitos esportivos para a aquisição de uma vida mais saudável foi defendida pelo SNES, que, no entanto, criticou em suas publicações a prática do futebol. Estas afirmavam que “a paixão absorvente do jogo, que arrasta muitas crianças e adolescentes, na época presente, é tão fanática que domina por completo todos os campos do pensamento” (Brasil, SNES, 1947, p.27), afirmando ainda que “a mocidade não pensa mais” (Brasil, SNES, 1947, p.27). Essa referência acompanhava a figura 2, que enfatizava, através do desenho, a opinião do SNES sobre a agressividade de algumas práticas esportivas, ressaltando que a competitividade, contida nesses esportes, desperta a brutalidade e a violência.

O SNES defende, ainda, que o futebol não deveria ser praticado por menores de 18 anos, uma vez que era uma prática considerada agressiva e sem propósito formador das qualidades “morais e físicas”, além de desperta os mais “‘primitivos’ e ‘selvagens’ dos sentimentos” (Brasil, SNES, 1947, p.28). Nesse sentido, a tentativa de normatizar o cotidiano individual extrapolou os limites das noções de higiene, e incluiu o comportamento social dos indivíduos com a ressalva de que é desde pequeno que os padrões comportamentais devem ser ensinados.

A partir dessas ideias, a educação física, ancorada nos princípios da educação sanitária, deveria desenvolver no cidadão um padrão de convivência social, necessário a boa relação entre as pessoas nos mais diversos ambientes públicos ou privados.

Figura 4 – Páginas da publicação *Educação Física e Saúde*



Fonte: Brasil, SNES, 1947, p.27

Ao considerar esses aspectos negativos da prática esportiva, o SNES defendia que a educação física deveria priorizar a “saúde” e o “aperfeiçoamento das qualidades morais e sociais, uma vez que “não visando esse alvo, ela desenvolve nos indivíduos o ‘instinto da agressividade’, a áncia de resolver tudo pela força, pela violência, pela brutalidade” (Brasil, SNES,1947, p.29).

A compreensão de saúde e a aplicabilidade da educação sanitária, segundo o SNES, devem extrapolar todas as barreiras do físico e alcançar diversas dimensões tanto do indivíduo quanto do indivíduo em sociedade. Essa prerrogativa exige, nesse sentido, a capacidade do indivíduo de identificar os seus problemas e saber como tratá-los, para seqüencialmente atingir o bem estar. À educação sanitária caberia, nesse sentido, direcionar a solução dos problemas, determinando e indicando as regras a serem seguidas e incorporadas no cotidiano de cada indivíduo.

3.2- Cartazes educativos: divulgação de ideias e de ações

Os cartazes, para a divulgação de conselhos desenvolvidos pelo SNES também ocupam um papel de destaque na produção sobre educação sanitária, sendo distribuídos, tanto nos serviços de saúde, quanto nos ambientes de sociabilidade, tais como restaurantes, estabelecimentos comerciais, escolas e fábricas. O objetivo prioritário do Serviço era alcançar os locais com maior circulação de pessoas, e assim, divulgar cada vez mais os preceitos considerados saudáveis.

Anualmente foram distribuídos em média cem mil exemplares e seu conteúdo abordava temas como a importância da vacinação, profilaxia das doenças e a necessidade da consulta médica.

Os cartazes que, por exemplo, abordavam o tema da lepra²², em sua maioria apresentavam orientações que visavam desmistificar o estigma social que a doença carregava no Brasil desde os tempos coloniais²³. O cartaz apresentado na figura 5 aponta a Lepra como uma doença de fácil diagnóstico, tratável e curável, bastando a descoberta precoce e a intervenção medicamentosa correta, naquele momento, a sulfona²⁴, para alcançar a cura do paciente.

²² Lepra ou hanseníase é uma doença infecciosa causada pela bactéria *Mycobacterium leprae* (também conhecida como *bacilo de Hansen*) que afeta os nervos e a pele. O nome hanseníase é devido ao descobridor do microrganismo causador da doença Gerhard Hansen. Disponível em: www.medicoassistente.com. Acessado em: 30/05/2012

²³ Na década de 1970 foram promovidas campanhas para a mudança na nomenclatura de lepra para hanseníase, principalmente pelo forte estigma que a doença carregava. Esta modificação foi aprovada pela Portaria nº. 165/bsb, de 14 de maio de 1976. (Maia, 2001)

²⁴ A composição sulfona é utilizada contra um amplo espectro de bactérias, mas é principalmente empregada por suas ações contra a *Mycobacterium leprae*. Disponível em : www.pdamed.com.br . Acessado em 30/05/2012

Figura 5 – Cartaz de sobre o tratamento da Lepra



Fonte: Brasil, SNES, 1946

Entretanto, mesmo o SNES enfatizando que bastaria o diagnóstico precoce e o tratamento adequado para o combate aos males que a lepra causava, o isolamento compulsório das pacientes infectados permaneceu até a década de 1960, quando os enfermos passaram a ser tratados em ambulatórios.

Desde a década de 1930, quando o tratamento da doença foi assumido por políticas públicas de saúde, o isolamento dos pacientes infectados pela doença passou a ser obrigatório. Essa proposta estava pautada no pressuposto de que, retirando-se os doentes das ruas ou da convivência social com pessoas sadias, proteger-se-ia de contaminação o restante da sociedade (Castro, 2009).

Na década seguinte, essa mesma estratégia permaneceu sob a administração do Serviço Nacional da Lepra (SNL), criado em 1941 e regulamentado em 1944, que tinha como principal finalidade centralizar, coordenar e fiscalizar as ações de combate a esta doença. Entre os principais objetivos desse serviço destacam-se, a fiscalização dos dispensários e a vigilância sanitária dos doentes isolados nas suas residências e em asilos²⁵,

²⁵ Brasil, Decreto nº. 15.484, de 8 de maio de 1944. Cria o Serviço Nacional da Lepra.

assim como a construção de instituições de cuidados para os pacientes contaminados (Brasil, SNL, 1944).

Seguindo essa política de tratamento, segundo o relatório anual do Departamento Nacional de Saúde (DNS), de 1948, caberia ainda à política de combate a lepra, o isolamento compulsório dos casos contagiantes, a internação domiciliar em casos especiais, o afastamento compulsório e imediato do recém-nascido, filho de leproso, da convivência de seus pais, entre outras medidas (Brasil, Arquivos de Higiene, 1948). Nesta última, o afastamento das crianças do convívio de seus pais poderia ocorrer tanto em situações de possibilidade de contágio, quanto em casos onde não houvesse risco de contaminação da criança.

A figura 6 destaca uma corrente rompida, reforçando a já mencionada intenção de transmitir para a população o princípio de que a lepra é curável, bastando, nesse sentido, o diagnóstico precoce para se alcançar a cura. Esta política seguiu as determinações do DNS para o combate a lepra, que defendia a necessidade da educação sanitária da população para diminuir os efeitos da doença. De acordo com essas orientações, o SNL deveria acrescentar em suas práticas campanhas educativas, que focalizassem as formas de transmissão da lepra, educação dos doentes e seus familiares, sua profilaxia, assim como a possibilidade de cura da doença.

Figura 6 – Cartaz sobre a Lepra

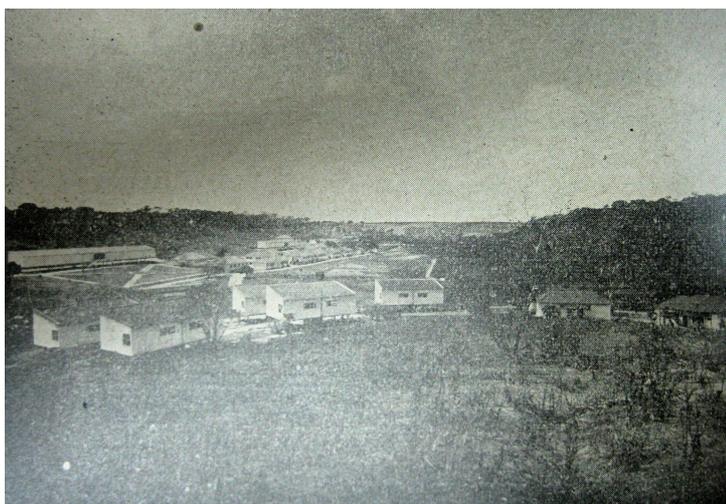


Fonte: SNES, 1947

A partir dessas considerações pode ser identificada uma contradição nas políticas públicas voltadas para a Lepra. Ao mesmo tempo em que afirmavam ser dispensável o isolamento do paciente contaminado, mantinham em sua orientação o afastamento compulsório do paciente infectado. Essa incoerência fica mais evidenciada na manutenção da política de tratamento, pautada nos preventórios públicos, que continuaram a ser construídos, mesmo após a divulgação, nos diversos meios de propaganda do SNES, de que o isolamento dos doentes de lepra não era necessário.

Segue abaixo um dos leprosários e preventórios construídos entre os anos de 1943 e 1944.

Figura 7 – Preventório Pirapitingui



Fonte: Brasil, Arquivos de Higiene, 1949, p.201

Mesmo apontando, desde a década de 1940, para a necessidade de superar as antigas convicções sobre o contágio e o estigma do isolamento social do paciente, na prática, as condutas que envolviam o tratamento da doença continuaram pautadas no afastamento do enfermo contaminado. O isolamento compulsório foi extinto em 1962²⁶ e os leprosários permaneceram até a década de 1980, sustentados pela forte representação social e o preconceito que envolvia essa doença.

²⁶ Brasil, Decreto n. 968 de 7 de maio de 1962. Extingue o isolamento obrigatório de pacientes diagnosticados com Lepra.

