



UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO ENFERMAGEM



SILVIA ALVES DOS SANTOS

CONFIGURAÇÃO E DIFUSÃO DA CULTURA SESPIANA NO BRASIL
1942-1960: PARTICIPAÇÃO DE ENFERMEIRAS E VISITADORAS
SANITÁRIAS

MACEIÓ
2022

SILVIA ALVES DOS SANTOS

**CONFIGURAÇÃO E DIFUSÃO DA CULTURA SESPIANA NO BRASIL
1942-1960: PARTICIPAÇÃO DE ENFERMEIRAS E VISITADORAS
SANITÁRIAS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Alagoas, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de Concentração: Enfermagem no cuidado em saúde e na promoção da vida.

Linha de Pesquisa: 1. Enfermagem, Vida, Saúde, Cuidado dos Grupos Humanos.

Orientadora: Profa. Dra. Regina Maria dos Santos

**MACEIÓ
2022**

Catálogo na fonte
Universidade Federal de Alagoas
Biblioteca Central
Divisão de Tratamento Técnico

Bibliotecária: Taciana Sousa dos Santos -CRB-4-2062

S237c Santos, Silvia Alves dos.

Configuração e difusão da cultura sespiana no Brasil 1942-1960:
participação de enfermeiras e visitadoras sanitárias / Silvia Alves dos Santos.
-2022.

107 f.: il. color.

Orientadora: Regina Maria dos Santos.
Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de
Alagoas. Escola de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em
Enfermagem. Maceió, 2022.

Bibliografia: f. 91-97.

Anexos: f. 98-107.

1. História da enfermagem. 2. SESP. 3. Saúde pública. 4. Educação sanitária.
5. Enfermeiras. 6. Visitadora sanitária. I. Título.

CDU: 616-083

DEDICATÓRIA

Ao meu querido pai **Joaquim Alves** por ter cuidado de mim durante toda a minha vida, por ser meu exemplo de força, honestidade, coragem e fé, por estar ao meu lado em todos os momentos.

A minha querida mãe Maria Alves dos Santos (*in memoriam*) por ter cuidado de mim com seu amor singular, com quem sonhava que estivesse aqui, ao meu lado, para compartilhar dessa alegria e vitória, de quem meu coração lembra com tanto amor e saudade.

AGRADECIMENTOS

- A Deus por sua infinita misericórdia, por sempre me iluminar, me amparar e me dá forças para prosseguir, por ter me proporcionado a realização deste sonho, por tudo que me deu.
- Aos meus irmãos que sempre me deram forças e incentivaram, Silvana, Sueli, Simone, Silene, Sileide, Sandro e José Silvio;
- A Lourival Nunes da Costa, meu pai adotivo pelo apoio, incentivo, carinho, por acreditar em meu potencial contribuindo para o meu crescimento e aprendizagem, por seu exemplo de pai, pelo seu coração generoso e bondoso tão inspirador.
- A Celinha por ter me ajudado todas as vezes que precisei, por sempre me incentivar, por ter me acalmado em momentos de angústia, por estar ao meu lado compartilhando dessa vitória; por motivar meu crescimento e progressão; pelo carinho e companheirismo
- A Clara Soares da Costa que me ajudou a tornar esse sonho possível; por me fazer acreditar que era possível, obrigada pelo acolhimento, amparo, carinho.
- Aos membros da Banca Examinadora Prof.^a Dra. Laís de Miranda Crispim Costa, Prof.^a Dra. Prof. Dr.^a Tania Cristina Santos Franco por terem aceitado o convite e pelas maravilhosas contribuições e pelo olhar atento ao seu trabalho. É uma honra para mim poder contar com vocês, por quem tenho muita admiração e respeito.
- À Universidade Federal de Alagoas por ter instituído o mestrado em enfermagem;
- A Escola de Enfermagem Universidade Federal de Alagoas;
- Ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Mestrado por ter sido aprovada e pelo financiamento estudantil para busca das fontes;
- A Fundação Oswaldo Cruz- FIOCRUZ e ao Centro de Documentação em História da Saúde- CDHS, pela conservação de um acervo tão valioso.
- Aos funcionários da FIOCRUZ pela atenção, disponibilidade e colaboração, em especial a Renata Regazzini pelo apoio e acolhimento.
- Ao meu tio Luiz Alves por me ajudar nessa caminhada e por me incentivar.
- Aos meus amigos Larissa, Gustavo, Wanderlei, Karla, Rose e Jeferson pela nossa convivência que foi maravilhosa e por que me ajudaram nesta trajetória proporcionando muitos momentos de alegria, de reflexão, contribuindo de maneira essencial para minha caminhada.
- A família Clementino por todo carinho, amor, incentivo e acolhimento.

- Aos meus colegas de turma do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Mestrado, pelas contribuições e apoio.
- A todos que de alguma forma participaram dessa caminhada mesmo distante, mas que torceram por mim nos pensamentos e lembranças.

**UM AGRADECIMENTO À PARTE À MINHA ORIENTADORA PROF.^a DR.^a
REGINA MARIA DOS SANTOS**

A minha orientadora, por me acolher, me ensinar, me incentivar, por compartilhar comigo seus ensinamentos, sua expertise, por ser uma pessoa resiliente, que está sempre aprendendo e se reinventando de forma inspiradora, para mim foi uma honra ter sido sua orientanda. Obrigada pela orientação deste trabalho e pela generosidade de sua presença.

O que vale na vida não é o ponto de partida e sim a caminhada. Caminhando e semeando, no fim, terás o que colher.

(Cora Coralina)

RESUMO

Trata-se de uma pesquisa histórico-social que teve como **objeto a configuração e a difusão da cultura sespiana no Brasil nos anos 1942 a 1960**. Os objetivos foram: descrever a configuração, *modus operandi* do SESP e a cultura que imprimiu às regiões brasileiras onde operava e analisar a difusão da cultura sespiana como processo civilizador em saúde no Brasil. As fontes foram documentais e tiveram como critérios de inclusão dos documentos a legibilidade e o fato de que pudessem ser fotocopiados. As informações recolhidas foram analisadas com o apoio dos conceitos de processo civilizador, cultura, configuração e comportamento de Norbert Elias. Os resultados mostraram que o SESP se configurou como um modelo de saúde pública dito moderno, que se difundiu pelo país por meio da ação dos profissionais, das professoras nas escolas primárias, devidamente treinados para transmitirem as novas práticas sanitárias e a divulgação por meio de folhetos, revistas, boletins e livros publicados. Seus serviços tiveram um efeito de demonstração nacional, e seus especialistas tornaram-se agentes multiplicadores do modelo em outras instituições. A difusão da cultura sespiana pelo Brasil e seu *modus operandi* tiveram nas enfermeiras um instrumento de coação, pois, por intermédio do treinamento e formação das auxiliares/visitadoras e da supervisão da equipe, asseguraram o sucesso do processo civilizatório, entendendo-se que as visitadoras sanitárias foram portadoras de um discurso que provocava “mudança na conduta e nos sentimentos” (grifo meu) pela implantação de novos hábitos, costumes e práticas cotidianas. Conclui-se que o SESP foi condutor de um processo civilizatório, pois forjou novos padrões de comportamento sanitário e condutas individuais e coletivas em relação à saúde e a outros aspectos do cotidiano da população. As fontes analisadas e as informações discutidas neste estudo permitiram enunciar que os objetivos foram alcançados, e que o SESP desenvolveu uma política de saúde que se comportou como um processo civilizador, difundindo uma cultura de saúde estadunidense considerada superior à brasileira pelas ações de afirmação das melhores práticas higiênicas, amplamente difundidas pela propaganda e pela participação de enfermeiras e visitadoras sanitárias em ações pedagógicas de educação sanitária, treinamentos continuados, formação de visitadoras sanitárias que foram difusoras da cultura estrangeira, bem como pelas ações de coação e controle exercidas por meio de supervisão e cobranças das dados registrados e relatórios pelas enfermeiras de modo a confirmar a hipótese apresentada neste estudo.

Descritores: História da Enfermagem; Educação Sanitária; Saúde Pública; Visitadores de Saúde.

ABSTRACT

This is a historical-social research that had as its object the configuration and diffusion of Sespian culture in Brazil in the years 1942 to 1960. The objectives were: to describe the configuration, modus operandi of SESP and the culture that it imprinted on the Brazilian regions where operated and analyze the diffusion of Sespian culture as a civilizing process in health in Brazil. The sources were documentary and had as criteria for inclusion of the documents legibility and the fact that they could be photocopied. The information collected was supported by Norbert Elias' concepts of civilizing process, culture, configuration and behavior. The results showed that SESP was configured as a so-called modern public health model, which spread across the country through the action of professionals, teachers in primary schools, duly trained to transmit the new sanitary practices and dissemination through leaflets, magazines, newsletters and published books. Its services had a national demonstration effect, and its specialists became multiplier agents of the model in other institutions. The diffusion of Sespian culture throughout Brazil and its modus operandi had in the nurses an instrument of coercion, because, through the training and formation of the assistants/visitors and the supervision of the team, they ensured the success of the civilizing process, understanding that the visitors health services were carriers of a discourse that provoked "changes in behavior and feelings" (emphasis added) through the implantation of new habits, customs and daily practices. sanitary behavior and individual and collective conduct in relation to health and other aspects of the population's daily life. The analyzed sources and the information discussed in this study allowed us to state that the objectives were achieved, and that SESP developed a health policy that behaved as a civilizing process, spreading an American health culture considered superior to the Brazilian one by the actions of affirmation of the best hygienic practices, widely disseminated by advertising and by the participation of nurses and health visitors in pedagogical actions of health education, continuous training, training of health visitors who were disseminators of foreign culture, as well as by the actions of coercion and control exercised through supervision and collection of data recorded and reports by nurses in order to confirm the hypothesis presented in this study.

Descriptors: History of Nursing; Health Education; Public Health; Home Health Aides.

RESUMEN

Esta es una investigación histórico-social que tuvo como objeto la configuración y difusión de la cultura sespiana en Brasil en los años 1942 a 1960. Los objetivos fueron: describir la configuración, el modus operandi de la SESP y la cultura que imprimió en el brasileño. regiones donde operaron y analizar la difusión de la cultura Sespian como proceso civilizatorio en salud en Brasil. Las fuentes eran documentales y tenían como criterio de inclusión de los documentos la legibilidad y el hecho de que pudieran ser fotocopiados. La información recolectada fue analizada con el apoyo de los conceptos de proceso civilizatorio, cultura, configuración y comportamiento de Norbert Elias. Los resultados mostraron que la SESP se configuró como un denominado modelo moderno de salud pública, que se difundió en todo el país a través de la acción de profesionales, docentes de escuelas primarias, debidamente capacitados para transmitir las nuevas prácticas sanitarias y difusión a través de folletos, revistas, boletines y libros publicados. Sus servicios tuvieron un efecto demostrativo nacional y sus especialistas se convirtieron en agentes multiplicadores del modelo en otras instituciones. La difusión de la cultura Sespian en todo Brasil y su modus operandi tuvo en los enfermeros un instrumento de coerción, pues, a través de la capacitación y formación de los asistentes/visitadores y de la supervisión del equipo, aseguraron el éxito del proceso civilizatorio, entendiendo que los visitantes de los servicios de salud fueron portadores de un discurso que provocó “cambios de comportamiento y de sentimientos” (énfasis añadido) a través de la implantación de nuevos hábitos, costumbres y prácticas cotidianas, el comportamiento sanitario y la conducta individual y colectiva en relación con la salud y otros aspectos de la salud. la vida cotidiana de la población. Las fuentes analizadas y las informaciones discutidas en este estudio permitieron afirmar que los objetivos fueron alcanzados, y que la SESP desarrolló una política de salud que se comportó como un proceso civilizatorio, difundiendo una cultura de salud americana considerada superior a la brasileña por las acciones de afirmación de las mejores prácticas higiénicas, ampliamente difundidas por la publicidad y por la participación de enfermeras y visitadores sanitarios en acciones pedagógicas de educación sanitaria, formación continua, formación de visitadores sanitarios que fueran difusores de cultura extranjera, así como por las acciones de coerción y control ejercida a través de la supervisión y recolección de datos registrados e informes por parte de los enfermeros con el fin de confirmar la hipótesis presentada en este estudio.

Descriptor: Historia de la Enfermería; Educación en Salud; Salud Pública; Auxiliares de Salud a Domicilio.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Anúncio de remédio contra ancilostomíase que usa imagem do personagem Jeca Tatu, de Monteiro Lobato.....	40
Figura 2- O sanitarista americano dr. Clair E. Turner falando da importância do saneamento e da educação sanitária do povo.....	42
Figura 3- Contribuição da borracha da Amazônia para a derrota de Hitler.....	43
Figura 4- Assistência à saúde dos trabalhadores para extração da borracha.....	43
Figura 5 - Materiais educativos distribuídos pelo SESP/Divisão de educação sanitária- outubro, novembro e dezembro de 1950.....	59
Figura 6- Fotografia do grupo participante do Curso de educação sanitária para professoras primárias.....	62
Figura 7- Fotografia de uma Visitadora ensinando à dona de casa como limpar a latrina.....	65
Figura 8- Fotografia de uma Visitadora convencendo a mãe da criança da importância de levá-la ao posto de saúde.....	67
Figura 9- Fotografia de uma Visitadora e aluna em visita domiciliar a gestante.....	68
Figura 10- Visitadoras ensinando a mãe a fazer a cama e cobrir a cama com mosquitoiro.....	69
Figura 11- Fotografia de reunião entre enfermeiras e visitadoras sanitárias em aula.....	71
Figura 12 - Peças de composição do uniforme da visitadora sanitária.....	72
Figura 13 - Relação das candidatas aprovadas para o curso de visitadoras sanitárias em 1946, das professoras e suas auxiliares.....	74
Figura 14- Apresenta a repercussão do curso na sociedade local e os elogios dirigidos às visitadoras sanitárias e sua importância para o sucesso das ações de saúde pública.....	76
Figura 15 - Cuidados dos doentes como atribuição feminina.....	77
Figura 16- Fotografia de um grupo de estudantes de enfermagem da Escola de enfermagem de Juiz de Fora - Minas Gerais.	80
Figura 17 - Quantitativo de enfermeiras formada nas escolas de enfermagem.....	82
Figura 18 - Segundo Congresso Brasileiro de Enfermagem, em 1948, no Rio de Janeiro.....	85

Figura 19 - Enfermeira americana vem cooperar com serviços de enfermagem no	
Pará.....	86
Figura 20 – Enfermeira brasileira vai fazer especialização nos Estados Unidos.....	87

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	15
1. REFERENCIAL TEÓRICO	24
2. ABORDAGEM METODÓGICA	29
TIPO DE ESTUDO.....	29
RECORTE TEMPORAL.....	30
FONTES.....	30
CRITERIOS DE INCLUSÃO/EXCLUSÃO.....	32
CORPUS DOCUMENTAL.....	32
ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES.....	33
3. A CONFIGURAÇÃO DO SESP NO BRASIL	36
3.1 Políticas de Saúde para o Brasil desde o Estado Novo até o Plano Salte: Entre o tratado nacional e o contratado internacional	45
3.2 A configuração do SESP	50
3.3 Organização e <i>modus operandi</i> do SESP	53
4. DIFUSÃO DA CULTURA SESPIANA PELO BRASIL	56
4.1 Estratégias de difusão da cultura sespiana e mecanismos de controle	58
4.2 As enfermeiras como instrumento de coação da cultura sespiana e as visitadoras como instrumento de difusão	70
4.3 As contribuições do SESP para o desenvolvimento da enfermagem moderna no Brasil	78
CONCLUSÃO	89
REFERÊNCIAS	91
ANEXO A- INSTRUMENTO PARA ANÁLISE INTERNA E EXTERNA DE DOCUMENTOS	98

APÊNDICE A- CARTA DE ANUÊNCIA PARA AUTORIZAÇÃO DA PESQUISA	
.....	99
APÊNDICE B - QUADRO DE SISTEMATIZAÇÃO DAS FONTES100

INTRODUÇÃO

Trata-se de um estudo histórico social que tem como **objeto a configuração e difusão da cultura sepiiana no Brasil nos anos 1942 a 1960, de cujo processo participaram enfermeiras e visitadoras sanitárias**. É uma pesquisa desenvolvida como dissertação de mestrado, vinculada ao Grupo de Estudos D. Isabel Macintyre/Universidade Federal de Alagoas (GEDIM/UFAL), na linha de pesquisa História da Enfermagem Brasileira e Alagoana. O interesse em realizar esta investigação surgiu a partir do meu trabalho de conclusão de curso que abordou o trabalho das visitadoras sanitárias da Fundação Serviço de Saúde Pública (FSESP) em Alagoas no período de 1960 a 1990.

Ao realizar essa investigação sobre a história do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), percebe-se que muitas páginas desse enredo já foram escritas; entretanto, são muitas as lacunas no conhecimento da História dessa instituição que ainda precisam ser preenchidas e investigadas sob novas perspectivas. É o caso, por exemplo, da cultura que o SESP difundiu nos locais onde funcionou, disseminando um processo civilizador de cuidados preventivos de doenças e de práticas promotoras de saúde:

Neste estudo, o termo cultura está sendo considerado no plano intelectual e abstrato, sendo utilizado para legitimar a hegemonia dominante, como uma forma de autoafirmação social, já o processo civilizador deve ser entendido no plano prático e concreto, no qual os atos dos indivíduos associados uns aos outros os tornam universais e produzem ou não a civilização. Nessa perspectiva, civilização corresponde a um processo evolutivo vivenciado pela sociedade, na qual os sujeitos deixariam um estágio considerado inferior, em direção a um estágio classificado como superior (AQUINO, 2012; PERES, PRZYLEPA; 2020).

Dessa forma, deve ficar entendido, ainda, que o termo configuração é um dos conceitos centrais para entender o processo civilizatório que deve ser compreendido como teias de interdependências entre indivíduos que dão origem a configurações de muitos tipos: família, aldeia, cidade, estado, nações. No contexto da configuração social, o ser humano somente pode ser entendido dentro de uma rede de relações e interdependências (COSTA, 2017), o que se aplica ao objeto desta pesquisa, cujas relações estabelecidas entre muitas pessoas em diferentes posições provocaram mudanças significativas no modo de viver dos envolvidos.

Vale registrar que a criação do SESP remonta ao período da segunda grande guerra, quando o Brasil havia decidido unir-se aos países aliados. Em 1942, o governo brasileiro assinou uma série de tratados com o governo dos Estados Unidos da América (EUA)

denominados Acordos de Washington sobre assuntos de interesse para as duas nações. Esse acordo de cooperação técnica, econômica e militar selou a adesão brasileira aos aliados no conflito mundial. Como uma das ações desse acordo de cooperação mútua, foi criado o Serviço Especial de Saúde (SESP) que se manteve em funcionamento no país de 1942 a 1960, quando perdeu o financiamento dos EUA, passando a ser de responsabilidade brasileira exclusiva, e, assim, transformado em FSESP, uma instituição totalmente brasileira que perdurou até 1990 quando foi modificada para Fundação Nacional de Saúde (BASTOS, 1996; CAMPOS, 2008).

Durante todo o período de funcionamento do SESP no Brasil, ele se destacou e passou a atuar, além do que foi proposto, na formação de profissionais de saúde, principalmente profissionais de Enfermagem, financiando bolsas de estudos para moças tanto no Brasil como no exterior; também implantou e desenvolveu escolas de enfermagem no Rio de Janeiro, Bahia, Pernambuco, Rio Grande do Sul, Goiás e Amazonas, com a finalidade de preparar profissionais para atuarem na saúde pública Brasileira. Dessa forma, a instituição contribuiu ativamente para expandir a formação de profissionais da Enfermagem tanto de nível superior quanto técnico, além de cuidar das atividades sanitárias básicas, da assistência médica, da educação sanitária, do saneamento e do controle de doenças transmissíveis (RENOVATO; BAGNATO, 2008; VILARINO, 2020).

O SESP foi criado em 1942 como uma agência bilateral provisória entre Brasil e Estados Unidos, sob os auspícios do Instituto de Assuntos Interamericanos (IAIA)¹, durante a II Guerra Mundial, a ser mantido com recursos de ambos os países (TEIXEIRA, 2008). Assim, o órgão SESP tinha como função inicial levar saneamento básico para regiões da Amazônia e seguidamente para o Vale do Rio Doce que eram produtoras de borracha e de minério de ferro, materiais essenciais para atender aos esforços de guerra estadunidenses (COSTA, 2021).

Entretanto, essas regiões possuíam altos índices de malária e febre amarela que atingiam os trabalhadores, além da pobreza que comprometia os recursos humanos para extração da borracha e do minério de ferro, sendo o serviço prestado pelo SESP indispensável para a assistência à saúde nessas localidades (MAIO, 2019; VILARINO, 2020). Ao SESP cabia a

¹ Em 1940, foi criado nos EUA o Escritório para a Coordenação das Relações Comerciais e Culturais (OCIAA) entre as Repúblicas Americanas. As ações desse Escritório (Office of the Coordinator of Inter-American Affairs) inicialmente se voltaram para três áreas: propaganda, relações culturais e educacionais, assuntos econômicos e financeiros, com ênfase inicial para este último ponto. Entre as corporações que fizeram parte do Office of the Coordinator of Inter-American Affairs (OCIAA), estava o Institute of Inter-American Affairs (IAIA), que foi organizado em 1942 e teve como objetivo promover “a melhoria das condições de saúde e bem-estar dos povos do Hemisfério Sul, em colaboração com seus governos”. Essa corporação se encarregou da administração do SESP em nome dos EUA (CAMPOS, 2006, p. 49-50).

função de criar condições sanitárias que assegurassem a saúde tanto dos trabalhadores brasileiros envolvidos na produção de borracha, ferro, mica e quartzo quanto nas bases aéreas no Nordeste. Dessa forma, o Brasil recebeu ajuda técnica e financeira para desenvolver serviços básicos de saneamento e de saúde nessas áreas (TEIXEIRA, 2008).

De acordo com o estudo de Costa (2021), os planos que estruturavam o SESP previam ações como a construção de postos de higiene, subpostos, hospitais, construção de sanatórios e abastecimento de água em lugares do interior em cooperação com os estados e os municípios. Caso essas instalações adquirissem caráter de serviço permanente, também se estabeleceriam como modelos de intervenções e de controle sobre a população, especialmente nas práticas médicas e de higiene, em relação aos hábitos e aos costumes locais (COSTA, 2021). É esta perspectiva que torna possível entender o trabalho do SESP como um processo civilizador, porquanto previa alteração de costumes, valores culturais e organização do espaço, influenciando uma nova configuração territorial da região (VILARINO, 2008).

Na proposta da educação sanitária, o SESP focou nos serviços de saneamento (como tratamento da água e instalação de esgotamento sanitário e latrinas) e programas de assistência médica (curativos e/ou preventivos). A instituição ainda foi responsável pela distribuição de remédios contra a malária; distribuição de alimentos, em vista de uma circunstância emergencial, como a seca; estabelecimento de clínicas locais; e produção de materiais educativos, como slides e curtas-metragens, para combater a malária e demais doenças tropicais (MAIO, 2019).

Já nos anos seguintes à implantação, o SESP formou uma Divisão de Educação Sanitária, responsável tanto pelo treinamento de educadores em saúde (profissionais da saúde como: médicos, engenheiros, enfermeiras, visitadoras sanitárias e guardas sanitários) quanto pelas ações desenvolvidas nas residências, espaços comuns, associações, escolas e clubes de saúde. Nesse cenário, as visitadoras sanitárias assumiram papel de destaque por seu contato direto e permanente com a população local, momento em que se deu a capilarização do modelo sespiano, seu *modus operandi*, bem como suas concepções de educação sanitária nos mais variados espaços, dentre eles, nas escolas primárias dessas regiões, principalmente as da zona rural (RENOVATO; BAGNATO, 2010; TEIXEIRA, 2008; VILARINO, 2020).

Sabe-se, porém, que a concepção do SESP só foi possível após os ataques japoneses à base americana de Pearl Harbour, em 1941 (BASTOS, 1996). Esse fato, impediu os estadunidenses de comercializarem a borracha com os países asiáticos, tornando a demanda por matérias-primas mais urgente, pressionando os EUA a voltarem seu olhar para o Brasil, uma vez que este possuía grande quantidade desses materiais (VILARINO, 2020). Nesse sentido, a

agência recém-formada atendia tanto aos interesses americanos momentâneos relacionados à guerra e à aproximação econômica com o Brasil, quanto respondia aos interesses do governo Vargas de expandir a presença e a autoridade do Estado por todo território nacional (CAMPOS, 2008).

Nesse período, as ações governamentais de saneamento e higienização da saúde da população, sobretudo no meio rural, foram assumidas como estratégias nacionais de construção do Estado (VILIARINO, 2020). Estabelece-se, a partir daí, uma interligação entre políticas sanitárias e projetos de desenvolvimento, entendendo-se que os baixos índices de saúde dos brasileiros se transformariam num empecilho ao desenvolvimento econômico do país. Dessa forma, o trabalho é incorporado como “capital humano” e a saúde passa a ser considerada um fator de desenvolvimento econômico (CAMPOS, 2005).

Ademais, as reformas da saúde pública eram lideradas pelo médico sanitarista João de Barros Barreto, então diretor do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), o qual, juntamente ao ministro Gustavo Capanema, reorganizou toda estrutura da saúde pública (TEIXEIRA, PIMENTA, HOCHMAN; 2018). Eles formularam e conduziram a reforma na saúde, centralizando a normativa em torno do executivo federal e a criação de serviços verticais centrados em doenças específicas. Adicionalmente, o mesmo conjunto de reformas administrativas permitiu a criação de uma estrutura organizacional do tipo distrital como uma forma de melhor oferecer a prestação de serviços de saúde pública ao país, permitindo maior presença do governo federal em todo território nacional (PAIVA, 2021).

Dessa forma, o Governo Federal pretendia ampliar a sua presença nas diversas regiões do país, implementando e supervisionando as ações de saúde pública. Além disso, a reforma de 1937 implantou/instituiu as Conferências Nacionais de Saúde (CNS), que deveriam reunir periodicamente representação de todos os estados em um fórum nacional para discutir os assuntos de saúde pública. A Primeira CNS aconteceu entre 10 e 16 de novembro de 1941, na cidade do Rio de Janeiro. As propostas aprovadas nessa Conferência demonstraram o arranjo entre a agenda dos sanitaristas com a política varguista (HOCHMAN 2005).

Três estudos encontrados comentam sobre a situação dos estados que vivenciavam um período difícil, pois não estavam compreendidos pela esfera de ação dos serviços federais, e, assim, não recebendo atenção do DNSP. Esses estudos também comentam sobre os insistentes apelos do Diretor de Saúde a Barros Barreto, solicitando apoio estrutural para tentar amenizar tal situação (MACEDO, 2013; PAIVA, 2021). Posto isso, percebe-se que havia a necessidade de um debate organizacional para a implantação de políticas nacionais de saúde, bem como o

projeto político de consolidar uma estrutura administrativa com uma forte coordenação e supervisão federal (HOCHMAN 2005).

Nessa conjuntura, pode-se compreender que a expansão das políticas de saúde do SESP, no Brasil, deveu-se, principalmente, à sua ligação com os programas estatais de desenvolvimento elaborados para as regiões mais subdesenvolvidas do país, o Norte e o Nordeste, como também para atender às necessidades de saúde dessas populações (RENOVATO; BAGNATO, 2008). O SESP, como lhe foi conveniente, integrou-se às diretrizes e às estratégicas do governo federal, o qual baseava suas ações políticas as do Estado Novo, que tinha como objetivo o desenvolvimento baseado na industrialização e na intervenção do Estado, buscando centralizar, normatizar e organizar as políticas públicas de saneamento e saúde, com a finalidade de valorizar o brasileiro (TEIXEIRA, 2008; MAIO, 2019).

O movimento de expansão das políticas de saúde fez que o SESP se tornasse um grande prestador de serviços de saúde, cujo modelo de atuação passou a dar suporte às estratégias de qualificação dos trabalhadores da saúde e de educação sanitária, implementando uma rede horizontal integrada e permanente de unidades de serviços de saúde (RENOVATO; BAGNATO, 2008).

Tais serviços eram prestados por médicos, engenheiros, enfermeiras, guardas sanitários, visitadoras sanitárias e auxiliares de educação sanitária; cada um desenvolvia funções específicas (RENOVATO; BAGNATO, 2011). Cabe destacar, nesse sentido, a carência de enfermeiras capacitadas para prestar assistência à saúde no Brasil; por isso, o SESP procurou desenvolver programas de treinamento dessas profissionais e ofereceu bolsas de estudos tanto no Brasil quanto nos EUA (CAMPOS, 2008).