As mudanças na representação das doenças e no estigma direcionado aos doentes estiveram evidenciadas em lutas políticas, avanços científicos e manifestações culturais. Da mesma forma que a segregação dos pacientes e a estigmatização da doença esteve relacionada a fatores sociais e culturais historicamente consolidados, a superação dessas características também obedeceram a um contexto histórico específico.

Atualmente a análise sobre a construção social das doenças vem ganhando espaço entre historiadores sociais da medicina. Esses pesquisadores visam problematizar como, em determinados contextos político-sociais, pessoas e sociedades atribuem sentidos particulares às manifestações das doenças, e que estas são objetos historicamente situados, logo devem ser compreendidas a partir de múltiplos fatores que se relacionam entre si (Kropf, 2004). A pesquisadora Dilene Nascimento, acrescenta ainda, que a doença produz significados que vão além de suas características patológicas ou científicas, sendo, principalmente, produto de um fenômeno cultural, pois as enfermidades e suas formas de controle nos possibilitam elaborar análises sobre as crenças, a moral, os costumes, as identidades e símbolos da organização social (Nascimento, 2004).

As campanhas para doenças específicas com forte estigma social, veiculadas nos cartazes produzidos pelo SNES, tinham como objetivo provocar alterações na identidade dos doentes e na estrutura social para obrigá-los a evitar a segregação de modos variados e em diferentes instâncias.

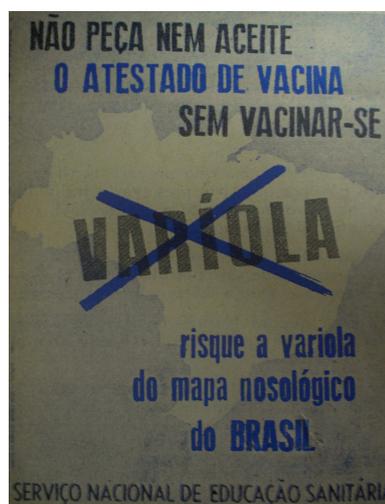
A absorção das ideias e das práticas desenvolvidas pelo SNES, pela população, nesse sentido, estava diretamente relacionada à maneira como a sociedade recebe as informações e elabora seu arcabouço cultural. A partir desse princípio, os cartazes do SNES buscavam mudar a mentalidade da população sobre os mitos que envolviam a representação social das doenças, fosse para desfazer algumas percepções há muito consolidadas na sociedade ou mesmo enfatizar novos valores.

Ao relacionar as propostas do SNES com as práticas que efetivamente estavam acontecendo, podem ser evidenciadas duas formas de atuação para a

prevenção e eliminação da lepra. Uma era favorável a desconstrução do estigma social que estava consolidado, ressaltando prioritariamente que esta doença possuía cura, e em outra, ainda aplicavam a prática coercitiva de isolar compulsoriamente os pacientes.

A varíola²⁷ foi outra doença destacada entre os cartazes produzidos pelo SNES. Um destes enfatizava a importância de se conscientizar a população, quanto à necessidade da vacina, contestando a apresentação de atestados falsificados. Nesse momento, a apresentação do atestado de vacinação contra a varíola era obrigatório para o ingresso no serviço militar, para a realização de matrícula escolar, para a posse de cargos públicos, municipais, estaduais ou federais, para a obtenção de carteira de identidade, entre outros fins²⁸. A aplicação dessas medidas se estendia a toda população, assim como aos estrangeiros que entravam em território nacional (Fernandes,1999; 2011).

Figura 8 – Cartaz sobre a prevenção da varíola



Fonte: Brasil, Saúde, 1958, n. 124, p.8

²⁷ Varíola: doença infectocontagiosa causada por vírus, exclusiva do homem. Apresenta-se sob duas formas: a *major* e a *minor*, também conhecida como alastrim, mais comum e com menos casos fatais. Transmite-se de pessoa a pessoa, por meio de gotas de saliva expelida pelo doente ou por contato com roupas e objetos contaminados com fluidos dos doentes. Não há tratamento, e a vacina, conhecida desde o final do século XVIII, é a única forma de prevenção (Fernandes,1999; 2010)

²⁸ Brasil. Decreto nº 14.354, de 15 de setembro de 1920. Aprova o regulamento para o Departamento Nacional de Saúde Pública em substituição do que acompanhou o Decreto nº 14.189, de 26 de maio de 1920. Rio de Janeiro (DF); 1920.

Esse cartaz(figura 8), apesar de forma indireta, reforça a necessidade da vacinação para alcance da erradicação da varíola no Brasil. As políticas direcionadas para a erradicação dessa doença constavam da agenda sanitária brasileira desde o início do século XX, mobilizando a sociedade e o Estado em torno da produção de vacina e da vacinação obrigatória. Contudo, tornou-se pouco presente nas prioridades sanitárias brasileiras até o início da década de 1960, devido a baixa letalidade e fácil erradicação da doença, bastando à adequada produção e aplicação da vacina, além de empenho político para alcançar tal medida (Crús, 2008). O controle e erradicação da varíola no Brasil apenas foram possíveis através das políticas públicas estabelecidas pela Campanha Nacional Contra a Varíola (CNCV) e pela Campanha de Erradicação da Varíola (CEV) entre os anos de 1960 e 1970²⁹. A partir da criação desses órgãos foram promovidas campanhas de vacinação, muitas vezes indiscriminada, por todo o território nacional de forma a alcançar a efetiva erradicação da doença no Brasil.

O texto em destaque no cartaz (Figura 6) ressalta a necessidade da vacinação para se “riscar” a varíola e todos os seus males do território brasileiro, ancorada no princípio do convencimento da sociedade brasileira para o aceite da vacinação. Reforçando essa perspectiva, as práticas educativas voltadas para a erradicação da varíola estiveram pautadas nas seqüelas deixadas por essa doença, que se envolviam desde as marcas corporais, causadas pelas pústulas, até a morte.

A responsabilidade individual pela prevenção das doenças também era outro tema recorrente nessas ações educativas, que em geral ressaltavam a importância de cada um fazer a sua parte para evitar as doenças que, neste caso específico, centrava-se na importância da vacinação. Resumindo essas propostas, o Estado concedia à população o principal instrumento para evitar a doença – a vacina – e em contrapartida, era de responsabilidade do cidadão se

²⁹ A CNCV e a CEV foram órgãos criados em 1962 e 1966, destinados, respectivamente, ao controle e à erradicação da varíola no Brasil.

vacinar. Caso contrário, a culpa do contágio e suas conseqüentes seqüelas caberiam ao indivíduo, como pode ser analisado em uma das publicações do SNES.

Quando a varíola cega os filhos, a culpa da desgraça cabe aos pais, porque não os submeteram à vacinação contra esse terrível mal. Não deixe de vacinar seus filhos contra a varíola. Se você também não é vacinado, submeta-se a vacinação (Brasil, Saúde, 1959, n.124, p.9).

3.3- Mensário Saúde: educação sanitária em folhetos

Entre os recursos utilizados pelo SNES, para uma maior divulgação da educação sanitária, destaca-se a publicação do periódico 'Saúde: mensário do Serviço Nacional de Educação Sanitária'³⁰. Suas edições incluíam diversos temas sobre saúde, tais como, alimentação, higiene, prevenção de doenças específicas, prevenção de acidentes, cuidados materno-infantis, cuidados para a educação das crianças.

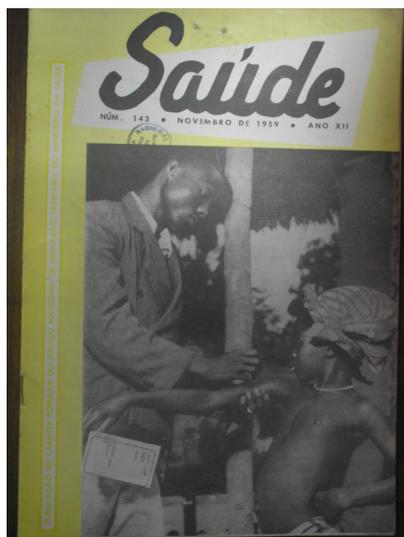
A primeira edição desse periódico, publicada pela direção do SNES³¹, foi publicada em 1948 e apresentava em média 16 páginas, com ilustração ou quadrinhos, além de um resumo sobre uma doença específica, modo de contágio e prevenção. Também eram constantes editoriais ressaltando a importância das realizações do SNES e a necessidade da incorporação de hábitos cotidianos para uma vida mais saudável.

Sua estrutura, organizada em formato de bolso, apresentou sua primeira mudança no ano de 1952, sendo alterada ainda em 1959. No primeiro ano de sua reformulação foram alterados o volume dos textos e a quantidade de ilustrações expostas. Seguindo essa tendência, a partir do ano de 1959 o número de páginas diminuiu, seu formato aumentou em alguns centímetros e o conteúdo perdeu parte de sua dimensão popular, caracterizado pelos quadrinhos e ilustrações, traço marcante de suas publicações anteriores. Como a publicação que segue abaixo, que se dedicava divulgar a importância da vacinação para a prevenção da varíola.

Figura 9 – Capa da publicação *Saúde*

³⁰ Durante a pesquisa foram localizados 132 volumes deste periódico, entre os anos de 1948 e 1959.

³¹ Um periódico com o mesmo nome foi publicado entre 1937 e 1941 pelo Serviço de Propaganda e Educação Sanitária (SPES), órgão que foi substituído pelo Serviço Nacional de Educação Sanitária (1941). Mesmo percebendo algumas semelhanças entre ambos, esse estudo priorizou a análise dos periódicos publicados pelo serviço em questão.