Nesse período, o país contava com um número reduzido de escolas de enfermagem, as quais estavam vinculadas a hospitais que formavam pessoal para trabalhar na própria instituição. Por isso, o trabalho desenvolvido pelo SESP contribuiu para a expansão da enfermagem no Brasil, mediante o financiamento de bolsas para estudantes de graduação em enfermagem em várias escolas, treinamento de enfermeiras, dando realce para a região norte e nordeste, onde as precárias condições sanitárias e de saúde eram fator negativo para os indicadores de saúde (ARAÚJO, 2014).

Por essa razão, graças aos treinamentos e ao poder coercitivo com que as enfermeiras exigiam o cumprimento das normativas e alcance de metas, o modelo de atuação calcado na educação sanitária promovida pelo SESP era considerada inovadora, pois introduziu no interior do Brasil novas metodologias e técnicas de educação sanitária, como: a educação de grupos, o uso de recursos audiovisuais, o desenvolvimento e a organização comunitária e a educação da

comunidade. Além disso, a educação sanitária passou a integrar as atividades rotineiras dos postos de saúde, com o auxílio das enfermeiras, visitadoras sanitárias e dos guardas sanitários (RENOVATO; BAGTNATO, 2011; VILARINO, 2020).

Destarte, ao desenvolver esse trabalho, as equipes de saúde passaram a priorizar as atividades de educação em sua dimensão comunitária, com ações mais diretas, como a realização de palestras dirigidas a grupos específicos formados por mães, gestantes e parteiras leigas; a oferta de cursos de higiene e de profilaxia para professoras primárias rurais, com o uso da escola como espaço de disseminação das noções de higiene, por meio da organização dos Clubes de Saúde; e os projetos de organização da comunidade. Sendo assim, médicos, enfermeiras e visitadoras sanitárias assumiam a função de agentes educadores para o público geral (TEIXEIRA, 2008; CAMPOS, 2005).

Ainda para difundir nas comunidades novos hábitos de higiene e promoção de saúde, o SESP procurou desenvolver uma estreita relação com o cenário escolar, ao desenvolver cursos de capacitação para as professoras primárias, para envolver os alunos nos programas de saúde em execução. Para o SESP, a escola primária exercia um papel relevante na formação de líderes e em grande parte da população, e seu papel como centro irradiador para os lares e comunidades justificaria essa parceria entre o SESP e os sujeitos escolares, a fim de expandir as concepções de educação, de saúde e de educação sanitária. Esse papel educativo, antes de tudo, substituiu os métodos e práticas de imposição de valores e regras voltados à saúde das populações por estratégias pedagógicas consideradas mais eficientes para esse fim (RENOVATO; BAGNATO 2011; TEIXEIRA, 2008).

De acordo com Bastos (1996), as normas aplicadas pelo SESP foram redigidas sob a influência do conceito principalmente da medicina preventiva, dentro dos moldes clássicos norte-americanos. Fundamentado sob a influência cultural do sanitarismo americano, o SESP sabia que o problema da saúde não era somente a falta de técnicas avançadas, mas, principalmente, de adaptação dessas técnicas, concebidas e destinadas a uma organização econômica, social e cultural de alto nível de desenvolvimento junto a situações adversas. O SESP cedo compreendeu que a saúde pública não é apenas um conjunto de técnicas, mas uma atividade social que se deve colocar em harmonia com o nível da sociedade em que se desenvolve.

Nessa perspectiva, a pedagogia adotada pelo SESP pretendia estimular a participação popular e persuadir famílias e comunidades sobre a importância das ações de prevenção referentes à saúde (SILVA; FERREIRA, 2011). Por meio da participação popular, o SESP trouxe um processo civilizador para a assistência à saúde pública do país, o qual se tornou um

modelo amplamente difundido e utilizado, em que a educação sanitária se constituiu em um dos eixos primordiais do seu modelo de administração sanitária. Dessa forma, o entendimento do contexto em que se inseriu a cultura do SESP nas regiões assistidas por ele permitiria articular as concepções sespianas com os processos de aculturação da sociedade. Todavia, para desenvolver e difundir a cultura sespiana e seus padrões de higiene era necessário o envolvimento das equipes de saúde e as comunidades na resolução dos problemas sanitários, individuais e coletivos existentes.

Esse progresso na área da saúde e educação sanitária desenvolvido pela equipe de saúde do SESP resultou em mudanças no modo de vida dessas pessoas, nos seus hábitos, nas práticas de produção de alimento e consumo, conforme exigia o novo padrão proposto na época. Mediante essa problemática, para este estudo, foram formuladas as seguintes questões norteadoras: **quais as evidências de um processo civilizador na configuração e difusão da cultura sespiana na assistência à saúde pública brasileira, a partir de 1942, quando foi criado, até sua extinção em 1960?**

A análise da conjuntura relatada até o momento permitiu estabelecer dois pressupostos para esta pesquisa: o primeiro seria que o acordo que abriu o espaço para a implantação do SESP previu a implantação e difusão de uma outra cultura de saúde pública, capaz de envolver profissionais e comunidade nas estratégias de alcance das metas de saneamento fortemente sustentadas pelas práticas de educação sanitária e de formação de novos hábitos higiênicos. O segundo foi que o *Modus operandi* do SESP, baseado em normativas detalhadas e em comprovação do emprego dessas normativas por meio de supervisão e relatórios, configurou-se como cultura civilizatória imprimida nos serviços de saúde pública brasileiros e seguida pelas enfermeiras e visitadoras sanitárias. Assim, para buscar respostas para as questões levantadas e verificar os pressupostos apresentados, tem-se como **objetivos:**

- **Analisar a configuração, o *modus operandi* do SESP e a cultura que imprimiu às regiões brasileiras onde operava;**
- **analisar a difusão da cultura sespiana como processo civilizador em saúde no Brasil.**
- **Discutir a participação das enfermeiras e visitadoras sanitárias na difusão da cultura sespiana no Brasil**

Estudos que abordem esse tipo de objeto de pesquisa são relevantes e importantes, pois possibilitam abordar a história da cultura sespiana e trazem como contribuição esclarecimentos as ligações entre o SESP/FSESP e a saúde pública brasileira, bem como com as comunidades

rurais que assistiam, fazendo-nos compreender a importância das ações de saúde pública prestadas por essa instituição para a sociedade. Dessa forma, esta pesquisa prestará importante contribuição para preservar um pouco da história da saúde pública brasileira e alagoana, no contexto do recorte temporal estabelecido, bem como ajudará a complementar as lacunas sobre essa temática, com produção de conhecimento científico, ao reescrever a história da expansão da cultura sespiana no território brasileiro e alagoano.

Registra-se, nessa intenção, que o SESP foi uma referência na cultura de assistência primária à saúde da população, e que essa cultura foi disseminada por todo território Nacional. Ademais, ela perdurou para além de 1960, mantendo-se quando o SESP foi transformado em FSESP. Afirma-se que ela era considerada uma cultura tão enraizada que era tida como a segunda grande escola de enfermeiras do Brasil, sem nunca ter se constituído em escola. Essa Fundação contribuiu com a formação de muitos profissionais de saúde e gerou referências para a assistência à saúde no interior do país e da Amazônia.

Para Elias (2000), o SESP fazia parte de um grupo que se autopercebia e era reconhecido como “bom na sociedade” (grifo meu), sendo mais poderoso e melhor, pois sua identidade social havia sido constituída a partir da associação singular de tradição, autoridade e influência. Na teoria elisiana, tem-se que os estabelecidos (estadunidenses representados pelo SESP) alicerçavam seu poder no fato de serem um modelo moral para os outros. Já os outsiders (forasteiros), representados aqui pelo DNS, era o grupo estigmatizado, pois um grupo só pode estigmatizar outro de forma eficiente quando está bem instalado em posições de poder das quais o grupo estigmatizado é excluído. Para isso, rotulam-se os outsiders como um grupo de “valor humano inferior” (grifo meu), sendo uma das formas/armas utilizadas pelo grupo superior nas disputas de poder, para manter sua superioridade social (ELIAS; SCOTSON, 2000). Assim, o estigma social imposto pelo SESP mais poderoso ao menos poderoso DNS costumava penetrar na autoimagem deste último para enfraquecê-lo e desarmá-lo.

O SESP havia estabelecido para si um modelo de educação sanitária em que o conjunto de normas e regras a ser obedecido pelo grupo seguia padrão que era motivo de orgulho para seus membros. Esse sentimento de *status* e de inclusão na coletividade estava ligado às tradições e à coesão grupal, por isso erguia barreias emocionais para proteger sua identidade grupal que julgava ter alto valor (ELIAS; SCOTSON, 2000), afirmando assim sua superioridade sobre o DNS, grupo menos coeso. Desse modo, este era tido como não observante dessas normas e restrições, e, assim, vistos, coletiva e individualmente, como anômicos². O

² Relativo anomia é um conceito que se refere ao estado social de ausência de regras e normas, onde os indivíduos desconsideram o controle social que rege determinada sociedade

DNS colocava em risco as defesas profundamente arraigadas do SESP contra o desrespeito às normas e tabus coletivos, de cuja observância dependia o *status* de cada um dos seus semelhantes no grupo estabelecido e seu respeito próprio, seu orgulho e sua identidade como membro do grupo superior.

Ademais, de acordo com o estudo de Santos e Leite (2004), os estudos históricos são importantes e necessários, uma vez que contribuem para o conhecimento das nossas relações com a sociedade. Além disso, a preservação de recordações e interpretação do passado deve ser constituída como uma necessidade social (SANTOS; LEITE, 2004), possibilitando assim a construção de uma memória coletiva que favoreça a compreensão daquilo que somos como produto histórico (SANTOS et al., 2011).

Este estudo, ao ser concluído, trará contribuições para o conhecimento científico da Enfermagem, principalmente no que diz respeito à história do trabalho da equipe de saúde, em particular as enfermeiras e as visitadoras sanitárias da SESP, pois estabelece uma correlação entre a história da enfermagem e a história da saúde no Brasil, clarificando as práticas sociais multiprofissionais no campo sanitário.

Assim, considera-se o estudo como de alta relevância social, haja vista as profundas alterações nos indicadores de saúde, como queda na taxa de morbimortalidade infantil e materna, controle das doenças infectoparasitárias, aumento da taxa de cobertura vacinal, entre outros quesitos, provocadas pela ação do SESP. Em momentos como o atual, em que são lançadas dúvidas sobre o valor da vacinação e das boas práticas de saúde, um estudo que venha a abordar esse tema pode ser visto como contributivo para o esclarecimento da sociedade e para a reafirmação de políticas que se julgavam já consolidadas. Ademais, o estudo se coaduna com a Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde do Ministério da Saúde, no tocante a “subagenda 22.1.1 Memória e História da Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

CAPÍTULO I - REFERENCIAL TEÓRICO

A Teoria do processo civilizador de Norbert Elias foi escolhida como referencial teórico, pois suas ideias podem esclarecer o objeto de estudo, bem como conduzir a análise em curso do fenômeno social em estudo, o qual se intitula o processo civilizador do trabalho da equipe de saúde do SESP. Nesse sentido, os alicerces do pensamento sociológico de Elias se configuram como sustentação para a análise e para a compreensão do processo civilizador desenvolvido pelo SESP, quando a educação sanitária instaurou novos padrões de conduta e comportamentos para melhoria da saúde das populações onde se estabeleceu.

Norbert Elias foi um brilhante sociólogo alemão do século XX. Nasceu em Breslau, no ano de 1897, e faleceu em Amsterdã, em 1990. Formado pelas Universidades de Breslau e Heidelberg, lecionou na Universidade de Leicester (1945-62) e foi professor visitante em universidades na Alemanha, Holanda e Gana. Por meio do desenvolvimento de uma sociologia basicamente empírica, ele considera o surgimento das configurações sociais como consequências inusitadas da interação social (ELIAS, 2011).

Com sua obra de maior notoriedade, *O processo civilizador*, Elias sugere uma demonstração que nos levar a pensar no que aconteceria caso uma pessoa que vive em nossa época fosse, de repente, transportada para uma sociedade antiga, tal qual o período medievo-feudal. Certamente, ela veria um estilo de vida bastante diferente do seu, em que costumes comuns como arrotar e lambar os dedos à mesa provavelmente lhe causariam repulsa e seriam considerados incivilizados/mal-educados, enquanto outros despertaria sua atenção e até mesmo atração. Em síntese, ela se depararia com muitas coisas que as sociedades atuais considerariam incivilizadas (LANDINI, 2006; OLIVEIRA, OLIVEIRA; 2012).

Para tal entendimento, esta pesquisa se ancora na teoria do “Processo Civilizador” de Norbert Elias, que tem como fundamento o estudo dos efeitos do desenvolvimento de estruturas sociais sobre os costumes e a moral dos indivíduos. Dessa forma, o autor faz uma análise dos efeitos da formação do Estado moderno sobre os costumes e a moral dos indivíduos. Para ele, o processo civilizador se dá por meio de uma série de distinções que ocorre nas relações sociais e o movimento progressivo que as envolve (LANDINI, 2006). Pelas razões expostas, cabe destacar os seguintes conceitos: Configuração (teias de interdependência); Sociogênese/Psicogênese; cultura, comportamento, civilização.

A partir dessas perspectivas, as contribuições de Elias são fundamentais para a pesquisa, pois discorrem sobre as configurações sociais como consequências inesperadas da interação

social, levando a mudança de sentimentos humanos a um sentido específico, para um contexto maior da sociedade, em que os hábitos e os costumes utilizados por uma sociedade determinam o conjunto de comportamentos que foram sendo incorporados por séculos, tanto introjetados quanto exteriorizados socialmente pelos indivíduos numa espécie de mútuo controle da hierarquia dos sistemas sociais (SILVEIRA, 2014; COSTA, 2012).

Para Norbert Elias, o Processo Civilizador se estabelece em um movimento em espiral e engloba progressiva diferenciação nas relações sociais em que se mantém em forte crescimento, por meio da incorporação de novos territórios e classes a uma rede de interdependência políticas e econômicas, manifestada pela autoconfiança de povos cujas fronteiras e identidade nacional foram plenamente estabelecidas há muito tempo; povos estes que se expandiram e colonizaram (ou civilizaram) outros povos (COSTA et al. 2014). Ademais, o processo civilizatório acontece como resultado último de um desenvolvimento histórico cuja característica é o “refinamento” das ações e a introspecção dessas pelo indivíduo. É um movimento contínuo de diferenciação social (SARAT; SANTOS, 2012).

Outrossim, civilização para Elias é a maneira como a alta classe europeia compreende o desenvolvimento da sua própria história e o desenrolar histórico dos outros povos, sempre estabelecendo uma relação de afastamento dos eruropeus considerados civilizados e “eles” = “bárbaros. Sendo assim, civilização é a expressão da “autoimagem da classe alta europeia em comparação com outros, que seus membros consideravam mais simples ou mais primitivos” (ELIAS, 1994, p. 54).

De acordo com a teoria eliasiana, o comportamento é entendido como as mudanças ocorridas no decorrer do tempo que foram introjetadas nas estruturas da mente, das emoções e, finalmente, da personalidade dos indivíduos. Sendo assim, a estrutura que dá suporte ao comportamento civilizado das sociedades ocidentais perpassa pela sua organização na forma de Estado-nação. Dessa forma, ela indica as três estruturas interdependentes que geram o sistema estado, a saber: estrutura social, estrutura histórica e estrutura psíquica (BAZILATTO, 2016).

Em vista disso, os seres humanos transformam-se e constituem-se a partir das e nas inter-relações sociais. Elias evidencia a relação indissociável entre indivíduo e sociedade. Isto é, deixa claro que indivíduo e sociedade são inevitavelmente interdependentes. Assim, compreende-se que não há sociedade sem indivíduos, da mesma forma que não há indivíduos fora e independentes da sociedade (BAZILATTO, 2016).

Por conseguinte, o conceito de configuração é de fundamental importância na Teoria do Processo Civilizador, pois aborda tanto a relação de interdependência entre pessoas e grupos,

como os processos resultantes dessas relações. Isso ocorre, pois, com as modificações do tecido social, quando o sujeito perde o controle sobre suas pulsões, favorecendo a interdependência na sociedade e uma maior diferenciação social (ELIAS, 2011). Outro princípio que merece destaque na teoria eliasiana corresponde ao desenvolvimento do conhecimento, ressaltando que toda teoria do conhecimento deve compreender que os conceitos se transformam e se tornam mais pertinentes à análise do processo social. Por conseguinte, os processos culturais estão relacionados ao processo da civilização, ou seja, o conhecimento não é algo fragmentado da sociedade, e uma mudança influencia aspectos de mudança em outro (COSTA, 2012).

Elias reflete sobre ambos os conceitos, cultura e civilização, em que esses começaram a se desenvolver como expressão de sentimentos e de ideais da *intelligentsia*, camada mediana na segunda metade do século XVIII e, progressivamente, assumiram a feição de uma ‘consciência nacional’. Como civilização, daria expressão a uma tendência expansionista de grupos colonizadores, na qual o conceito de cultura refletiria a autoconsciência de uma nação que teve de reconstituir incessantemente suas fronteiras e repetir a pergunta sobre a natureza de sua identidade (GONÇALVES, 2013).

Entende-se, assim, que, enquanto o civilizador refere-se a mudanças na estrutura da personalidade, processos culturais referem-se a mudanças nos padrões simbólicos produzidos pelas pessoas. Esses dois processos, afirma o autor, são inseparáveis; assim como o desenvolvimento da economia, do conhecimento etc., também devem ser relacionados ao processo civilizador (LADINI, 2005). A cultura está no plano intelectual e abstrato, para Elias (1993), sendo utilizada para legitimar a hegemonia dominante, considerada um modo de autoafirmação social dos abastados. Logo, a civilização está no plano prático e concreto, uma vez que são ações dos indivíduos singulares associados uns aos outros que os tornam universais e produzem ou não a civilização (PERES; PRZYLEPA, 2020).

Nessa direção, Elias mostra que, para acontecer o processo civilizador, é necessário que ocorram mudanças tanto nas estruturas de personalidade e mudanças no comportamento do indivíduo (psicogênese), quanto transformações da estrutura social que levaram à formação do Estado moderno (sociogênese). Sendo assim, toda e qualquer modificação que ocorrer na estrutura de personalidade do indivíduo acarreta transformações na estrutura social, assim como qualquer alteração na estrutura social produzida no meio das relações sociais causa remodelações da estrutura de personalidade dos indivíduos que a compõem (LADINI, 2005; NOUGUEIRA; BRANDÃO, 2020; ELIAS, 2011).

Contudo, a teoria de Elias estabelece que nenhum ser humano chega ao mundo civilizado e que o processo civilizador que ele necessariamente tem que sofrer é função do

processo civilizador social. A passagem de cada indivíduo humano por um processo civilizador é obrigatória para que ele possa atingir o “padrão” de civilização atingido pela sociedade no curso da sua história (COSTA et al., 2014; LIMA, 2012). Assim, as demandas sociais de cada período histórico possibilitam transformações nos hábitos e costumes socialmente aceitos. Portanto, as transformações sucessivas na civilidade humana possibilitaram o grau de civilização e de desenvolvimento que conhecemos na atualidade (OLIVEIRA, 2012).

Para uma melhor compreensão do processo pelo qual esses conceitos são utilizados neste estudo, faz-se necessário trazer uma breve abordagem sobre os resultados de atuação do SESP no Brasil. Em resumo, pode-se dizer que o SESP foi condutor de uma proposta civilizadora, que pretendeu se efetivar com base na implantação de novos hábitos e práticas cotidianas, os quais provocaram constrangimentos, fomento de aceitação, bem como resistência por parte dos envolvidos em seus programas de saúde pública, coadunando com a referência do processo civilizador de Norbert Elias, que entende esse processo como mudança na conduta e nos sentimentos humanos (VILARINO, 2020), como se mostra a seguir:

A criação de uma nova estrutura de comportamento decorre de um longo processo no qual o indivíduo, através de coação externa, internaliza todas as maneiras e os comportamentos considerados “civilizados”, passando a fazer parte da própria constituição do ser, que adota determinados comportamentos inconscientemente (ELIAS, 1994, p. 189).

Assim, foi importante recorrer ao conceito de processo civilizador de Norbert Elias para compreender a ligação entre educação sanitária e civilização, pela qual a missão SESP conduziu/provocou mudanças nos hábitos higiênicos e costumes das populações rurais, considerados atrasados e rudimentares, por hábitos e costumes considerados mais civilizados como os das grandes cidades, culturalmente vistos como superiores, por apresentam normas e padrões socialmente aceitos. Elias entende o processo civilizador como mudança nos sentimentos humanos. Conforme seu pensamento as regras comportamentais ensinadas pelo SESP passaram a ter maior controle sobre as pulsões e as emoções individuais e coletivas (VILARINO, 2020).

Essa agência defendia mudanças no padrão de higiene, alimentação, nas práticas tradicionais do partejamento feito pelas curiosas, bem como por curandeiras e rezadeiras. Os documentos analisados aqui mostram a proposta do SESP de um protejo de futuro e modernidade para o Brasil em que o arremate passava pelas mudanças de hábitos e costumes tradicionais das populações pobres, tanto urbanas quanto rurais. Dotada de sentido normativo, essa perspectiva educativa contava com um projeto civilizador que abrandavam costumes, com

vistas a interagir com os hábitos sociais existentes e recomendados (FAIA, 2006; VILARINO, 2020).

Nessa direção, e em conexão com o pensamento de Elias, vale pontuar, cabia às visitadoras sanitárias introduzirem “hábitos e costumes de civilização”, tarefa considerada imprescindível para viabilizar as mudanças necessárias e elas se estabelecerem no interior das configurações sociais. Com isso, acontece o processo civilizador, pois introduz comportamentos sociais nos indivíduos, por meio de ações coercitivas, estabelecendo modificações profundas neles, os quais entendem suas atitudes, emoções e personalidade como algo natural e constituinte do indivíduo, fazendo-os não se perceberem como parte de processo de transformações nas relações sociais e no tecido social no percurso da histórica (MARTIS; CARDOSO, 2009).

É possível perceber nessa dinâmica um processo de civilidade dos comportamentos mediados por um alto grau de regulação e controle dos grupos sociais, à medida que ofereciam novos costumes e hábitos às populações. Isso corroborava o efetivo papel do SESP na consolidação e fortalecimento do estado em várias regiões do país (VIEIRA; MARTINS; SARAT, 2017).

CAPÍTULO II - ABORDAGEM METODÓGICA

2.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo documental de natureza histórico-social, uma vez que aborda um fenômeno que ocorreu em grupos humanos num espaço temporal determinado, preocupando-se em discutir os diferentes aspectos do cotidiano das diversas classes e grupos sociais. Dessa forma, os estudos históricos sociais dedicam-se em analisar as estruturas da sociedade, pois consideram importantes os fenômenos sociais, bem como as experiências e opiniões dos indivíduos que vivenciaram o momento histórico (PADILHA; BORENSTEIN, 2005).

É, também, uma pesquisa qualitativa, pois envolve uma abordagem interpretativa do mundo, em que o pesquisador tenta entender o fenômeno no seu contexto; nesse sentido, procura-se apreender não apenas seus aspectos, como também suas bases, procurando explicar suas relações e mudanças de uma forma mais profunda (SILVA; OLIVEIRA; BRITO, 2021). Segundo Barbato et al. (2019), esse tipo de estudo é capaz de descrever a complexidade de um problema, bem como compreender e relacionar processos dinâmicos vivenciados por grupos sociais, além de favorecer o entendimento das particularidades do comportamento dos indivíduos (BARBATO et al., 2019).

De acordo com estudo de Padilha e Borenstein (2005), a pesquisa histórica segue um método que se divide em três passos distintos, quais sejam: levantamento de dados que tem relação com o passado; avaliação crítica desses dados e apresentação dos fatos, interpretação e conclusões. Dessa forma, tem-se um caminho para se fazer uma releitura do passado, utilizando referências atuais para perspectivas sociais e teóricas.

Importa registrar que a compreensão histórica como conhecimento científico serve para elucidar significados do contexto vivido e das relações que se estabelecem no cenário social. Esse tipo de pesquisa proporciona a compreensão da questão em estudo, ao tempo em que permite a reconstrução da contextualização histórica e sociocultural de determinado fato ou momento vivido (PADILHA et al., 2017; PADILHA; BORENSTEIN, 2005).

Assim, as interações entre os agentes sociais e as construções resultantes desta possibilita ao ser humano entender a si próprio bem com a realidade em que está inserido (PADILHA, 2005). O estudo de Barros (2020) afirma que o olhar do observador/historiador se foca em certos lugares e cenários específicos, selecionando tudo o que vê conforme a singularidade do indivíduo que observa. Falando de outra forma, o historiador escreve de um lugar social, de que na operação historiográfica ele escreve a partir de um ponto de vista,

atravessado por subjetividades. Vale lembrar que reflexão sistemática acerca desse conceito de “lugar de produção” na historiografia foi criado por Michel de Certeau (CERTAU, 1982).

Conseqüentemente, ao tomar consciência da história, o historiador precisa primeiramente tomar consciência de si mesmo. Para empreender adequadamente a operação historiográfica/ensino da história, o historiador necessita lembrar-se de si, procurando compreender com plena consciência o seu próprio lugar na operação historiográfica (BARROS, 2020). Dessa forma, o estudo do contexto traz à tona a importância da análise do fenômeno, sendo, portanto, um “dever de ofício” do pesquisador dessa área.

2.2 RECORTE TEMPORAL

Com o fim de realizar este estudo, para a definição do recorte espaço-temporal, a questão mais importante que se colocou ao pesquisador foi a delimitação adequada do período histórico a ser analisado, pois seria necessário tornar compreensível a própria existência do SESP e seu poder de agir, a ponto de ele ter como meta a modificação dos padrões sanitários de um país, civilizando-o para a imagem do seu local de origem. Nesse sentido, foi identificado que houve uma fase de configuração com a implantação do seu *modus operandi* e uma fase de difusão desse *modus operandi* para além das áreas para as quais foi inicialmente destinado. Por essa razão, foi importante ampliar o recorte temporal para alcançar os objetivos propostos.

A pesquisa compreendeu o período de 1942 a 1960, em razão de ser o tempo de existência do SESP no Brasil, esclarecendo-se que 1942 foi o ano de sua criação, o restante da década foi o período de consolidação e os demais anos foram de difusão da cultura do SESP para vários estados brasileiros, dentre os quais, pode-se citar: Pernambuco, Bahia, Paraíba, Rio Grande do Norte, Maranhão, Alagoas, sendo todos esses da região nordestina, a mais pobre do país. O período de funcionamento do SESP foi até 1960, quando este é transformado em FSESP, passando a partir daí a ser mantido com recursos brasileiros. A resolutividade desenvolvida levou os demais estados a requererem a adoção do SESP e sua cultura face aos graves problemas de saúde pública existentes na região, incluindo Alagoas, cujo pedido foi do Dr. Ib Gatto Falcão, diretor de saúde do estado, diretamente ao escritório central do SESP no Rio de Janeiro.

2.3 FONTES

As fontes históricas são todos os tipos de informações sobre as transformações sociais no tempo (PADILHA; BORESTEIN, 2005). “Fonte Histórica” é tudo aquilo que, gerado pela sociedade, deixa vestígios de sua interferência e contribui significativamente para a compreensão do passado humano e de seus desdobramentos no presente. As fontes históricas são as marcas da história. As fontes são ferramentas que ajudam a esclarecer os acontecimentos passados, bem como para fornecer um testemunho ou um discurso procedente do passado humano que se apresenta como relevante para o presente do historiador (BARROS, 2012; BARROS, 2020).

A fonte histórica coloca o historiador em contato com seu objeto. Ela é o instrumento por meio do qual o pesquisador examina ou analisa uma sociedade humana no seu tempo. Assim, são ‘fontes’ ou ‘documentos históricos’ tanto os textos escritos de todos os tipos como fotografias, crônicas, memórias, processos criminais, entrevistas, cartas legislativas, obras de literatura, correspondências públicas e privadas e tantos mais, bem como os objetos de cultura material ou quaisquer materiais que os historiadores utilizem como vestígios para apreender a história um dia vivida e escreverem a História no outro sentido, o de produto de um campo de saber (BARROS, 2012).

Para a utilização das fontes históricas, faz-se necessário amplo conhecimento do pesquisador, para a análise e construção de seu discurso, pois a história compõe-se de um processo dinâmico e transformador de fatos que são constituídos por rupturas e descontinuidades. Entende-se, assim, o estudo histórico como uma construção social, e não somente sucessão linear de fatos (BAZILATTO, 2016).

Nessa perspectiva, registra-se que as fontes da presente pesquisa são documentos tais como atas, declarações, boletins, ofícios arquivados nas sedes da FUNASA e FIOCRUZ, bem como livros, dissertações e teses, artigos publicados em revistas indexadas, revistas das atividades do SESP, documentos cedidos pelas instituições supracitadas, os quais foram utilizados como apoio para a discussão dos resultados. Também foram consultadas e juntadas ao *corpus* documental desta pesquisa as fontes que fizeram parte do meu trabalho de conclusão de curso, as quais foram doadas ao GEDIM, com autorização para serem utilizadas em outros estudos.