Fonte: Brasil, Saúde, n.143, capa, 1959

A figura 9, referente a um número do mensário 'Saúde', corresponde ao modelo que foi estruturado a partir de 1959, substituindo grande parte das charges, que marcaram as publicações anteriores, por textos e fotos. Contudo, a finalidade de esclarecer a forma de contágio, desenvolvimento da doença e prevenção permaneceu.

A modificação no formato dessa publicação pode estar associada ao afastamento do cartunista Luiz Sá, como funcionário do SNES, que também ocorreu em 1959. Suas publicações marcaram as propagandas de educação sanitária entre os anos de 1947 e 1959, quando foram criados personagens e charges humoradas para transmitir concepções de saúde e doença. Segue algumas ilustrações que marcaram as publicações do SNES antes de sua reformulação.

Cada edição apresentava um editorial em formato textual, redigido, geralmente, por funcionários do SNES. Os editoriais dos meses seguintes, ocasionalmente, recorriam ao do mês anterior, como uma espécie de complemento, estratégia criada, provavelmente para instigar a continuidade da leitura das publicações.

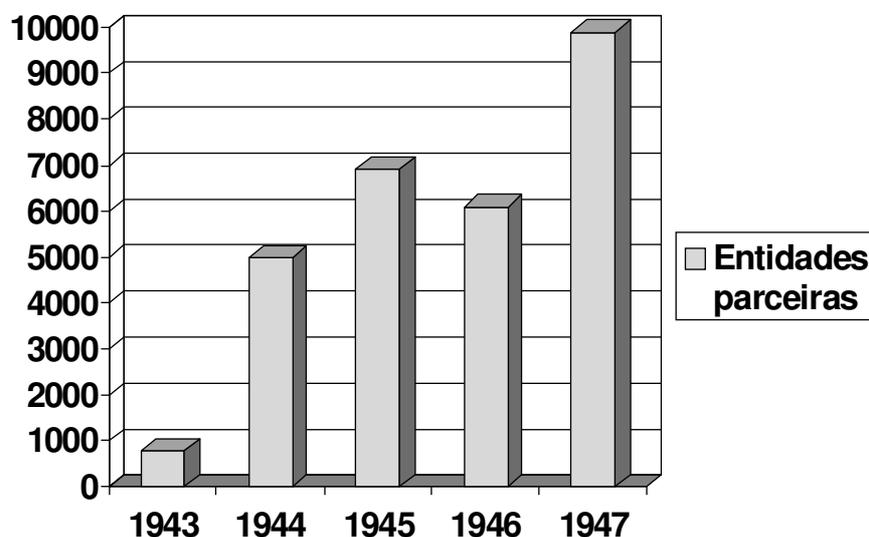
Suas edições foram distribuídas regularmente a pessoas, entidades, jornais, serviços de rádio-difusão e revistas, além de serem remetidas a quem se

interessasse em recebê-las, bastando que as pessoas enviassem uma carta para a editora, informando o fim para o qual solicitavam a cartilha e a quantidade desejada. Assim, o SNES pretendia alcançar o maior número leitores aumentando o número de periódicos em circulação.

O contato do SNES com outras instituições era recorrente desde o ano de 1942, um ano após a sua criação, quando apresentava mais de dez mil entidades parceiras e quase uma centena de jornais de circulação diária, publicando as recomendações de saúde por ele elaboradas (Barros Barreto, 1942, p.183).

Esses números aumentam nos anos seguintes, quando foi ampliada a quantidade de instituições, e também de periódicos que publicavam as diretrizes traçadas pelo serviço. Entre as entidades parceiras, destacam-se, organizações beneficentes, institutos de ensino secundário, jornais, emissoras de rádio, sindicatos, clubes agrícolas, instituições científicas, paróquias, bibliotecas. A variedade de instituições, não apenas em número, mas principalmente no ramo de atuação, demonstra a já mencionada intenção do SNES em permear diversos setores da sociedade, e assim, aumentar a abrangência de sua atuação.

O número de instituições que passou a receber as publicações aumentou exponencialmente durante o período de atuação do SNES, o que pode ser identificado nos números apresentados em seu relatório anual, que apontam a expansão de seu desempenho, como demonstrado abaixo.

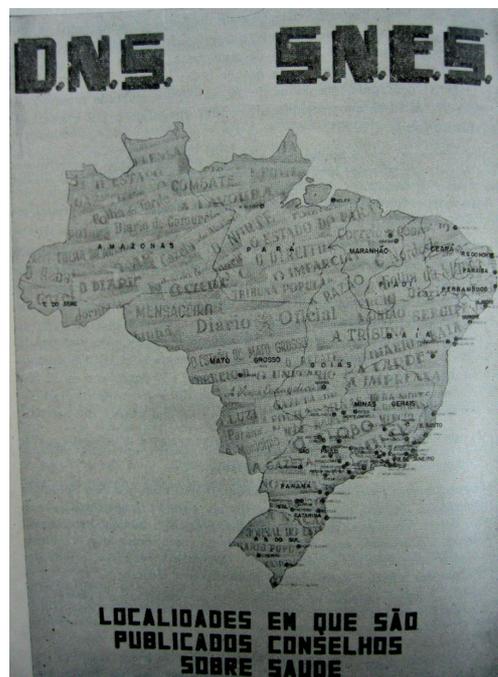
Gráfico 1: Número de instituições parceiras do SNES por ano de produção

Fonte: Brasil, Arquivos de Higiene, 1948

Por meio de suas instituições parceiras e por acordos assinados com governos estaduais e municipais, o SNES se fazia presente em vários estados brasileiros³², centralizando e coordenando as estratégias de atuação. Segue abaixo o mapa do Brasil que demonstra a presença do SNES nas principais capitais brasileira

³² Estados e Territórios em que o SNES atuava em 1947: Alagoas, Amazonas, Bahia, Ceará, Espírito Santo, Goiás, Maranhão, Mato Grosso, Minas Gerais, Pará, Paraíba, Paraná, Pernambuco, Piauí, Rio de Janeiro, R.G. do Sul, R.G. do Norte, Sta. Catarina, São Paulo, Sergipe, Acre, Amapá, Guaporé, Iguazu, P.Porã, Rio Branco (Brasil, Arquivos de Higiene, 1947, p. 132)

Figura 10 – Distribuição do SNES pelo Brasil



Barros Barreto, p. 184, 1942

A cooperação técnica, material e financeira firmada entre o SNES e os estados e municípios determinava que o órgão federal deveria orientar os órgãos locais quanto a sua atuação e o uso dos materiais de campanha, além de contribuir para a aquisição de aparelhamento técnico (Brasil, Arquivos de Higiene, 1947).

Em contrapartida, os estados deveriam divulgar o material fornecido pelo SNES por todos os meios, ajudá-lo a produzir trabalhos inéditos, e enviar mensalmente ao SNES os resumos estatísticos sobre suas atividades, os endereços de entidades interessadas em receber as publicações, além das produções estaduais.

As edições do periódico 'Saúde' variavam em cerca de sessenta a noventa mil exemplares, e apresentavam um apelo para a divulgação de seu conteúdo, como pode ser observado em uma de suas edições do ano de 1959, que destaca não apenas a necessidade de divulgação desse periódico, mas de outras publicações do SNES e do tema Educação Sanitária como um todo.

As publicações que distribuímos tem interesse coletivo. Levando-se em conta a grande importância que se dá atualmente à Educação Sanitária, uma vez que estamos na era em que muitas doenças são evitáveis, e outras prontamente curáveis quando descobertas no início, e, também, serem pequenas as nossas tiragens, fazemos um apelo a todos em geral para que utilizem e difundam os ensinamentos contidos nas publicações do SNES, num trabalho conjugado para uma vida melhor e mais saudável (Brasil, Saúde, 1959, n. 138, p.13).

O periódico 'Saúde' retratava os hábitos e cuidados com a saúde através de uma linguagem muitas vezes humorística e com recursos de rimas, acessíveis a pessoas de qualquer idade, tornando o tema saúde mais atraente para o público em geral, fosse dona de casa, pai de família, patrão, empregado, crianças ou adolescentes. Essa característica pode ser identificada em várias edições, como a que segue abaixo.

Figura 11 – Página da publicação *Educação Física e Saúde*



Fonte: Brasil, SNES, 1947, p.6

Figura 12 – Publicação *Educação Física e Saúde*



Fonte: Brasil, SNES, 1947, p.22

Figura 13 – Página do periódico *Saúde*



Fonte: Brasil, *Saúde*, n.13, p.8, 1949.

As publicações do SNES enfatizavam a necessidade de regras para a obtenção de uma vida saudável, e esta rotina, segundo o mensário, deveria começar à partir da primeira infância, uma vez que as crianças além de incentivarem os adultos na mudança de comportamento, no futuro se transformariam em pessoas com hábitos saudáveis. Como afirmado em uma das publicações do 'Saúde', "em verdade, nas crianças pequeninas já se consegue realizar a educação pelo hábito novo, sem que a sua mentalidade esteja ainda em condição de compreender os fins visados pelo ato que se realiza" (Brasil, *Saúde*, 1949, n.16, p. 1).

A abordagem orientadora das propostas direcionadas às crianças de diferentes faixas etárias pautava-se pela divulgação de conhecimentos de higiene. Educar as crianças, nesse momento, significava dar conselhos e direcioná-los para a manutenção de uma vida saudável e limpa. Simbolizava transmitir conceitos considerados fundamentais para a solução dos problemas de saúde, pautados no preceito de que a "educação consiste em criar um comportamento, isto é, uma maneira de ser, de compreender ou de fazer, em

que se modifique a personalidade no sentido de melhor se afirmar no meio que rodeia” (Brasil, Saúde, 1949, n.20, p.4).