Em relação às fontes históricas, Santos (2010, p. 441) afirma que “os documentos históricos, lugares de memória, devem ser interpretados conformes as conjunturas que determinam sua produção, veiculação e preservação, de modo a possibilitar a construção de uma versão histórica consistente e convincente”. Assim, pensa-se a história de forma inclusiva, de maneira a versar sobre a História com responsabilidade social, possibilitando aos leitores e

historiadores o desenvolvimento de uma capacidade crítica, reflexiva que poderá posteriormente servir para mudar o mundo (GOMES, 2021).

Cabe destacar que, para Gomes (2021), as fontes históricas são metaforicamente como uma espécie de “máquina do tempo” ou, melhor dizendo, são o seu “visor do tempo”, nas quais os historiadores poderiam visitar o passado das diversas sociedades, diversos processos históricos, perpassando o tempo da vida humana sobre a terra de seu interesse. Assim, para observar o passado, entendê-lo por dentro, é necessário fazer interpretações adequadas sobre as relações humanas e sociais, sem deixar de levar em consideração as rupturas do passado em relação ao presente, como manifesto dessas continuidades entre as duas temporalidades das fontes.

Desse modo, para constituir a base da investigação histórica, foi realizado um levantamento de literatura a fim de localizar estudos ou documentos que abordem o desenvolvimento/história da saúde pública no Brasil e o papel das enfermeiras e das visitadoras sanitárias, bem como a atuação do SESP na expansão dos cursos de enfermagem, para formação de recursos humanos em saúde.

2.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO/EXCLUSÃO

Os critérios de inclusão dos documentos foram: documentos que estavam legíveis, que reafirmavam a expansão do SESP nos estados brasileiros, especialmente nas Regiões norte e nordeste, os quais puderam ser fotocopiados ou fotografados. Os documentos que foram encontrados e que não se referiam a temática em estudo foram desconsiderados.

Uma vez que foram identificados os documentos, estes foram submetidos à análise crítica externa e interna, com o apoio de um instrumento comumente utilizado nas pesquisas vinculadas ao GEDIM, o qual pode ser visto no Anexo A, com a finalidade de constatar sua veracidade e autenticidade; registra-se que eles permaneceram nos locais onde foram encontrados e foram fornecidas fotocópias para uso nesta pesquisa.

2.5 *Corpus Documental*

Primeiramente, foi realizado um levantamento da documentação oficial do SESP e da FSESP no que diz respeito à sua atuação nos estados brasileiros. Os documentos produzidos por esta última instituição compõem o *corpus* documental do Centro de Documentação e

História da Saúde - CDHS, disponibilizados pelo arquivo da Casa Oswaldo Cruz - COC Fiocruz/RJ. Esse acervo pertence ao fundo FSESP, ficando aberto à consulta, tendo como público-alvo pesquisadores, estudantes e especialistas, entre outros.

Ao entrar em contato com os funcionários do arquivo, foi recebida a informação de que existia uma plataforma/site específica/o para realizar a busca pelos documentos que fossem interessantes para a pesquisa, chamada Base Arch, na qual eu poderia levantar os códigos. Assim, foi recebido também o link que levou diretamente ao fundo FSESP no qual foram encontradas as descrições dos documentos que o compõem. Para isso, foi utilizada a opção de "Pesquisa Rápida" para realizar buscas com palavras-chave relacionadas ao tema. Com os códigos em mãos, foi agendada uma visita ao CDHS para fazer a consulta aos arquivos pré-selecionados anteriormente. Foram 3 dias de consultas, em dias alternados, conforme determinação do protocolo local de prevenção da pandemia de COVID-19. Depois da busca, os documentos encontrados foram fotocopiados com dispositivo móvel sem flash, e os resultados foram considerados satisfatórios para a pesquisa.

A busca de informações ocorreu no Centro de Documentação e História da Saúde da FIOCRUZ. Nessa etapa, construiu-se um *corpus* documental, composto por diferentes tipos de fontes históricas: documentos oficiais (leis, decreto, relatórios); documentos publicados em Jornais (revistas e panfleto de divulgação); investigações relacionadas ao objeto de estudo. Com o *corpus* documental devidamente selecionado, procedeu-se à organização e à análise. O conjunto dos documentos analisados pode ser visto no APÊNDICE A deste estudo.

2.6 ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES

Nessa fase da pesquisa, os documentos encontrados foram submetidos à análise crítica externa e interna, separando-os pelas categorias “documentos oficiais” e “documentos não oficiais”, utilizando-se como apoio o instrumento que vem sendo utilizado nas pesquisas conduzidas no GEDIM. A análise externa fez o exame de sua autenticidade com base na autoria, procedência e natureza dos documentos. Nesse grupo, foram agregados outros documentos como bilhetes, fotografias, boletins que se referiam ao fenômeno em estudo, os quais foram submetidos aos mesmos critérios de análise crítica. A análise crítica interna objetivou conferir a apreensão do conteúdo, do significado e da veracidade dos documentos (PADILHA; BORENSTEIN, 2005).

Esse momento é importante, visto que o investigador vai precisar definir a qualidade da informação por meio de uma análise cuidadosa desses dados, que serão criticados e servirão de apoio ao pesquisador para interpretar o acontecimento ou comprovar suas hipóteses, imprimindo relevância ao estudo histórico. Com base no resultado da análise crítica realizada, foram construídos textos interpretativos que contaram uma nova história dessa importante instituição.

Diante do exposto, a dissertação foi estruturada, além da introdução que apresenta o estudo, em capítulos que abordam:

O primeiro capítulo, o Referencial Teórico, que teve a intenção de fazer uma contextualização histórica da sociologia de Norbert Elias para possibilitar uma melhor compreensão sobre o processo civilizador. Nesse capítulo, também é abordada uma pequena síntese da atuação em saúde do SESP, correlacionando-a ao processo civilizador, com vistas a facilitar o entendimento do contexto de saúde no qual o SESP se implantou.

No segundo capítulo, a Abordagem Metodológica, foi descrito o tipo de estudo e seu caráter histórico-social, seu tipo de abordagem e recorte temporal, bem como a composição do *corpus* documental, e como foram analisadas as fontes.

No terceiro capítulo, a chegada do SESP e sua configuração, houve a intenção de se fazer uma contextualização histórica das políticas públicas de saúde no país nos anos 1940, especialmente no seu avanço para a área rural. Nesse capítulo, também consta uma breve perspectiva histórica sobre as Políticas implementadas pelo diretor do DNS, Barros Barreto, antes do SESP, permitindo uma melhor compreensão da situação de saúde no Brasil. Além disso, essa descrição sobre a organização e o *modus operandi* do SESP foram escritas após analisadas as fontes documentais, descrevendo a conjuntura de implantação do SESP, a origem do projeto e o *modus operandi* implantado.

Ademais, a abordagem incluiu também a situação de saúde no Brasil e as políticas de saúde que vigoraram nas décadas de 1950, e porque elas abriram espaço para difusão da cultura do SESP. Nesse capítulo, ainda consta a ampliação da política do SESP pelos estados e sua contribuição para a organização de uma equipe de saúde mínima, composta por médicos, enfermeiras, visitadoras sanitárias e, em alguns locais, agentes de endemias ou guardas sanitários como eram chamados à época.

Por fim, no quarto capítulo, a Difusão da Cultura Sespiana pelo Brasil, foram descritas as estratégias de difusão da cultura sespiana, ou seja, como a equipe de saúde citada se organizava para seguir fielmente a cultura implantada e os seus efeitos na saúde pública. Descreveu-se também a metodologia de trabalho dessas instituições e sua relação com a cultura

das pessoas pertencentes à área rural brasileira. Encerra-se o estudo com o reconhecimento de que se tratou de fato de um processo civilizador como conceituado e defendido por Norbert Elias.

CAPÍTULO III – A CONFIGURAÇÃO DO SESP NO BRASIL

Este capítulo surge da necessidade de dar notoriedade a alguns fatos importantes que levaram à configuração do SESP, em caráter emergencial, no Amazonas, ao tempo em que evidencia a inserção de uma política de saúde que vai servir de modelo/referência para organização e construção de uma rede de saúde de abrangência nacional. Analisa-se também que a chegada do SESP contraria a política de saúde que vinha sendo arquitetada/pensada há muito por médicos sanitaristas que faziam parte de um movimento sanitário e de órgãos regulamentares como Ministério da Educação e Saúde Pública (MESP).

Evidencia-se, nesse sentido, que a saúde pública no início do século XX se destaca tanto no cenário nacional quanto internacional, pois a saúde e as condições sanitárias estavam associadas ao desenvolvimento do país. Dessa forma, a saúde passou a influenciar significativamente os rumos das políticas públicas internas e externas, uma vez que as tensões geradas pelas disputas de mercado entre os países estreitavam relações e ampliavam a interdependência entre suas economias.

Importante registrar que o contexto histórico da chegada do SESP no Brasil remete à uma breve síntese das relações e aproximação dos Estados Unidos da América (EUA) na década de 1940, período este que Getúlio Vargas exercia a função de presidente do país, sobretudo no curso da II Grande Guerra. Os EUA tinham como interesse estabelecer uma política hegemônica na América Latina, tendo em seu discurso a proteção da democracia mundial (FONSECA, HOCHMAN, 1999). Assim, a década de 1940 vai assistir aos esforços de uma política pública direcionada às regiões mais pobres do Brasil, porém com grande potencial em recursos naturais como a Amazônia e várias outras regiões do país em que essa política se inseriu e se estabeleceu (COSTA, 2021).

Ressalta-se, nessa conjuntura, que, desde o início do século XX, a saúde pública passou a fazer parte da agenda política e diplomática dos países e se acentuou com o desenrolar da Segunda Guerra Mundial. A partir daí, o discurso panamericanista configurou-se como um dos componentes que integrava a diplomacia cultural dos Estados Unidos para a América Latina (COSTA, 2021). Essa diplomacia cultural utilizava as relações culturais para alcançar os objetivos nacionais de um país, não só relacionado aos aspectos culturais, mas também aos da política, da economia e do comércio (LAGO, 2019).

Entretanto, para alcançar esses objetivos, era necessário que os Estados Unidos desenvolvessem ações para impedir o avanço da influência do Eixo (Conjunto dos países

aliados aos nazistas, quais sejam: Itália, Japão e Alemanha) o qual se fazia sentir principalmente no Brasil que vivia a “Ditadura Vargas” (grifo meu) na região ameaçada: a costa nordestina do Brasil, ponto mais próximo da Europa. Para isso, utilizaram-se os meios de comunicação para difundir um modelo americano de consumo, progresso material e bons salários para vender não somente produtos, mas também o estilo de vida americano (The American Way of Life) como um modelo ideal a ser seguido. A cultura e a propaganda se tornariam ferramentas estratégicas e o sucesso da aproximação com os vizinhos latinos dependia de influências ideológicas (BOAVENTURA, 2015; MOTA, 2018).

Nessa perspectiva, a cultura americana precisava ser difundida por meio do uso estratégico desses meios de comunicação largamente utilizado, como o cinema, rádio, revista, jornal, entre outros. O Office of the Coordinator of Inter American Affairs (OCIAA) era responsável por disseminar a ideologia liberal democrata estadunidense, tendo usado seu Departamento de Comunicação para difundir uma imagem positiva dos Estados Unidos nas outras Américas e das Américas para os Estados Unidos e ainda contra-atacar a propaganda do Eixo (BOAVENTURA, 2015; MOTA, 2018).

Como uma das consequências da entrada dos Estados Unidos na Segunda Guerra Mundial, houve uma reorientação de sua política externa com a criação de iniciativas para empreender essa aproximação nos aspectos políticos e culturais. Evidencia-se, nesse intento, que o IAIA se encontrava entre as instituições criadas com o objetivo de desenvolver programas de cooperação com países da América Latina em apoio às políticas de saúde e saneamento. Um dos meios de dar apoio era por meio da concessão de bolsas de estudos ofertadas para aprimoramento dos profissionais da saúde. Esses recursos financeiros e a orientação técnica foram decisivos para criar um ambiente favorável ao desenvolvimento de um novo modelo sanitário no país (CAMPOS, 2006; SANTIAGO, 2011).

Personagem central, nesse contexto, foi o médico sanitário João de Barros Barreto, com formação especializada na Universidade Johns Hopkins, o qual viria, posteriormente, representar a autoridade sanitária do país por um amplo período (1937 a 1945) à frente da política nacional de saúde como Diretor do DNS. Além disso, muitos sanitaristas como Barros Barreto com atuação relevante nessa época recebiam bolsas de estudos fornecidas pela Fundação Rockefeller para estudar nos Estados Unidos, onde passariam a ter contato com os novos preceitos do pensamento sanitário e modelo de gestão de saúde e saneamento dos estadunidenses. Esse modelo de ensino e formação profissional em saúde pública fundado no âmago da Johns Hopkins se estabeleceu como referência principal para a profissionalização da

saúde pública no Brasil e no mundo (LIMA; FONSECA, 2004; PAIVA, 2020; TEIXEIRA, 2015).

No que se refere à formação em saúde pública, observa-se um crescente interesse por essa área a partir de 1930 nos contextos nacional e internacional. No plano nacional, a profissionalização em saúde pública era um dos elementos do projeto político e ideológico varguista, sendo que se adequando às condições específicas da realidade brasileira. Mas foi principalmente a partir de 1937 que o governo fez várias alterações na estrutura administrativa e institucional da saúde, como também reorganizou os serviços com a finalidade de constituir e consolidar uma política de saúde de abrangência nacional (LIMA; FONSECA, 2004).

Foi como diretor do DNS, órgão subordinado ao Ministério da Educação e Saúde Pública (MES), que Barros Barreto autorizou orientações políticas mais gerais do governo, principalmente quanto ao fortalecimento da capacidade de intervenção da União, que tivesse ligação com assuntos da saúde. Ao implementar medidas inovadoras, como criação dos distritos sanitários, foi possibilitado um primeiro arranjo nacional de organização da oferta dos serviços de saúde, de acordo com território e população. Por meio das Delegacias Federais de Saúde e das Conferências Nacionais de Saúde, criou-se uma maior articulação entre as entidades de saúde federais, estaduais, municipais e privadas, de uma forma nunca vista antes na história da organização da saúde brasileira (PAIVA, 2020).

Essas mudanças vinham ocorrendo graças às constantes críticas aos serviços de saúde pública, encabeçadas pelos sanitaristas brasileiros. A frase de Miguel Pereira que dizia “o Brasil é um imenso Hospital” chama a atenção dos intelectuais para os problemas de saúde e das populações rurais devastadas pelas epidemias, pelas secas e pelas precárias condições de vida. A partir de então, a saúde e o saneamento passam a figurar como temas nacionais e abrem espaço para início de um movimento pró-saneamento (PADILHA; BORENSTEIN; SANTOS, 2015).