A partir desse princípio, as estratégias traçadas pelo SNES visavam, principalmente, os cidadãos em formação, necessitando para isso da participação das mães, no núcleo familiar, e das professoras no ambiente escolar, nas quais ambas seriam as responsáveis pela formação de um cidadão forte, saudável e apto para o trabalho. Estas orientações, nesse sentido, seguiam as prerrogativas mais gerais do governo Vargas desse momento, a já mencionada “formação do homem brasileiro”, constantemente reafirmado por Capanema (Capanema, 1941). A importância do papel desempenhado pela mãe na formação desse indivíduo pode ser identificado em um dos textos publicados pelo Serviço sobre a importância de se criar hábitos rotineiros.

No mecanismo psicológico dessa formação de hábitos, intervêm os princípios do interesse, da repetição e do efeito. Em certos casos o interesse não é propriamente da pessoa que se educa, mas de quem põe em jogo essa educação: é o caso das mães, estabelecendo para os filhos pequeninos o hábito das refeições devidamente intervaladas (Brasil, Saúde, 1949, n.20, p.2).

Para essa finalidade foram apresentadas nas escolas primárias e secundárias palestras e filmes educativos e distribuídos folhetos e cartilhas explicativas de como manter hábitos saudáveis. O material produzido para esses eventos ficava sob a guarda do Museu da Saúde, como mencionado anteriormente, responsável pela manutenção e fornecimento do material necessário para os eventos organizados pelo Serviço. No ano de 1946 este museu contava com 222 peças educativas e mais 154 filmes (Marinho, 1947, p. 129).

As orientações prioritárias incorporavam conhecimentos de higiene, tais como a necessidade de escovar os dentes, lavar as mãos antes de se alimentar, a importância das práticas esportivas e a eficácia da vacinação para se evitar doenças. Entretanto, torna-se necessário ressaltar que, educação, naquele momento, pautava-se na produção de conselhos e na explicação de como manter uma vida saudável em suas diferentes extensões, ou seja, passar

conhecimentos ou preceitos de saúde considerados corretos para a manutenção da vida.

Nas edições do mensário 'Saúde' era constante a relação entre vida saudável e vida feliz. A partir dessa perspectiva, o SNES ressaltava a necessidade da incorporação de preceitos saudáveis para se adquirir felicidade. A aquisição de felicidade, nesse sentido, configurar-se-ia como a principal instrumento de troca para que os indivíduos aceitassem as regras que o SNES determinava.

A partir das análises neo-institucionalistas, mencionadas no capítulo anterior, pode ser percebida a relação forjada entre o SNES e a população, que por mais que pareça repressiva, uma vez que estipula regras que devem ser obedecidas sem questionamentos, também oferece um elemento contratual, a felicidade. Dessa forma, o SNES oferece preceitos educativos que devem ser incorporados ao cotidiano da população, e em contrapartida, os membros da sociedade que aceitarem essas regras alcançarão a felicidade plena, que está, segundo o Serviço, ancorada no princípio de uma vida saudável (Levi, 1999).

Essa perspectiva de atuação pode ser percebida em uma de suas publicações, que ressalta não apenas a importância da educação sanitária e a necessidade sua obtenção logo na infância, como também a relação entre saúde e felicidade.

A Educação Sanitária facilita conhecimentos e estimula atividades que concorrem para manter e melhorar a saúde, dependendo-a ainda de quaisquer agravos e restabelecendo-a, quando alterada.

Começada nos primeiros anos da existência, sobretudo, na escola primária, continua a ser ministrada e pode ser ministrada e pode ser adquirida pela vida adiante, sempre com maior proveito.

Por ela, sabemos quanto vale uma boa alimentação, variada, rica de alimentos, indispensáveis ao organismo; conhecemos também a utilização do exercício muscular, da marcha diária ao ar livre, das pausas que evitam a fadiga; aprendemos como executar um trabalho intelectual proveitoso; compreendemos a vantagem de cuidar sempre da pele, dos órgãos dos sentidos, do funcionamento regular dos aparelhos urogenitais, etc.

Assim, mantida a saúde, revigorada, aperfeiçoada a vida se torna mais útil, mais feliz (Brasil, Saúde, n.21, p.3, 1949) (grifo meu).

A manutenção da saúde individual era outro tema marcante nas publicações no periódico 'Saúde'. O propósito principal estava pautado na educação de toda a sociedade brasileira, mas, segundo a proposta do SNES, a educação de toda a população dependia de hábitos individuais, uma vez que, se cada cidadão fizesse a sua parte, os preceitos defendidos pela educação sanitária atingiriam toda a coletividade. Essa afirmativa pode ser identificada em uma das edições do 'Saúde'.

Todo indivíduo tem o direito de ser ajudado a ter saúde: e é por isso que existem médicos, hospitais, departamentos de higiene e Saúde Pública, federais e estaduais. A esse direito corresponde o dever, que assiste a cada um, de zelar pela própria saúde e pelas dos que dele depende.

A prevenção das moléstias depende em grande parte dos hábitos higiênicos individuais (Brasil, Saúde, n.35, p.1,1950).

Algumas edições do periódico 'Saúde' se dedicaram, exclusivamente, ao esclarecimento de uma doença específica, ressaltando a forma de prevenção, contágio, sintomas, sorologia e a importância de eliminá-la do território. Em geral, durante a explicação sobre as manifestações das doenças e os sintomas, o 'Saúde' explorava a dimensão mais assustadora da doença, como pode ser percebido na imagem abaixo, intitulada "Passaporte para as Trevas", que induz o medo da morte e da cegueira, possíveis consequências da varíola.

Figura 14 – Página do periódico *Saúde*



Fonte: Brasil, Saúde, 1954, n.77, p.3

Além de ressaltar os principais sintomas, o texto enfatiza a importância da vacinação para a prevenção da doença e a responsabilidade dos pais para com seus filhos. Essa orientação era seguida de um tom ameaçador, culpabilizando os pais caso a criança sofresse dos males da doença e de suas seqüelas, como podemos perceber em parte da inscrição que acompanhava o desenho apontado na figura 12.

Além dos sintomas gerais (dor de cabeça, calafrios, febre alta, vômito etc.), o alastrim e a varíola apresentam manifestações locais que podem incidir sobre o olho, cegando o mesmo destruindo o globo ocular. Quando o alastrim e a varíola cegam os filhos, a culpa da desgraça cabe aos pais, porque não os fizeram vacinar contra esses terríveis males.

Livre-se do remorso tardio e inútil, fazendo vacinar, seu filho, para que a varíola ou o alastrim não cegue (Brasil, Saúde, n.77 p.3, 1954) (grifo do autor).

Além do mensário 'Saúde', o SNES publicou anualmente o 'Almanaque Saúde', que tinha como finalidade sintetizar todas as publicações do SNES produzidas durante o ano, de forma a compilar em uma única publicação os principais preceitos educativos divulgados. Outra publicação do SNES que merece destaque tange à Coleção SPES, que reedita as principais publicações voltadas para educação sanitária produzidas pelo Serviço de Propaganda e Educação Sanitária, onde se destaca um conjunto de palestras que foram lidas nas principais emissoras de rádio do país.

Intitulado, 'Almas Infantis', o compêndio com essas palestras, de autoria de Danilo Perestrello, visava orientar os pais para a boa educação de seus filhos, salientando a importância da Higiene Mental na formação do indivíduo. Como a própria publicação afirma:

A Higiene Mental, tendo por fim prevenir as doenças mentais, o crime e os vários desajustamentos da personalidade ao meio social, não se restringe apenas a isto, mas visa também e, sobretudo, a formação de seres mentalmente sãos, harmônicos, equilibrados, eficientes em suas vidas. (...) A Higiene Mental visa, portanto, sobretudo, a mente da criança, a alma infantil (Perestrello, 1947, p.7).

Essa publicação objetiva despertar nos pais a necessidade de cultivar, não apenas a boa saúde física, mas também a dimensão psicológica de seus filhos.

O mensário 'Saúde' apresenta-se como a principal produção de educação sanitária do SNES, e seu desenhista, Luiz Sá, certamente, contribuiu para o alcance projetado pelo Serviço, no sentido de normatizar padrões de comportamento e valores higiênicos, razão pela qual destaca-se nesse estudo a sua contribuição.

3.4- Luiz Sá: o cartunista da saúde

A maioria das publicações do SNES entre os anos de 1948 e 1959 foram acompanhadas de charges e desenhos do cartunista Luiz Sá, um dos grandes desenhistas brasileiros, autor de publicações famosas utilizadas ainda.

Luiz Sá nasceu em Fortaleza/CE e migrou para o Rio de Janeiro ainda jovem. Seus primeiros desenhos foram publicados na Revista 'Eu Vi', que teve poucas edições. Em seguida, a pedido de Adolfo Aizen³³, escreveu uma história em quadrinho intitulada 'Réco-réco, Balão e Azeitona'. A partir dessas publicações e dos traços singulares com formas arredondadas, ficou conhecido tornando-se referência de uma geração de fãs de quadrinhos³⁴.

Funcionário do Serviço Nacional de Educação Sanitária (SNES), por doze anos, desvinculou-se da instituição após desentendimento com um dos diretores do SNES, como afirma o próprio cartunista, em uma entrevista concedida em 1975 à revista 'O Bicho'. Seu perfil ficou marcado pelo estilo humorístico e pelos personagens divertidos que criou, retratando as pessoas que contraiam as doenças como monstros repulsivos, mas ao mesmo tempo cômicos.