Não obstante o que estava acontecendo naquele momento, a instituição de um aparato estatal no campo da saúde começou efetivamente nos anos 1920 com a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública, quando passou a ser gestado um modelo centralizado que teria uma longa duração na área. Mas, após a criação do Ministério da Educação e Saúde em 1930, a organização da saúde pública brasileira passa por várias mudanças que apresentaram as ideias e propostas de João de Barros Barreto como peças fundamentais para compreender essas mudanças (FINKELMAN, 2002).

Nessa perspectiva, essa configuração institucional e organizacional possuía semelhança relativa com os arranjos modernos de organização da atenção à saúde, com base na Atenção

Primária à Saúde. Ademais, Barros Barreto, assim como diferentes gerações de sanitaristas que trabalharam no período 1920-1940, perceberam que os centros de saúde poderiam servir de base para organizar os fluxos de serviços e procedimentos diagnósticos e terapêuticos no interior de um distrito sanitário (PAIVA, 2020).

Como gestor do sistema de saúde brasileiro próximo dos ideais da política de saúde sanitária, Barros Barreto tinha entendimento do potencial da propaganda para infundir no imaginário da população as recomendações de hábitos higiênicos mais modernos, trazidos dos Estados Unidos, onde se especializou. Para aplicar essa estratégia no Brasil, ele buscou o prestígio de Monteiro Lobato, escritor de grande penetração popular, face aos livros infantis cujos personagens eram emblemáticos como a Narizinho, o Pedrinho, a boneca Emília, o Visconde de Sabugosa, a vovó D. Benta e a tia Nastácia.

Esse escritor, grande nome da literatura brasileira, criou, então, um personagem chamado Jeca Tatu, que era modelo que pintava pobreza com hábitos higiênicos precários. Jeca Tatu era descrito pelo autor como um caipira indolente/acomodado, desleixado, que andava de pés descalços, em meio a porcos e galinhas esqueléticas, numa terra seca e maltratada, sem disposição para melhorar de vida; amarelo e magro, dentes cariados e barba sempre por fazer, desanimado, apático e duvidosa cultura de hábitos higiênicos saudáveis, vivendo com sua família igualmente magra e mal cuidada, do que a natureza lhe proporcionava, o tempo todo com a preguiça. Jeca Tatu foi personagem criado por Monteiro Lobato para denunciar as péssimas condições de vida do homem do campo, que levava uma vida miserável nos sertões brasileiros. Jeca era a imagem do ser legado ao abandono pelo Estado, à mercê de enfermidades típicas dos países atrasados, da miséria e do atraso econômico (KORNDÖRFER, 2018).

Na história, um médico estrangeiro ao conhecê-lo, diagnostica suas mazelas, providencia tratamento, ensina novos hábitos e cuidados com a saúde, curando a eterna preguiça que nada mais era do que a apatia do ser desnutrido e parasitado, ensinando que o trabalho e a higiene seriam capazes de lhe restituir a dignidade e o sucesso na vida. Jeca Tatu aprende, aplica e passa a ser outra pessoa bem sucedida e aficionada nas práticas de limpeza as quais estende à família e aos vizinhos, difundindo os benefícios da nova cultura adotada.

A ancilostomose ou Amarelão, como é popularmente conhecida a doença, era o mal que atacava o personagem Jeca Tatu, causada por um parasita que acometia grande parte da população rural brasileira. A ancilostomose, também chamada de ancilostomíase, necatoríase, amarelão ou doença do Jeca Tatu é uma parasitose intestinal muito comum, provocada pelos nematódeos da família Ancylostomidae: *Ancylostoma*

duodenale ou *Necator americanos* (Brasil, MS, 2022). A ilustração a seguir retrata um pouco dessa história.

Figura 1 - Anúncio de remédio contra ancilostomíase que usa imagem do personagem Jeca Tatu, de Monteiro Lobato



Fonte: Almanaque do Biotônico Fontoura, 1935 (Ilustração: J. U. Campos).

O impacto das palavras de Miguel Pereira supracitadas transformou seu discurso em um ato fundador do movimento pelo saneamento do Brasil. Esse movimento de opinião pública via na doença o principal problema do país, o que mobilizou os intelectuais brasileiros como Monteiro Lobato, Euclides da Cunha, dentre outros, a denunciarem as precárias condições sanitárias em que viviam os brasileiros. A crítica aos problemas de saúde e ao saneamento aproximaram o discurso médico de textos literários e ensaísticos que se propuseram a esboçar retratos do país (FILKEIMAN, 2000; KORNDÖRFER, 2018).

A propaganda era parte de um projeto de modernização da sociedade brasileira na vertente do cuidado em saúde ou, como mais tarde viria a ser chamada, pela educação sanitária, um dos objetivos de Barros Barreto como diretor do DNSP. Esse projeto de organização e construção de uma burocracia nacional em saúde, bem como o processo efetivo de implantação de políticas nacionais de saúde tinham em João de Barros Barreto um grande mentor. Esse planejamento voltou-se para questões regionais, em que se conjugava centralização política com descentralização administrativa, preceitos organizativos fortalecidos nacionalmente na política de saúde varguista (PAIVA, 2020; MELLO; IBAÑEZ; VIANA, 2011). Entretanto, a

chegada da 2ª Grande Guerra atrapalhou a implantação de uma organização estrutural dos serviços de saúde a cargo do MESP/ DNSP.

No contexto da guerra, o governo Vargas mantinha relações comerciais tanto com a Alemanha quanto com os EUA. Assim, o Brasil tentou manter-se neutro diante da tensão mundial, uma vez que apoiar um dos lados: Eixo (Alemanha, Itália, Japão) ou Aliados (EUA, Inglaterra, França) poderia significar perder parceiros comerciais. Perante a fragilidade econômica brasileira, o presidente da República cedeu à pressão e a atrativos dos EUA, que disponibilizou sua colaboração a setores estratégicos com vistas ao fortalecimento da economia, a fim de receber aporte tecnológico para a indústria brasileira, bem como para a solução de problemas de saúde e saneamento urbano e rural (CAMPOS, 2006; VILARINO, 2020).

Assim, em 1942, foi criado o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), órgão decorrente de um acordo bilateral firmado entre os governos brasileiro e estadunidense. O SESP teria como função inicial levar saneamento básico para a região Amazônica, grande produtora de borracha e, posteriormente, ao Vale do Rio Doce, rica em minério de ferro, regiões essas produtoras de matérias-primas estratégicas para o esforço de guerra norte-americano (LAGO, 2019; COSTA, 2021; OLIVEIRA; BARREIRA, 2000).

Desse modo, o acordo que criou o SESP definia que ele seria mantido com recursos estadunidenses e nacionais. Esse acordo duraria dois anos e receberia assistência técnica e financeira do IAIA, que assumiu inicialmente 90% dos gastos, cabendo ao governo brasileiro apenas 10% do restante. Por isso, existiam interesses favoráveis ao SESP, tanto no âmbito nacional, como no âmbito das políticas de saúde que buscavam centralizar os cuidados com a saúde no país, enquanto os EUA procuravam um meio de garantir a produção de borracha e sua influência comercial sobre o Brasil (SOUSA, 2011).

Concebido no período de guerra, o SESP seria para o governo dos EUA uma agência temporária encarregada de políticas sanitárias pontuais nas duas regiões produtoras de matéria-prima supracitadas. Mas, para o governo brasileiro, essas políticas do SESP ajustavam-se às políticas sanitárias do Ministério da Educação e Saúde e na política de Estado Vargas. Então com as ofensivas dos países do Eixo no conflito e, ao mesmo tempo, a questão da escassez da borracha, a posição do Brasil tornou-se uma preocupação constante para os Estados Unidos que vinha se destacando como protagonista no confronto. No Brasil, pela adesão aos apelos dos EUA, a borracha da Amazônia passaria a fornecer o material estratégico para os Aliados, dando início à denominada Batalha da Borracha que se inseriu no processo de mobilização para guerra e se integrou nas políticas do governo Vargas (MIRANDA, 2013).

Dessa forma, a Amazônia voltava a ser destaque no cenário nacional e internacional, sendo a borracha sua figura principal e o produto regional a ser explorado e ampliado para atender à nova demanda. Porém, era necessário conseguir mão de obra para extração da borracha, uma vez que a Amazônia era uma região pouco povoada e a maioria dos habitantes era composta por índios e caboclos, que não tinham o costume de trabalho disciplinado nos moldes capitalistas, com tempo predeterminado (FREITAS; VILARINO; SANTOS, 2019; COSTA, 2021). Nessa conjuntura, o SESP trazia mais elementos para incentivar a migração para a região da borracha que estaria sendo assistida pela nova agência de saúde, passando a ser alvo de propaganda do acordo governamental com os EUA, como mostra a Figura 2.

Figura 2: O sanitarista americano dr. Clair E. Turner falando da importância do saneamento e da educação sanitária do povo.

Saneamento e educação sanitária do povo

Fala o sanitarista americano dr. Clair E. Turner sobre os trabalhos do SESP na Amazonia e no Rio Doce

Encontra-se nesta capital o dr. Clair E. Turner, professor de educação sanitária do Instituto de Tecnologia de Massachusetts, e conselheiro da Divisão de Saúde e Saneamento do Instituto de Assuntos Inter-Americanos, órgão executivo da Coordenação de Assuntos Inter-Americanos, dirigida pelo sr. Nelson Rockefeller. Veio ao Brasil e conhecido sanitarista em missão daquele Instituto, que exerce suas atividades entre nós através do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP).

O dr. Turner, antes de chegar ao Rio, permaneceu alguns dias no Pará.

Depois de visitar as obras que o SESP está realizando naquela capital, esteve em Breves, Cametá e Abaeté. Viajando em companhia do sr. Charles W. Wagley, assistente do Superintendente do SESP, o dr. Turner entrou, naquelas cidades, em contacto com os médicos do Serviço, autoridades municipais, professoras primárias e gente do povo. Pôde assim fazer uma ideia do nível de educação sanitária das populações e da orientação seguida nos esforços que estão sendo feitos para elevá-la.

Com a longa experiência que adquiriu, não apenas nos Estados Unidos, mas também em missões que desempenhou em Java, na Índia, na China, no Japão, na Rússia, na Inglaterra e outros países, o sanitarista norte-americano está estudando com o dr. Marcelino G. Candau, diretor do Programa de Educação Médica do SESP, e com outros dirigentes dessa organização os programas de educação sanitária no Brasil, que são a base das obras de saneamento que estão sendo realizadas nos Vales do Rio Doce e da Amazonia.

BEM IMPRESSIONADO COM O ANDAMENTO DOS TRABALHOS

Falando à imprensa, o dr. Turner deu suas impressões sobre as obras em execução na Amazonia: — "Observel detidamente a marcha dos trabalhos e posso dizer que recolhi de tudo a melhor impressão. A obra é realmente gigantesca, mas está sendo vencida galhardamente, graças aos recursos de que dispomos e à teledade dos homens que ali estão trabalhando.

Sente-se que a educação sanitária vai tendo no grande vale uma orientação inteligente. A tarefa requer ingentes sacrifícios e uma dedicação extremada, e que afortunadamente estamos encontrando por parte do pessoal



O sr. Clair E. Turner falando ao reporter

Massachusetts, expondo como conseguiu, por meio de uma educação metódica, elevar o nível de sanidade local, graças também à cooperação do povo, que é, nesse caso, indispensável.

E acrescenta: — "Espero poder repetir na Amazonia e no Vale do Rio Doce a minha experiência da Maldin. Não há dúvida de que o estado sanitário de um povo depende do seu grau de educação nesse particular.

A tarefa do SESP em relação a obras de engenharia sanitária seria praticamente nula se não educarmos o povo a compreender o seu sentido, o seu alcance social enfim.

Para isso, será necessário estabelecer um plano de ação, que se pode sintetizar nos quatro itens seguintes: 1.º o ensino de higiene nas escolas primárias; 2.º intensa propaganda pela imprensa, rádio, etc.; 3.º organização, em cada cidade, de associações de cidadãos interessados no levantamento do nível sanitário local; 4.º treinamento de técnicos profissionais de saúde pública.

Levando-se em conta as proporções da obra que estamos empreendendo, devemos cuidar de um programa tanto quanto possível simples, isto é, ao alcance do povo.

Com as reservas financeiras com que contamos, podemos prosseguir nos trabalhos por um período de cinco anos ainda. Creio que os nossos trabalhos vão correspondendo à expectativa, pois tive a oportunidade de ouvir, por intermédio de um intérprete, a opinião de

gente do povo, na Amazonia, e cem por cento se manifestaram satisfeitos e agradecidos".

IRA A SÃO PAULO, AO CHILE E PERU

— "Devo permanecer no Rio até o dia 27 — informa o entrevistado. Daqui seguirei até São Paulo, onde pretendo visitar o Instituto de Higiene, do qual é diretor o dr. Paulo de Sousa, meu ilustre companheiro de congressos sanitários nos Estados Unidos, onde o conheci.

No Rio, entrarei em contacto com os sanitaristas brasileiros e visitarei as escolas primárias. Devo avistar-me também com o dr. Abelardo Marinho, diretor da Divisão Sanitária do Departamento Nacional de Saúde, com o qual trarei de assuntos relacionados com

(Conclua na 2ª página)

Unquente Cruz



Desse modo, era necessária intervenção do governo brasileiro para suprir a nova demanda estabelecida. Com isso, originou-se o programa de migração sob investimento estadunidense, com propósito de incentivar o processo migratório dos trabalhadores que decidissem partir para a Amazônia (CAMPOS, 2006). Assim nasceu o programa de expansão da borracha Amazônica para recrutar e transportar trabalhadores do nordeste para extração da borracha. Esse seria um produto indispensável para a derrota da Alemanha como pode ser observado nas Figuras 3 e 4 a seguir:

Figura 3: Contribuição da borracha da Amazônia para a derrota de Hitler.



Fonte: O Jornal 04/08/1943. Hemeroteca Digital da Biblioteca Nacional Digital.

Figura 4: Assistência à saúde dos trabalhadores para extração da borracha.



Fonte: Hemeroteca Nacional, O jornal, 4 de agosto de 1943.

Conforme já referido neste estudo, as políticas de saúde aplicadas e defendidas por Barros Barreto ainda não chegavam às regiões mais distantes do país, ficando grande parte das populações rurais desassistidas. Assim, a chegada do SESP pôs fim ao propósito de constituir a tão debatida/idealizada política de saúde de abrangência nacional que ficaria a cargo do DNS, a qual marcaria a presença do estado na vida dessas populações (MOTA; TARELOW, 2018; LIMA, 2004; FONSECA; SANTOS, 2004).

As políticas do governo Vargas de incentivo a povoamentos agrícolas na Amazônia foram afetadas pelos acordos com os Estados Unidos. Um exemplo disso foi o Plano de Saneamento da Amazônia que vinha sendo realizado na região pelo DNS, com a finalidade de produzir uma ampla investigação sobre a incidência de malária, mas que foi extinto em 1942 com a criação do SESP. Fruto dos Acordos de Washington, o SESP visava garantir condições de salubridade aos trabalhadores da borracha, no vale do Amazonas, e do minério de ferro, no Vale do Rio Doce (CAMPOS, 2006; MIRANDA, 2013).

Durante as negociações para a criação do SESP, observa-se a reação contrária apresentada pelo DNS órgão responsável pela coordenação das ações de saúde pública no MES, pois, para seu diretor, o médico sanitário Barros Barreto, isso implicaria ações de saúde paralelas, uma vez que esse órgão assumiria funções que caberiam ao DNS o qual poderia perfeitamente coordenar tais serviços. Entretanto, aos estadunidenses interessava uma organização na qual eles exercessem influência, sem maiores intervenções (PINHEIRO, 2015). Para tanto, impôs-se ao Diretor do DNS o SESP, ignorando o seu capital científico e cultural de sanitário especializado nos Estados Unidos e o planejamento de saneamento que havia preparado ao assumir a pauta.

Por essa razão, o SESP foi concebido em caráter jurídico especial. Mesmo sendo subordinado ao MES, desfrutava de bastante autonomia, uma vez que possuía orçamento próprio, de modo que podia contratar e demitir funcionários livremente, estabelecer salários e critérios de administração independente do MES. Dessa forma, o SESP desfrutava de uma autonomia que nenhum outro órgão público de saúde possuía (PINHEIRO, 2015; BASTOS, 1996).

Nesse sentido, foi possível entender que a instalação desse órgão no campo da saúde brasileira constituiu-se em um ponto de conflito, visto que as ações que eram executadas pelo DNS seriam executadas também pelo SESP: o DNS responsável pelas ações de saúde nas grandes cidades e o SESP pelas populações rurais. Essa situação demonstra as lutas dos agentes no campo de saúde e no campo político em que a cultura de saúde dominante aqui representada

pelo SESP exerce poder sobre a cultura dominada aqui representada pela cultura de saúde brasileira/DNS, uma vez que se tratava de uma disputa dentro do MES (SANTOS, 2001; CAMPOS, 2006).

Registra-se que a presença de uma agência internacional com autonomia em relação ao DNS certamente provocaria atritos e disputas de poder voltados a aspectos políticos, uma vez que o modelo de administração de saúde pública era inspirado nas mesmas ideias de agendas internacionais. Campos (2005) revela a existência de semelhança entre as agendas sanitárias norte-americana e brasileira, pois ambas adotavam as propostas discutidas nas conferências internacionais de saúde que eram difundidas tanto em congressos internacionais quanto em instituições de ensino de saúde pública como a Johns Hopkins University, que recebia muitos alunos brasileiros e de outros locais.

Esse movimento leva a pensar nas manifestações de resistência à imposição dessa cultura, pois os EUA se consideravam uma nação de desenvolvimento e cultura mais evoluídos, em relação à imposição de uma cultura aceita, social e historicamente, como “superior”, nesse caso a dos EUA sobre uma considerada inferior, representada aqui pela brasileira. De acordo com o pensamento de Norbert Elias:

A sociedade ocidental dos últimos dois ou três séculos se julga superior a sociedades mais antigas ou a sociedades contemporâneas ‘mais primitivas’. Com essa palavra, a sociedade ocidental procura descrever a que lhe constitui o caráter especial e aquilo de que se orgulha: a nível de sua tecnologia, a natureza de suas maneiras, a desenvolvimento de sua cultura científica ou visão do mundo, e muito mais (ELIAS, 1999, p. 21).

Em consequência disso, viria a ser o SESP com sua autonomia jurídica e político-administrativa uma política paralela impositiva perante o DNS que estabeleceria os preceitos de uma organização regional, descentralizada, coordenada e integrada no campo da prática (FINKELMAN, 2000). Essa instituição acabou por se tornar um modelo para a ação do Estado em relação à saúde pública no Brasil, principalmente para as regiões mais pobres do país, onde ela estabeleceu e difundiu sua cultura por uma rede de serviços básicos nos sertões brasileiros, além das regiões pré-definidas, e converteu-se em uma política alternativa de saúde (SANTIAGO, 2011; FREITAS; VILARINO; SANTOS, 2019). O trabalho de Rosa (2015) corrobora com o achado, pois aborda a configuração das ações de saúde do SESP do campo da saúde no sertão de São Francisco (ROSA, 2015).

3.1 Políticas de Saúde para o Brasil desde o Estado Novo até o Plano Salte: entre o tratado nacional e o contratado internacional

Desde 1930, na circunstância da política de “boa vizinhança”, a ideia de cooperação interamericana passou a circular de modo constante no discurso político estadunidense. Essa política ficou conhecida pelo empenho de aproximação cultural entre os Estados Unidos e a América Latina para possibilitar não somente o intercâmbio econômico e cultural, mas também para coordenar o esforço de guerra estadunidense. Além disso, atuou em diversas áreas, entre elas, a cooperação em saúde no hemisfério sul, política executada pelo IAIA. Este órgão tinha por finalidade proporcionar o desenvolvimento das relações comerciais e culturais entre as repúblicas americanas e dessa forma favorecer o espírito de solidariedade e cooperação para defender o hemisfério (CAMPOS, 2008).

Dessa forma, a colaboração americana evidenciava um duplo sentido, pois se preocupava tanto com a produtividade da força de trabalho, quanto com a utilização da saúde como instrumento de hegemonia, de projeção de valores políticos da democracia americana. Diante dos interesses imediatos da guerra, esses acordos econômicos bilaterais vieram a favorecer o processo de industrialização do nosso país. Por isso, a criação do SESP deu respaldo e continuidade à política do IAIA, corroborando com essa política no sentido de homogeneizar o modelo de intervenção sanitária e visão de saúde no continente americano (OLIVEIRA; BARREIRA, 2000).

As políticas públicas de saúde brasileiras possuíam uma estrutura com duplicidade de responsabilidades federais no campo da saúde, divididas entre o MESP que tinha como objetivo a saúde pública e os Institutos de Aposentadoria e Pensões os quais priorizavam a assistência médica dos trabalhadores inseridos no mercado formal de trabalho, sendo que cada categoria de trabalhadores tinha o seu próprio Instituto (CHAGAS, 2020). Vale destacar a dualidade que se apresentava dentro do governo Vargas, visto que atuava visando à consolidação de um Estado Nacional, com prioridade para a saúde pública direcionada ao interior do país, a cargo do MESP, ao tempo que, na área urbana, focava-se na construção de uma política previdenciária que era restrita aos trabalhadores formais (FONSECA; HOCHMAN, 1999).

Nesse período, sedimentou-se a concepção, já instaurada na década de 1920, de que a assistência à saúde era pertinente à esfera privada e não à pública, sendo que a assistência médica era acessível somente aos trabalhadores com carteira assinada (mercado formal). Por isso, era necessária a formação do MESP para atender aos anseios e aos pedidos do vigoroso movimento sanitário, da primeira república; mas, foi somente a partir de 1937, quando o MESP passou a chamar-se Ministério da Educação e Saúde (mês), que este passou a atuar mais

fortemente, dando um novo rumo à saúde pública, cujo foco eram as doenças infectocontagiosas que atingiam as comunidades (PADILHA; BORENSTEIN; SANTOS, 2015).

Nos anos 1940, as principais ações de saúde pública estavam voltadas ao combate da malária e da tuberculose, bem como à criação de um plano nacional de combate à lepra. Registra-se, entretanto, que a febre amarela continuou a merecer mais cautela do governo federal. Em 1941, com a criação dos Serviços Nacionais, ocorreu a verticalização das campanhas de combate às doenças específicas e as endêmicas. Nesse mesmo ano, foi processada nova reforma da Saúde Pública Federal, orientada por Barros Barreto. A estrutura criada manteve as linhas gerais durante vários anos, apesar dos cortes sofridos em várias oportunidades (PAIVA, 2020; TEIXEIRA, PIMENTA, HOCHMAN; 2018).

Com a tendência centralizadora do Estado brasileiro, ocorreu a incorporação, pelo DNS, de vários serviços de combate às endemias, do controle da formação de técnicos em saúde pública e da institucionalização das campanhas sanitárias. A partir daí, a politização das questões da saúde passou a integrar a problemática do poder, e, nesse sentido, a área da saúde ficou dividida em: saúde pública, direcionada a programas de saneamento básico, a campanhas de vacinação e à erradicação de moléstias; já a saúde previdenciária, direcionada à medicina curativa, tendo como foco os trabalhadores assalariados urbanos que emigraram do interior, ampliada com o desenvolvimento do processo de industrialização, levando para cidade doenças antes vistas como endemias rurais (OLIVEIRA; BARREIA, 2000).

Nessa reforma, competia ao DNS promover a realização de inquéritos a respeito das condições da saúde, do saneamento, da higiene e da epidemiologia das doenças existentes no país. Além disso cabia-lhe realizar a profilaxia, o tratamento e a superintendência e administração dos serviços federais; promover medidas de conservação e melhoria da saúde, especificamente, de prevenção ou tratamento das doenças; estabelecer a coordenação das repartições estaduais e municipais e das instituições de iniciativa particular; fiscalizá-las, orientá-las e assisti-las tecnicamente; organizar cursos de aperfeiçoamento sobre assuntos médicos e sanitários (BRASIL, 1941).

A instalação do SESP era justificada pela necessidade de se estabelecerem esforços conjuntos na luta e no combate contra as doenças que inicialmente se concentraram na Região Amazônica e no Vale do Rio Doce, onde se procurou, inicialmente, proporcionar a assistência médica aos seringueiros, bem como treinamento de profissionais de saúde, especialmente médicos, enfermeiras e engenheiros sanitários (PADILHA; BORENSTEIN; SANTOS, 2015).

O convênio que criou o SESP como órgão binacional se renovou durante muitos anos, quando se estabeleceu o desenvolvimento de atividades de saneamento, controle da malária e

assistência médico-sanitária aos trabalhadores ligados ao desenvolvimento econômico da região Amazônica. Além dessas, ressaltam-se também: preparação de profissionais para o trabalho em saúde pública, compreendendo o aperfeiçoamento de médicos e engenheiros sanitaristas; a formação de enfermeiras de saúde pública e o treinamento de outros técnicos, bem como a colaboração com o Serviço Nacional de Lepra por meio das repartições sanitárias estaduais para o combate à lepra (ARAÚJO, 2014; BASTOS, 1996).

Sabe-se que a vinda do SESP implicaria a presença de novas tecnologias de medicina preventiva e do modo de gerenciamento institucional dos norte-americanos para o Brasil como era desejado (VILARINO, 2020). Cabe esclarecer que o IAIA tinha, na verdade, interesse no saneamento das regiões importantes para o esforço de guerra e ao mesmo tempo na oferta de serviço de saúde para os militares instalados nas Bases Militares Norte-Americanas; Vargas, em contrapartida, almejava o desenvolvimento da indústria brasileira e a amplificação dos serviços de saúde para marcar a presença do estado nessas regiões. Nesse sentido, as prioridades do SESP se converteram nas mesmas já identificadas por habilidosos sanitaristas do governo brasileiro décadas atrás que eram: combater a malária para favorecer a exploração e produção de borracha e ao mesmo tempo abrir estradas de ferro para integrar o país (CAMPOS, 2006; PINHEIRO, 2015).

Nos primeiros anos de existência, as atividades médico-sanitárias desenvolvidas pelo SESP combinaram ações preventivas, curativas, bem como assistência médica individual, curativa e emergencial direcionada à população trabalhadora das localidades conveniadas. Essa foi a primeira fase das atividades do SESP que perdurou de 1942 a 1948, devido à renovação sucessiva dos contratos. Reafirma-se que as ações estavam direcionadas à Amazônia e ao Vale do Rio Doce (RENOVATO; BAGNATO, 2011; PINHEIRO, 2015).

Nessa fase inicial de implantação, o SESP criou a Divisão de Educação Sanitária que tinha como finalidade o treinamento de educadores em saúde (profissionais da saúde como: médicos; engenheiros; enfermeiras e auxiliares de hospitais, de saneamento e de laboratórios; visitadoras sanitárias; guardas sanitários), assim como desenvolver ações nas habitações, em espaços comuns, nas associações e nas escolas, na região norte e em parte do Nordeste. (RENOVATO; BAGNATO, 2008; TEIXEIRA, 2008).

No período do pós-guerra, o SESP expandiu sua área de atuação, tendo a educação sanitária como orientadora. Essa fase denominada de fase de expansão teve início a partir de 1950, e estabeleceu convênios com estados do Nordeste do país, cabendo citar: Bahia, Pernambuco, Sergipe, Paraíba e Alagoas, com o objetivo de atender a diversas localidades, principalmente, nas áreas rurais (PINHEIRO, 2015; CAMPOS, 2006).

O SESP se expandiu para regiões rurais brasileiras, onde construiu redes de unidades de saúde locais, focalizando tanto a medicina preventiva como a curativa, tendo como eixo principal a educação sanitária nos mais variados espaços, dentre eles, as escolas primárias (RENOVATO; BAGNATO, 2010). Simultaneamente, intensificou seus trabalhos, passando a realizar ações para além daquilo que era visto como atividades sanitárias básicas (assistência médica, educação sanitária, saneamento e controle de doenças transmissíveis) (SILVA; FERREIRA, 2011; RENOVATO; BAGNATO, 2011). Assim, ao final de uma década de cooperação, o SESP operava em 43% do território brasileiro, enraizando-se no sistema nacional de saúde. Além disso, divulgou publicações em 34 países pelos 5 continentes, difundindo a política do IAIA pelo mundo (PINHEIRO, 2015).

Dessa forma, as atividades do SESP, que no início eram administradas e financiadas em grande parte pelos estadunidenses, em 1948, eram quase totalmente mantidas com recursos nacionais, tendo sido transferida para técnicos brasileiros a administração dos diferentes setores de atividade (ALVIM, 1958). Essa cooperação Brasil/EUA prolongou-se por 18 anos, quando, em 1960, o SESP encerrou suas atividades e foi transformando em Fundação Serviço de Saúde Pública, a qual permaneceu em atividade até 1990, quando foi transformada em Fundação Nacional de Saúde, e mais tarde parte de suas atribuições foram incorporadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) (PINHEIRO, 2015; VILARINO, 2020).