Criou personagens para definir várias doenças, de forma a ressaltar as principais enfermidades que assolavam o país naquele momento. Alguns desses compuseram a "Galeria dos Indesejáveis", composta por um quadro de figuras que caricaturavam os principais sintomas e características das doenças, de forma a alertar e criar referência direta entre o indivíduo contaminado e cada personagem. A representação da varíola, por exemplo, apresenta a pele manchada pelas pústulas, o da gripe ressalta o desconforto do espirro e os microorganismos que podem disseminar a doença, o do bócio alerta para o "papo" que caracteriza a pessoa acometida pela com falta de iodo, o tétano adverte para o perigo do prego contaminado e assim por diante.

³³Adolfo Aizen é considerado, por muitos, o pai dos quadrinhos no Brasil. Criou em 1934 a Editora Brasil-América e lançou no Brasil vários sucessos de vendas americanos tais como Flash Gordon, Tarzan, Príncipe Valente, Super-Homem e Mandrake. Em sua época Aizen disputou público com grandes editoras de seu tempo, a exemplo O Globo, de Roberto Marinho.

Mais informações disponíveis em: www.sescsp.org.br Acessado em : 20/05/2012

³⁴ As informações sobre Luiz Sá foram obtidas através de uma entrevista concedida pelo desenhista em 1975. A entrevista está disponível em www.quadrinho.com. Acessado em 23/02/2012

Figura 15 – Personagens criados por Luiz Sá



Fonte: Brasil, Saúde, n.20, p.5, 1949

Em oposição aos personagens que simbolizam as manifestações das doenças, os que cultivam hábitos saudáveis foram retratados por Luiz Sá de forma diferenciada, em geral, demonstravam satisfação e felicidade por estar executando um dos preceitos saudáveis determinados pelo SNES. A alegria em estar de acordo com os princípios de uma vida regrada era ressaltada pelo sorriso e expressão de contentamento ao executar tais atividades, como pode ser identificado na publicação abaixo.

Figura 16 – Publicação do SNES**Fonte: Brasil, SNES, 1947**

A relação saúde-felicidade e doença-horror, nesse sentido, marcou o trabalho de Luiz Sá, que diferenciava de forma elucidativa essas duas dimensões. Ao estabelecer essa diferenciação em seus desenhos, Luiz Sá enfatizava a já mencionada prerrogativa defendida pela educação sanitária desse momento, a necessidade de hábitos que cuidem da mente e do corpo para atingir o grau máximo de felicidade e a manutenção de uma vida plena, composta basicamente de hábitos saudáveis cotidianos.

Suas histórias eram acompanhadas de rimas bem humoradas, demonstrando a necessidade de seguir os preceitos educativos e as conseqüências desastrosas que a sua recusa causaria. Uma das ilustrações explora a importância de não se tocar em cravos e espinhas, para se evitar infecções. Seus desenhos também são marcados pelo exagero nos sintomas e manifestação das doenças, recurso utilizado, provavelmente, para despertar nas pessoas a importância de hábitos cotidianos saudáveis. No entanto, mesmo com o objetivo de chocar e despertar a atenção popular para os problemas de saúde, seus desenhos não deixavam de transparecer o humor característico de seu

trabalho artístico, cujo valor estético e criativo ultrapassava as limitações do que as imagens deveriam reproduzir dos preceitos do SNES.

Figura 17 – Páginas da Publicação *Saúde*



Fonte: Brasil, *Saúde*, n.4, p. 6,1948

Os cuidados com a boa alimentação também se constituíam tema recorrente nas edições do SNES. Os alimentos saudáveis, tais com frutas e legumes eram retratados como uma espécie de soldados que protegeriam o organismo de agentes infecciosos oportunistas (figura 18). Ao utilizar o recurso do humor, Luiz Sá retrata os legumes como um escudo de proteção para a saúde indicados como necessários para a manutenção de uma vida saudável.

Figura 18 – Página da Publicação *Saúde*



Fonte: Brasil, *Saúde*, n. 13, p.9, 1949

Os desenhos e as histórias de Luiz Sá ocupam papel de destaque nas publicações do SNES. Seu trabalho marcou de forma significativa as publicações do periódico 'Saúde' e todas as outras publicações do Serviço, seus desenhos expressaram a tentativa de tornar o tema saúde mais agradável para a população em geral, assim como facilitar a aquisição de conhecimentos pela população mais pobre, considerando o grande índice de analfabetismo que marcou a sociedade brasileira, deste momento, que chegou a ter no ano de 1940, 56,8% de analfabetos³⁵.

Na década de 1970, Luiz Sá foi acometido pelo bacilo de Koch, transmissor da tuberculose, que o levou a internação no Sanatório Azevedo Lima, em Niterói. Durante o período em que esteve internado, Luiz Sá desenhou, a pedido do corpo de enfermagem dessa instituição, uma série de slides de orientação para os pacientes em tratamento. Um desses desenhos segue abaixo.

³⁵ Disponível em : www.ibge.gov.br Acessado em 23/04/2012.

Figura 19 – Personagem criado por Luiz Sá retratando o bacilo Koch



Fonte: www.quadrinho.com

Com o mesmo humor que marcou a sua passagem pelo SNES, Luiz Sá caricaturou o ambiente ideal para a proliferação do bacilo Koch e seu desenho explora a satisfação e a relação do microorganismo com lugares fechados, úmidos e inóspitos. Essa publicação evidencia a marca de suas ilustrações durante os doze anos que permaneceu como funcionário do SNES, os traços caricaturados, que mesmo sem linguagem textual, pode ser compreendido por diversos públicos e despertar, inclusive, risadas, demonstrando o valor do tratamento imagético do autor ao tratar de termos nem sempre atraentes.

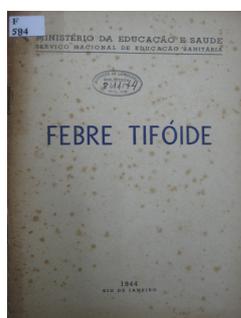
3.5- Outras publicações: os profissionais como educadores

Além da produção voltada à população em geral, cabia ainda ao SNES “editar publicações de caráter especial, destinadas a médicos, educadores e entidades encarregadas da direção de coletividades, principalmente infantis e juvenis” (Brasil, 1942, art. 6). Para essa finalidade foi criado no SNES uma divisão voltada para informação de médicos e especialistas de saúde, demonstrando como estes deveriam proceder ao transmitir os conhecimentos para a população. Foram distribuídos em média cem mil exemplares nos postos de saúde, em hospitais e em conferências médicas organizadas pelo Departamento Nacional de Saúde.

As informações para os médicos consistiam em pequenas resenhas e textos sobre as novidades médicas atuais, principalmente no que se referia às doenças contagiosas. Foram destacados, nesses exemplares, temas que pretendiam atualizar os médicos e profissionais de saúde e educação sobre as características de doenças que atingiam o território nacional, a forma de contágio, a profilaxia, e as principais ferramentas para o diagnóstico e o tratamento.

Diferenciando-se das publicações populares, as orientações divulgadas para os médicos eram compostas apenas por textos, um pequeno resumo sobre cada tema proposto, sem ilustrações ou figuras. Cada publicação possuía em média 16 páginas em preto e branco, com exceção da capa, que apresentava uma coloração, como exposta na figura 16.

Figura 20 – Publicação do SNES



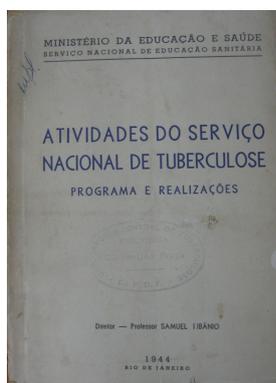
Fonte: Brasil, SNES, 1944

Essas publicações, em geral, eram compostas pelos seguintes tópicos: características da doença, manifestação, período de incubação, período de contágio, modo de transmissão, profilaxia e tratamento, aproximando-se dos manuais produzidos hoje pelo Ministério da Saúde.

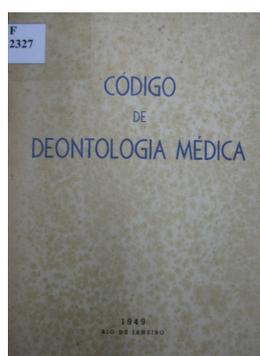
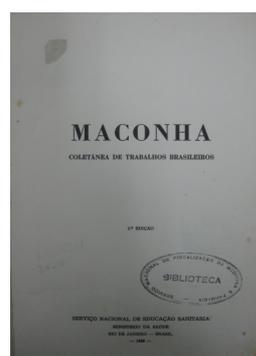
Coube também ao SNES divulgar as realizações de outros serviços nacionais, inclusive, do Ministério da Educação e Saúde (MES), evidenciando a utilização do SNES como uma ferramenta de propaganda de diversas ações ministeriais voltadas para a saúde, além da educação sanitária. O objetivo era divulgar entre o corpo técnico os avanços científicos e práticos na área da saúde, exaltando, na maioria das vezes, as melhorias e os resultados obtidos na atuação do MES.

O SNES, nesse sentido, apresentou-se não apenas como um instrumento educativo sobre os temas de saúde, mas também, como órgão de divulgação das ações estatais voltadas para saúde. Essa perspectiva estava alinhada, como mencionado no capítulo anterior, com a forte política de propaganda que marcou o governo de Getúlio Vargas. Por meio de aparelhos estatais, como o Departamento de Imprensa e Propaganda (DIP), o Estado controlou as publicações produzidas no país, de forma a exaltar não apenas o espírito nacionalista, que projetava a imagem de uma nação única e homogênea, alinhada ao projeto político do governo, mas também as realizações em diversos campos de atuação.

Uma publicação de 1944 dedicou-se exclusivamente a luta contra a tuberculose no Brasil, referente aos cinquenta anos anteriores a esta publicação, ressaltando, prioritariamente, as realizações do SNT dentro de seu programa de ação desde o início de suas atividades, ilustrando essa afirmativa.

Figura 21 – Publicação do SNES**Fonte: Brasil, SNES, 1944**

Entre o escopo de produções técnicas do SNES, também podem ser destacadas as produções que visavam orientar ou mesmo regular a conduta ética e os deveres dos profissionais de saúde em relação aos enfermos, como o 'Código de Deontologia Médica', coletâneas de obras médicas que exploravam a experiência de médicos. Além disso, algumas publicações referiam-se a questões específicas, como a Coletânea de Trabalhos Brasileiros, que em um número sobre a maconha apregoava ao SNES a diminuição do consumo da droga.

Figura 22 - Publicação do SNES**Fonte: Brasil, SNES, 1949****Figura 23 - Publicação do SNES****Fonte: Brasil, SNES, 1948**

O SNES, como órgão responsável por centralizar as atividades de educação sanitária, no território nacional, entre as décadas de 1940 e 1970, produziu inúmeras publicações voltadas para a população e para os funcionários

de saúde. Suas publicações obedeciam às características de cada público alvo, servindo não apenas para a divulgação de preceitos saudáveis, mas também para expandir entre médicos e corpo de enfermagem as atualizações científicas, de forma a orientar o tratamento necessário para a cura do paciente e as formas de prevenir doenças.

3.6- Considerações finais

O modelo aplicado pelo SNES traduzia uma política de controle e normalização que orientava os profissionais de saúde, na qual a escola, a

família e o SNES compunham um tripé que sustentava e contribuía para a formação de uma sociedade mais saudável, definindo a prática da educação sanitária como uma tarefa de conscientização, em que a enfermeira, os familiares e a professora eram eleitos como os principais agentes desse projeto político.

A diretriz político-institucional utilizada, nesse momento, pelo SNES se assemelhava às atividades desenvolvidas nos Estados Unidos, que pautava sua estratégia educacional numa extensa rede de propaganda, consubstanciada através, do rádio, cinema, livros, cursos especiais entre outros. Essa inspiração se tornou ainda mais marcante após julho de 1942, quando foi criado o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), que teve sua origem num acordo bilateral entre Brasil e Estados Unidos.

As publicações do SNES, em especial o mensário 'Saúde', apresentavam um modelo de ação pedagógica que defendia a conscientização para os hábitos de saúde como a principal estratégia de tornar a população brasileira mais sadia. Suas propostas ressaltavam, muitas vezes, a noção de responsabilidade individual para a obtenção de uma boa condição de saúde. Ao defender essa base de atuação, o serviço definia, ainda, que a ignorância da população seria uma das principais responsáveis pelos problemas de saúde que assolavam o Brasil e impedia o seu progresso. A partir dessa concepção, alguns agentes sociais passavam a ser considerados como personagens ativos na ação de educar. O SNES buscava construir, a partir de uma espécie de apelo à participação individual, uma sociedade mais sadia e livre de diversos problemas de saúde, numa composição para além do físico, se estendendo ao mental e ambiental.

CONCLUSÕES

Ao eleger o Serviço Nacional de Educação Sanitária (SNES) para o desenvolvimento dessa pesquisa, essa análise teve a intenção de evidenciar o processo de institucionalização da educação sanitária no Brasil. Após a criação do referido serviço, em 1941, este passou a centralizar as atividades educativas em saúde em todo território nacional admitindo, como pressuposto básico, a coordenação administrativa do governo federal para os demais estados da federação, numa relação de parceria.

O processo de institucionalização da educação sanitária no Brasil teve seu início em 1923, com a criação do Serviço de Propaganda e Educação Sanitária (SPES). A partir desse momento, estas atividades educativas tornaram-se importantes aliadas no projeto político que defendia a construção de uma nação renovada, pautada em princípios saudáveis e civilizados. Criou-se, então, um vínculo formal entre o campo da educação e o da saúde, na perspectiva de que era necessário educar para se obter uma vida saudável e ter saúde para melhor aprender e desenvolver as atividades cotidianas.

O discurso em defesa da higiene foi o eixo condutor para unir essas duas áreas e, ao mesmo tempo, promover o processo de institucionalização dessas práticas no Brasil, o que obedeceu a um contexto político de rupturas e continuidades no campo da saúde pública, entre as décadas de 1920 e 1940.

A constante preocupação com as várias endemias que assolavam o Brasil, naquele momento, e que eram apontadas como um dos principais problemas para o desenvolvimento econômico atribuía à saúde pública um papel de destaque no projeto político de construção nacional, sendo a educação sanitária, via princípios de higiene, estratégia privilegiada para o desenvolvimento das ações de saúde.

A partir de 1941, com a criação do SNES, essas propostas passaram a privilegiar a propaganda como o principal instrumento de divulgação dos princípios de saúde e higiene, que deveriam alcançar os diversos setores da sociedade, principalmente, a população mais pobre.

A estratégia de propaganda desenvolvida pelo SNES estava ancorada em diversos métodos, veiculados por diferentes mídias. Foram produzidos cartazes, folhetos, revistas, palestras em emissoras de rádio, divulgação em escolas, parcerias com jornais, revistas, instituições religiosas, entre outros. O objetivo máximo consistia em divulgar os preceitos educativos nas esferas públicas e privadas com intuito de atingir o indivíduo nos diversos espaços de sociabilidade, ampliando a participação do poder público junto à população. A função da educação sanitária, nesse sentido, era informar a população para os diversos problemas de saúde, refletindo, em muitos momentos, o autoritarismo das instituições públicas, pautadas no princípio da orientação normativa. Apesar da aplicação do termo “conscientização”, recorrentemente utilizada pelo SNES, percebe-se que a educação sanitária, desenvolvida neste momento, voltava-se, prioritariamente, para a informação.

Essas considerações observam o perfil de atuação SNES na difusão do princípio ideológico que direcionou as políticas públicas de saúde daquele momento, particularmente, as direcionadas para educação sanitária, representando o poder público perante a sociedade brasileira, com diminuição, inclusive, dos limites entre o público e o privado. Nessa perspectiva, o SNES ditava normas, não apenas voltadas para a prevenção de doenças, como para o alcance de melhores níveis de saúde, na expectativa da mudança comportamental frente aos hábitos cotidianos de higiene. Além disso, à educação sanitária caberia a missão de civilizar e informar o trabalhador que bem orientado poderia melhor executar suas funções.

Pautado no fortalecimento das práticas preventivas e na difusão do conhecimento sobre saúde e higiene, o SNES atribuiu força às práticas de prevenção no interior das políticas públicas voltadas para saúde evidenciando que é mais fácil e menos custoso prevenir doenças do que curá-las.

A partir dessas considerações, é possível criar um paralelo entre práticas preventivas e curativas, nas propostas de saúde pública entre as décadas de 1920 e 1940, que mesmo apresentando contextos sócio-políticos distintos, apresentam uma agenda voltada para saúde pública com algumas

singularidades, principalmente, no que tange a ênfase atribuída ao combate das endemias rurais e às epidemias que assolavam toda a população (Hochman e Fonseca, 1999). A educação sanitária, que direcionou importantes estratégias de combate às enfermidades, constantemente associadas ao atraso sócio-econômico brasileiro, foi eleita, no período de estudo proposto, um dos principais instrumentos utilizados pela saúde pública, que mesmo sem desconsiderar as práticas curativas, deu ênfase maior à prevenção.

Os instrumentos visuais, muito utilizados pelo SNES em seus cartazes e publicações, apresentam-se, ainda hoje, como um importante recurso das campanhas de esclarecimento produzidas pelo Ministério da Saúde, demonstrando a relevância da informação imagética para o alcance popular de informações para o público em geral.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AZEVEDO, F. de. *A cultura brasileira*. Rio de Janeiro/Brasília: UFRJ/UNB, 1996.
- BARRETO, João de Barros. *Apresentação da proposta de reorganização do DNS em 1941*. Disponível em: Arquivo Gustavo Capanema, FGV/CPDOC, GC.34.06.21.
- BARROS BARRETO. A organização da saúde pública no Brasil. In: BRASIL, *Arquivos de Higiene*, Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, ano 12, n.2, 1942.
- BARROS BARRETO, Atividade de um ano do Departamento Nacional de Saúde. In: BRASIL, *Arquivos de Higiene*, Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, ano 13, n.1, 1943.
- BARROS BARRETO, O Departamento Nacional de Saúde em 1944. In: BRASIL: *Arquivos de Higiene*, ano 15, n.1-2, 1945.
- BRAGA, José Carlos de Souza; PAULA, Sergio Goes de. *Saúde e Previdência: estudos de política social*. São Paulo: Editora Hucitec, 2006.
- BASTOS, N.C. de Brito. A educação sanitária nos programas de saúde. *Revista do Serviço Especial de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, tomo x, n.2, 1959.
- BRASIL. SERVIÇO ESPECIAL DE SAÚDE PÚBLICA. *Boletim do SESP*, Rio de Janeiro, n.10, abril de 1951.
- BRASIL, Decreto l n. 3.171, de 2 de abril de 1941. Disponível em: www.senado.gov.br. Acessado em 05/04/2011.
- BRASIL, Decreto n. 15.484, de 8 de maio de 1944. Disponível em: www.senado.gov.br. Acessado em 20/03/2012.
- BRASIL, Decreto n. 914, de 18 de abril de 1962. Disponível em: www.senado.gov.br. Acessado em 21/08/2011.
- BRASIL, Decreto n. 968 de 7 de maio de 1962. Disponível em: www.senado.gov.br. Acessado em 09/03/2012.
- BRASIL, Decreto n.10.013 de 17 de julho de 1942. Disponível em: www.senado.gov.br. Acessado em 23/06/2011.
- BRASIL, Decreto n.16.300, de 31 de dezembro de 1923. Disponível em: www.senado.gov.br. Acessado em 12/09/2011.
- BRASIL, Decreto n.24.814, de 14 de julho de 1934. Disponível em: www.senado.gov.br. Acessado em 06/01/2012.
- BRASIL, Decreto nº 14.354, de 15 de setembro de 1920. Disponível em: www.senado.gov.br. Acessado em 11/03/2012.
- BRASIL, Departamento Nacional de Saúde. *Arquivos de Higiene*. Rio de Janeiro, Imprensa Nacional, ano 18, n.1-4, 1948.
- BRASIL, Departamento Nacional de Saúde. *Arquivos de Higiene*. Rio de Janeiro, Imprensa Nacional, ano 19, n.1, 1949.

BRASIL, Departamento Nacional de Saúde. *Arquivos de Higiene*. Rio de Janeiro, Imprensa Nacional, ano 14, n.3, 1944.

BRASIL, Lei n. 378, de 13 de janeiro de 1937. Disponível em: www.senado.gov.br. Acessado em 05/04/2011.

BRASIL, Portaria n. 165/bsb, de 14 de maio de 1976. Disponível em: www.senado.gov.br. Acessado em 06/03/2012.

BRASIL. Serviço Nacional de Educação Sanitária. *SAÚDE*. Rio de Janeiro, n.77, 1954.

BRASIL. Serviço de Propaganda e Educação Sanitária. *SAÚDE: Publicação da Inspeção de Propaganda e Educação Sanitária do Departamento Nacional De Saúde Pública*. ano 1, n.1, 1933.

BRASIL. Serviço de Propaganda e Educação Sanitária. *SAÚDE: Publicação da Inspeção de Propaganda e Educação Sanitária do Departamento Nacional De Saúde Pública*. Rio de Janeiro: SPES, ano. 1, n.3, 1933.

Brasil. Serviço Nacional de Educação Sanitária. *Almanaque Saúde*. Rio de Janeiro: SNES, 1948.

BRASIL. Serviço Nacional de Educação Sanitária. *Atividades do Serviço Nacional de Tuberculose*, 1944.

BRASIL. Serviço Nacional de Educação Sanitária. *Código de Deontologia*. Rio de Janeiro, 1949.

BRASIL. Serviço Nacional de Educação Sanitária. *Educação Física e Saúde*, 1947.

BRASIL. Serviço Nacional de Educação Sanitária. *Febre Tifóide*. Rio de Janeiro, 1944.

BRASIL. Serviço Nacional de Educação Sanitária. *Maconha: publicações de autores brasileiros*. Rio de Janeiro, 1948.

BRASIL. Serviço Nacional de Educação Sanitária. *Saúde*. Em dia com a Saúde. Rio de Janeiro: SNES, n.20, 1949.

BRASIL. Serviço Nacional de Educação Sanitária. *Saúde*. Formação de Hábitos. Rio de Janeiro: SNES, n.26, 1950.

BRASIL. Serviço Nacional de Educação Sanitária. *Saúde*. Importância da Educação Sanitária. Rio de Janeiro: SNES, n.35, 1949.

BRASIL. Serviço Nacional de Educação Sanitária. *Saúde*. O que se entende por saúde. Rio de Janeiro: SNES, n.19, 1949.

BRASIL. Serviço Nacional de Educação Sanitária. *Saúde*. Rio de Janeiro: SNES, n.1, 1948.

BRASIL. Serviço Nacional de Educação Sanitária. *Saúde*. Rio de Janeiro: SNES, n.13, 1949.

- BRASIL. Serviço Nacional de Educação Sanitária. *Saúde*. Rio de Janeiro: SNES, n.138, 1959.
- BRASIL. Serviço Nacional de Educação Sanitária. *Saúde*. Rio de Janeiro: SNES, n.143, 1959.
- BRASIL. Serviço Nacional de Educação Sanitária. *Saúde*. Rio de Janeiro: SNES, n.16, 1949.
- BRASIL. Serviço Nacional de Educação Sanitária. *Saúde*. Rio de Janeiro: SNES, n.20, 1949.
- BRASIL. Serviço Nacional de Educação Sanitária. *Saúde*. Rio de Janeiro: SNES, n.21, 1949.
- BRASIL. *Um elo de ligação entre a I Conferência Nacional de Educação e a I Conferência Nacional de Saúde*. Federação Taquigráfica Brasileira, 1941.
- CAMPOS, André L. V. *Políticas Internacionais de Saúde na Era Vargas: o Serviço Especial de Saúde Pública*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.
- CAMPOS, C. E. A. *As origens da rede de serviços de atenção básica no Brasil: O Sistema Distrital de Administração Sanitária. História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v14, nº3, p.877-906, jul-set: 2007.
- CANDEIAS, N. M. F. *Evolução histórica da educação em saúde como disciplina de ensino na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (1925-1967)*. In: *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v.22, nº4, 1988.
- CAPANEMA, Gustavo. *Apresentação da proposta de reorganização do DNS em 24-03-1941*. Arquivo Gustavo Capanema, 1941. (FGV/CPDOC, GC 35.02.19)
- CAPANEMA, Gustavo. *Discurso proferido na I Conferência Nacional de Saúde, 1941*. Disponível em: Arquivo Gustavo Capanema, (FGV/CPDOC, GC.34.06.21)
- CARDOSO, J. L. R. *As ciências sociais e a educação sanitária no SESP: estratégias de convencimento interno*. In: XIII Encontro de História ANPUH-Rio: Identidades, 2008, Seropédica. Anais do XIII Encontro de História ANPUH-Rio: Identidades, 2008.
- CARDOSO, J. L. R. *Educando os educadores: ciências sociais e educação sanitária na experiência do SESP (1950-1960)*. Tese de doutoramento defendida no Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde, 2009.
- CASTRO, Selma Sanches de. *Isolamento compulsório de portadores de hanseníase: memória de idosos*. História, Ciências, Saúde-Manguinhos vol.16, n.2, Rio de Janeiro, Apr./June, 2009.
- CHAGAS, Daiana Cruz. *Erradicando doenças: de projeto internacional ao sistema de vigilância epidemiológica – a erradicação da varíola no Brasil (1900-1970)*. Rio de Janeiro, 2008. 136f. Dissertação de Mestrado – Mestrado em História das Ciências e da Saúde – Fundação Oswaldo Cruz/Casa de Oswaldo Cruz, 2008.

DINIZ, Maria Cecília P.; FIGUEIREDO, Betânia Gonçalves; SCHALL, Virgínia Torres. *Hortênsia de Hollanda: a arte da educação em saúde para prevenção e controle das endemias no Brasil*. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.16, n.2, p.533-556, abr.-jun. 2009.

ESCOREL, S.; TEIXEIRA, L. A. História das políticas de saúde no Brasil de 1822 a 1963: do império ao desenvolvimentismo populista. In: GIOVANELLA, L. (org.). *Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008.

FARIA, Lina. de. *A fase pioneira da reforma sanitária brasileira no Brasil: a atuação da Fundação Rockefeller (1915-1930)*. Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social/UERJ, 1994. (Dissertação de Mestrado)

FAUSTO, Boris. *História concisa do Brasil*. São Paulo: Edusp, 2002.

FERNANDES, Florestan. *Educação e Sociedade no Brasil*. São Paulo: Editora Dominus, 1966.

FERNANDES, Florestan. Um retrato do Brasil. In: *Mudanças Sociais no Brasil*. RJ/SP: Editora Difel, 1979.

FERNANDES, Tania Maria. *Imunização antivariólica no século XIX no Brasil: inoculação, variolização, vacina e revacinação*, História, Ciências Saúde Manguinhos, Rio de Janeiro, v.10, n.2. 2003.

FERNANDES, Tania Maria. *Vacina antivariólica, seu primeiro século no Brasil: da vacina jennericiana a animal*. História Ciências Saúde- Manguinhos. v.1, p. 29, 1999.

FERNANDES, Tania Maria. *Vacina antivariólica: ciência, técnica e poder dos homens (1808-1920)*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1999.

FERREIRA, Jorge Luiz. *A cultura política dos trabalhadores no primeiro governo Vargas estudos históricas*. Rio de Janeiro, vol. 3, n. 6, 1990, p.180-195.

FERREIRA, Priscila. *O rádio como recurso didático para entender os anos 30 no Brasil*. Revista Digital, Buenos Aires, ano 14, n. 136, set, 2009.

FONSECA, Cristina M. Oliveira. Práticas sanitárias ou práticas pedagógicas?: a institucionalização das atividades de Educação em Saúde no Primeiro Governo Vargas (1930-45). In: Magaldi, Ana Maria (org.). *Educação no Brasil: história, cultura e política*. Bragança Paulista: Editora Universitária São Francisco, 2003.

FONSECA, Cristina. M. O. *Saúde no Governo Vargas (1930-1945): dualidade institucional de um bem público*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

GOMES, Ângela de Castro (org.). *Capanema: o ministro e seu ministério*. Rio de Janeiro: FGV/USF, 2000.

GOMES, Ângela de Castro (org.). *Vargas e a crise dos anos 50*. Rio de Janeiro: Relume/Dumará, 1994.

GOMES, Angela de Castro. *A invenção do trabalhismo*. São Paulo, Vértice, 1988.

- GOMES, Angela de Castro. *As Aventuras de Tibicuera: literatura infantil, história do Brasil e política cultural na Era Vargas*. REVISTA USP, São Paulo, n.59, p. 116-133, set/nov, 2003.
- GOMES, Ângela de Castro. *História e Historiadores: Política Cultural no Estado Novo*. Rio de Janeiro: FGV, 1996.
- GOMES, Angela de Castro. O trabalhador brasileiro. In: Oliveira. *Estado Novo: ideologia e poder*. Rio de Janeiro, Zahar, 1982.
- GONÇALVES, Mauro Castilho. *Educação, higiene e eugenia no estado novo: as palestras de Savino Gasparini transmitidas pela Rádio Tupi (1939-1940)*. Cadernos de História da Educação, v. 10, n. 1 – jan./jun. 2011
- HOCHMAN, Gilberto. *A era do saneamento: as bases da política de saúde pública no Brasil*. São Paulo: Anpocs/Hucitec, 1998.
- HOCHMAN, Gilberto. *Políticas Públicas no Brasil*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2007.
- HOCHMAN, Gilberto. Reformas, instituições e políticas de saúde no Brasil (1930-1945). *Educar*, Curitiba, n. 25, p. 127-141, 2005.
- HOCHMAN, Gilberto; FONSECA, Cristina. A I Conferência Nacional de Saúde: reformas, políticas e saúde pública em debate no Estado Novo. In: GOMES, Angela de Castro (org). *Capanema: o ministro e seu ministério*. Rio de Janeiro: Ed. FGV, 2000.
- HORTA, J. S. B. A I Conferência Nacional de Educação ou de como monologar sobre educação na presença de educadores. In: GOMES, A. C. (Org.). *Capanema: o ministro e seu ministério*. Rio de Janeiro: FGV/USF, 2000. p. 143-172.
- IANNI, Octávio. Sociologia crítica. In: *O saber militante. Ensaio sobre Florestan Fernandes*. São Paulo: UNESP; Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.
- KROPF, Simone Petraglia Kropf. Conhecimento médico e construção social das doenças: algumas questões conceituais”, in: Kreimer, Pablo; Thomas, Hernán (Eds.). *Producción y uso social de conocimientos. Estudios de sociología de la ciencia y la tecnología en América Latina*. Bernal: Universidad Nacional de Quilmes, 2004, pp. 103-125.
- LAMOUNIER, Bolívar. *Os grandes líderes: Getúlio*. São Paulo: Nova Cultural, 1988.
- LEVI, Margaret. Uma lógica de mudança institucional. *Dados, Revista de Ciências Sociais*, Rio de Janeiro, IUPERJ, v. 34, n. 1, 1991.
- LIMA, Nísia Trindade. *Jeca tatu e a representação do caipira brasileiro*. Anais do XXII Encontro Anual da Anpocs, Caxambú, 1997.
- LIMA, Nísia Trindade. *Um sertão chamado Brasil*. Rio de Janeiro: Revan/IUPERJ/UCAM, 1999.

LIMA, Nísia Trindade; MAIO, Marcos Chor. Ciências Sociais e educação sanitária: a perspectiva da Seção de Pesquisas Social do Serviço Especial de Saúde Pública na década de 1950. *História, Ciências, Saúde- Manguinhos*. RJ. V.17, n.2, 2010.

LIMA, Nisia Trindade; MAIO, Marcos Chor. Tradutores, Intérpretes ou Promotores de Mudança: Cientistas sociais, educação sanitária rural e resistências culturais (1940-1960). *Sociedade e Estado*. Brasília. v.24, n.2, p. 529-561, 2009.

MAIO, Marcos Chor. O Projeto UNESCO e a agenda das ciências sociais no Brasil dos anos 40 e 50. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, São Paulo, v. 14, n. 41, p. 141-158, 1999.

MARINHO, Abelardo. *I Conferência Nacional de Saúde. 1941*. Disponível em: Arquivo Gustavo Capanema, FGV/CPDOC, GC 36.05.26

MARINHO, Abelardo. O Serviço Nacional de Educação Sanitária. In: PRAGUER FRÓES, Heitor. O Departamento Nacional de Saúde em 1946. *Arquivos de Higiene*, Rio de Janeiro, Imprensa Nacional, ano 17, n.3-4, 1947.

MARINHO, Abelardo. *Serviço de Propaganda E Educação Sanitária: como orientar suas atividades no próximo quinquênio*. Carta enviada à Gustavo Capanema, 1938. Disponível em: Arquivo Gustavo Capanema, FGV/CPDOC, GC.34.06.21.

MARINHO, Aberlardo. *Como orientar suas atividades no próximo quinquênio. Serviço Nacional de Educação Sanitária*, Rio de Janeiro, Imprensa Nacional, 1938. Disponível em: Arquivo Gustavo Capanema, CPDOC/FGV.

MASCARENHAS, Rodolfo dos Santos. História da saúde pública no Estado de São Paulo. *Rev. Saúde Pública* vol.7 no.4 São Paulo Oct./Dec. 1973

MELO, Joaquim Alberto Cardoso de. *A prática da saúde e a educação*. Tese – Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, Campinas, 1976.

MELO, Joaquim Alberto Cardoso de. Educação Sanitária: uma visão crítica. *Caderno do CEDES*, São Paulo, n. 4, 2ª reimpressão, 1984.

MICELI, Sérgio (org.). *História das ciências sociais no Brasil*. São Paulo: Ed. Revista dos Tribunais, 1989.

NASCIMENTO, Dilene Raimundo; CARVALHO, Diana Maul de. *Uma História brasileira das doenças*. Rio de Janeiro: Paralelo 15, 2004.

PANDOLF, Dulce (org.). *Repensando o Estado Novo*. Rio de Janeiro: Ed.Fundação Getulio Vargas, 1999.

PANDOLFI, Dulce Chaves. Os anos de 1930: as incertezas do regime. IN: FERREIRA, Jorge; DELGADO, Lucília de A. Neves. (org.) *O Brasil republicano*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.

PERESTRELLO, *Almas Infantis*. Rio de Janeiro: SNES, coleção SPES, 1947.

- RIOS, Arthur José. A saúde como valor social. *Boletim do SESP*, n.33, p. 2-3, Rio de Janeiro, 1953.
- RIOS, Arthur José. Ciências sociais e saúde pública. *Boletim do SESP*, n.38, p. 2-3, Rio de Janeiro, 1953
- RIOS, Arthur José. Informar e convencer. *Boletim do SESP*, n.35, p. 5-6, Rio de Janeiro, 1953.
- RIOS, José Artur. A Saúde como valor social. *Boletim do SESP*, Rio de Janeiro, n.33, p.2-3. 1953.
- RIOS, José Artur. Ciências sociais e saúde pública. *Boletim do SESP*, Rio de Janeiro, n.38, p.2-3. 1953.
- RIOS, José Artur. *Educação de grupos*. Rio de Janeiro: SNES, 1954.
- RIOS, José Artur. Informar e convencer. *Boletim do SESP*, Rio de Janeiro, n.35, p. 2-3. 1953.
- ROCHA, Carlos Vasconcelos. Neoinstitucionalismo como modelo de análise para as Políticas Públicas: algumas observações. *Civitas, Revista de Ciências Sociais*, v. 5. n. 1, jan.-jun,2005.
- ROSEN, George. *A História da Saúde Pública*. São Paulo: Hucitec, 3 ed., 2006.
- ROSEN, George. *Da polícia médica à medicina social*. Rio de Janeiro: Graal 1979.
- SANTOS, Luiz Antonio de Castro; FARIA, Lina. *O ensino da Saúde Pública no Brasil: os primeiros tempos no Rio de Janeiro*. Trabalho, Educação e Saúde: Rio de Janeiro. v. 4 n. 2, p. 291-324, 2006.
- SANTOS, Luiz Antonio de Castro; FARIA, Lina. *Os primeiros Centros de Saúde nos Estados Unidos e no Brasil: um estudo comparativo. Teoria e Pesquisa* Departamento de Ciências Sociais, UFSCar. no. 40, jan./jul. 2002. pp. 137-182.
- SANTOS, Luiz Antonio de Castro; FARIA, Lina; MENEZES, Ricardo Fernandes de. Contrapontos da história da hanseníase no Brasil: cenários de estigma e confinamento. *Revista Brasileira de Estudo da População*, v. 25, n. 1, p. 167-90, jan./jun, 2008.
- SANTOS, S. M. dos. Pesquisa documental sobre a história da hanseníase no Brasil. *História, Ciências, Saúde Manguinhos*, vol. 10: (suplemento 1): 415-26, 2003.
- SANTOS, Ricardo Augusto dos. O Plano de Educação Higiênica de Belisário Penna - 1900-1930. *Dynamis* vol.32 no.1 Granada, Barcelona 2012.
- Savassi, Leonardo Cançado Monteiro. Hanseníase: políticas públicas e qualidade devida de pacientes e seus cuidadores. Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação Ciências da Saúde/Fiocruz, 2010.
- SÃO PAULO, Decreto 2121, de 11 de julho de 1925. Disponível em: www.senado.gov.br. Acessado em 05/04/2011.

SERVIÇO ESPECIAL DE SAÚDE PÚBLICA. *Boletim do SESP*, n.10, abril de 1951.

STEPAN, Nancy Leys. Eugenia no Brasil, 1917-1940 In: HOCHMAN, Gilberto; ARMUS, Diego. *Cuidar, controlar, curar: ensaios históricos sobre saúde e doença na América Latina e Caribe*. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2004.

STOTZ, E. N. A educação popular nos movimentos sociais da saúde: uma análise de experiências nas décadas de 1970 e 1980. In: *Trabalho, Educação e Saúde*, v3, nº 1, p. 9-30, 2005.

STOTZ, Eduardo Navarro. Enfoque sobre educação e saúde. *Caderno do ICHF*, Rio de Janeiro, número 45, 1991.

VARGAS, G. *Discurso pronunciado pelo presidente Getulio Vargas*, no dia 1 de maio de 1941 – dia do trabalho – no Estádio do Club Regatas Vasco da Gama. Arquivo Nacional/ Agencia Nacional de Notícia.