A FSESP foi a estratégia encontrada pelo governo brasileiro para dar continuidade aos serviços realizados pelo SESP, após a retirada do financiamento do programa pelos EUA, a fim de manter a qualidade dos serviços prestados, a precisão dos registros e as alterações nos indicadores de saúde nos locais onde funcionava a rede, as quais precisavam ser preservadas. Assim, a transformação do serviço em Fundação garantiu a continuidade das ações desenvolvidas pelo ele (SANTOS, 2016).

Paralelamente a essa ampliação dos serviços do SESP, foi aprovado no Congresso Nacional o Plano Salte, um plano econômico apresentado pelo presidente Eurico Dutra ao Congresso Nacional, porém aprovado somente dois anos depois. Esse planejamento visava alavancar o desenvolvimento nacional a partir de amplos investimentos em setores prioritários como Saúde, Alimentação, Transporte e Energia. Essa foi a primeira tentativa de programação econômica no período pós-guerra; esse programa não era considerado um plano econômico completo, mas, sim, um programa de gastos públicos (PADILHA; BORENSTEIN; SANTOS, 2015).

Em relação à saúde, o Plano Salte tinha como alvo, dentro da Campanha Nacional de Saúde, elevar o nível sanitário, sobretudo da população rural, combatendo fundamentalmente

as endemias e as moléstias. Independente do plano do governo Dutra, foi implementada uma campanha para erradicação da malária em 11 estados, na Baixada Fluminense e na bacia do Rio São Francisco, onde fizeram aplicação de inseticidas de ação residual a qual proporcionou um maior controle sanitário nas áreas de interesse. No entanto, o Plano Salte fracassou devido à inflação provocada pela redução de dívidas e pelo aumento do custo de vida da população, no caso da saúde especificamente. Em razão da incompatibilidade financeira e das ineficiências técnicas, esse plano de governo foi apenas parcialmente executado (PADILHA; BORENSTEIN; SANTOS, 2015; MELO, 2021).

Por esse motivo, os serviços de saúde voltados às populações rurais permaneceram sob a responsabilidade do SESP, que precisou ampliar suas atividades para dar conta da nova demanda, passando a trabalhar no combate a doenças como raiva, boubá, cólera e varíola. Além disso, passou também a distribuir alimentos em situação de emergência como a seca, pois, em inquéritos realizados por esse órgão, todas as regiões do país, principalmente o Nordeste, sofriam sérios problemas nutricionais, e grande parte da população vivia em situação miserável, em casas pobres, com alimentos precários. Além disso, essa região possuía um horizonte educacional limitado, em que a falta de controle de doenças preveníveis era apenas parte do problema, constituindo-se assim numa crescente preocupação para autoridades (BASTOS, 1996; SANTOS, 2016).

3.2 A configuração do SESP

O trabalho desenvolvido pelo SESP foi orientado a partir de um conjunto de normas e instruções unificadas com a intenção de que, independentemente do grau de complexidade, os serviços caminhassem para uma direção única, com finalidade de alcançar as metas fixadas no nível central. Assim, o Órgão Central, também denominado de Superintendência do Serviço, foi estabelecido na cidade do Rio de Janeiro, capital do Brasil à época, sendo responsável pela coordenação normativa e supervisão de todas as atividades desempenhadas pelo Serviço. A administração do SESP ficou dividida em nível central, nível regional e nível local. O nível regional foi organizado a partir dos programas, enquanto que o nível local organizava-se em distritos sanitários, os postos de higiene e os hospitais (BASTOS, 1996; SOUSA, 2011; PINHEIRO, 2015).

Cabe observar que a gerência administrativa e a orientação técnica da região explorada pelo SESP eram dos norte-americanos, sendo considerada uma instituição americana localizada em território brasileiro. Seus primeiros superintendentes eram americanos – George Murdock

Saunders e Einos H. Christopherson. Somente a partir de agosto de 1944, o médico brasileiro Sérvulo Lima assumiu a superintendência, devido à impossibilidade de um norte-americano lidar com a parte jurídico-institucional da legislação brasileira. Por isso, os norte-americanos criaram a estrutura da “Missão Técnica”, uma administração paralela à da superintendência, para manter sua influência e comando no SESP. A Missão Técnica do IAIA era composta por dez técnicos, inicialmente, entre eles, engenheiros, enfermeiras, administradores e um sociólogo, que passavam a trabalhar com os brasileiros (OLIVEIRA; BARREIRA, 2000).

Compunha a administração central do SESP o Gabinete da Superintendência, Divisão de Enfermagem, Engenharia, Médico-sanitária, Educação Sanitária e Administrativa. Sua área inicial de operação designada Programa do Amazonas tinha sua sede estabelecida na capital Manaus e estava incluída em seu planejamento a construção de hospitais para assistência médico-sanitária. Esse serviço foi organizado de forma regionalizada, hierarquizada e descentralizada e foi delimitada em distrito sanitário, subdistritos e zonas (PINHEIRO, 2015). Essa forma de gestão possibilitou uma maior flexibilidade administrativa e agilidade do trabalho, e, ao mesmo tempo, permitiu a sua adaptação ao aumento progressivo de responsabilidades e ao crescimento constante da área trabalhada (ALVIM, 1958).

Em relação ao serviço, ele foi todo organizado em programas, os quais eram desenvolvidos na forma de projetos individuais detalhados por meio de acordos escritos, devidamente assinados pelo Superintendente e pelo Chefe da Missão Técnica os quais estabeleciam as atividades a serem realizadas e a alocação de recursos. O Serviço possuía orçamento próprio com participação bilateral na qual o IAIA arcaria com 90% dos gastos e o governo brasileiro com apenas 10% do restante. Além do orçamento ordinário, o Serviço contava com outras fontes de financiamento estabelecidas em convênios.

Após sua criação, em 1942, para dar início às suas atividades, o SESP se utilizou de postos de higiene e de pequenos hospitais existentes nas localidades onde se implantou. Para gerenciar esses postos, foram nomeados particularmente guardas que atuavam no combate à malária, procedentes do extinto Serviço Nacional da Malária, cujas atividades acabaram sendo inseridas nas ações do SESP. Os hospitais prestavam assistência médica à população, mesmo não sendo sua prioridade no início dos trabalhos. No entanto, quando as atividades médico-sanitárias e as áreas trabalhadas foram se expandindo, o SESP modificou sua forma de atuação e definiu a fixação de unidades sanitárias para integrar vários serviços (VILARINO, 2020).

As atividades das unidades sanitárias passaram a compreender:

- a) atividades de saúde pública: controle de doenças transmissíveis; estatística vital; enfermagem de saúde pública; educação sanitária: higiene pré-natal e da criança,

compreendendo: higiene infantil; higiene pré-escolar, higiene escolar; saneamento do meio ambiente, este compreendendo: água, dejetos, construção de fossas, higiene na habitação, combate à malária, fiscalização de gêneros alimentícios.

- b) Atividades médico-sanitárias, compreendendo: assistência médica adulto; assistência médica à criança; atividades de laboratório: exames: urina, sangue, fezes, escarro, muco nasal.

Para atender às necessidades de saúde da população, uma rede de postos e centros de saúde foram rapidamente instalados. Os Postos de Higiene, como eram denominados os locais de assistência médico-sanitária, possuíam uma equipe mínima composta por: 01 médico, 01 Secretário-Caixa, 01 Auxiliar de Escritório, 02 Visitadoras-Sanitárias, 01 Guarda Sanitário. As visitadoras sanitárias eram responsáveis pela abertura da pasta da família, na qual continha a ficha individual de cada membro. Os funcionários eram contratados em regime de tempo integral, treinados apropriadamente, de acordo com sua função, e submetidos à supervisão reiterada. Ademais, no fim de 1942, o pessoal já devidamente treinado se dirigia para a instalação de 10 postos de higiene em diferentes localidades; no ano seguinte, o quantitativo de postos em funcionamento era de 34 unidades (BASTOS, 1996; PINHEIRO, 2015).

As equipes do SESP atendiam em vários locais, como centro de saúde, postos de saúde, subpostos onde prestavam assistência à saúde. O centro de saúde era a unidade de saúde importante na hierarquia, pois atendia as quatro clínicas básicas, proporcionando o controle de doenças, condições de saneamento, oferecimento para atendimento às gestantes e crianças, feitura de pesquisa epidemiológica e de estatística vital, além de prover educação sanitária para sua população (CAMPOS, 2005).

Assim, as equipes de trabalho do SESP eram compostas, de acordo com a complexidade da unidade, sendo as mais complexas denominadas de “unidades mistas”, por integrarem assistência em clínicas básicas (médica, cirúrgica, pediatria e obstetrícia com internamento) e unidades sanitárias. Logo, para promover a saúde e prestar assistência médico-sanitária, a rede era distribuída em conformidade com a população da área e a complexidade de assistência, sendo divididas em: subpostos de saúde de ação restrita em localidades pequenas (distrito, vilas) os quais proviam assistência médica periódica, semanal, quinzenal; unidades sanitárias com atividade mais ampla, assistência médica permanente, controle das doenças transmissíveis, enfermagem e educação para a saúde; e as unidades hospitalares e mistas como supracitado (BASTOS, 1996).

As Unidades Mistas, por serem as mais complexas, contavam com profissionais de nível universitário e ocupacionais; as simplificadas, “unidade sanitárias”, operavam apenas com as visitadoras sanitárias e os agentes de saneamento, com visitas periódicas do médico que era responsável pelo serviço e atendia aos casos triados e marcados pela visitadora sanitária (BASTOS, 1996 apud SANTOS et al., 2018).

3.3 Organização e *modus operandi* do SESP

Esta instituição (SESP) era organizada com base em princípios rígidos normativos e disciplinares, característicos de uma missão de guerra, porém associada a um período técnico-científico de modernização do estado motivado pelo governo Vargas. Essas determinações marcaram de forma profunda tanto a organização como a trajetória do SESP (PINHEIRO, 2015). Os princípios normativos adotados pelo SESP eram redigidos sob a influência do conceito de medicina preventiva, dentro dos moldes tradicionais estadunidenses, designados a uma estrutura econômica e social de alto nível de desenvolvimento e condições completamente adversas (BASTOS, 1996).

Logo, para iniciar a execução de seus trabalhos, os profissionais do SESP eram obrigados a participar de treinamentos, como parte das obrigações contratuais, com a finalidade de serem doutrinados com o conhecimento indispensável sobre a filosofia fundamental do trabalho, dos métodos e das técnicas indispensáveis para executar as ações previstas, sendo introduzidos dentro das normas existentes a partir dos treinamentos (SOUSA, 2011).

De acordo com Elias, toda a sociedade está inserida no Processo Civilizador, em que a sociedade vive em constante transição, e as necessidades gerais mudam com o tempo, o que faz que ocorram as mudanças nos padrões e nos comportamentos. Para cada época, a sociedade estabelece instrumentos de condicionamento dos indivíduos que criam modelos que refletem suas próprias ideias de moralidade, de delicadeza e de polidez. Esses conceitos são internalizados e são naturalmente transmitidos às futuras gerações (OLIVEIRA; OLIVEIRA, 2012).

As ações de educação sanitária executadas pelo SESP inseriram no interior do Brasil novas metodologias e técnicas de educação sanitária das quais se pode citar: a educação de grupos, utilização de recursos audiovisuais (murais, folhetos, cartazes, álbuns seriados e slides), desenvolvimento e organização comunitária e educação da comunidade, filmes. Além disso, a educação sanitária passou a integrar as atividades diárias das unidades sanitárias com o

envolvimento de profissionais como enfermeiras, médicos, visitadoras sanitárias e guardas sanitários (RENOVATO; BAGTNATO, 2011; SILVA et al., 2010).

Nesse cenário, falar de modernidade civilizadora significa transitar por dois conceitos complexos: civilização e modernidade, e entre dois mundos complexos: o rural e o urbano. Para isso, Elias mostra que o comportamento do indivíduo civilizado está relacionado às alterações sociais e comportamentais, sendo que a civilização é um processo que se estabelece de forma dinâmica e contínua. Para Elias, a civilização resulta de formação não planejada de distintos grupos e estruturas sociais, tal como as relações de interdependências que as pessoas preservam entre si (VILARINO, 2020).

Assim, o trabalho das equipes de saúde priorizava as atividades de educação na esfera comunitária, com ações direcionadas a grupos específicos, como a realização de palestras para gestantes e parceiras leigas, o uso da escola como espaço de disseminação das noções de higiene, a organização dos Clubes de Saúde, construção de hortas comunitárias. Por desempenharem essas tarefas, esses profissionais ficaram incumbidos do papel de agentes educadores/civilizadores para a população geral (TEIXEIRA, 2008; BASTOS, 1996).

Constituído sob a cultura do melhor sanitarismo americano, o SESP percebeu que o problema da saúde não era unicamente a ausência de técnicas avançadas, mas, especialmente, a adaptação dessas técnicas, originariamente direcionada a uma estrutura econômica e social de alto nível de desenvolvimento, a condições completamente adversas. Esse serviço compreendeu que a saúde pública não era somente um conjunto de técnicas, mas, sobretudo, atividade social que se deve colocar em harmonia com o nível da sociedade em que se desenvolve (BASTOS, 1996). Para Elias, as sociedades mais industrializadas enraizaram profundamente na sua autoimagem a ideia de superioridade (ELIAS, 1994). Essa colocação remete a pensar que os EUA se consideravam um povo de desenvolvimento e cultura mais evoluídos.

Vale destacar que a influência americana sobre o trabalho desenvolvido pelo SESP corrobora com o que foi evidenciado em estudo sobre o trabalho de D. Izabel Santos, em que se argumenta que o SESP, a partir das negociações para sua expansão e aprimoramento, articulados com base na interlocução com o pessoal de serviço, marcou também “a construção de um padrão de administração de saúde pública bastante influenciado pelo que se poderia chamar de uma escola norte-americana” (PAIVA, 2015).

O estudo de Barreira (1992) corrobora com esse achado, pois afirma que, apesar de o SESP ter sua atuação limitada geograficamente, ele provocou forte impacto no sistema de saúde, pois, a partir de 1945, já tinha liderança reconhecida em todo território nacional, sobrepondo-se, em matéria de filosofia de saúde pública, aos órgãos normativos do ministério

da Educação e Saúde. Nos anos seguintes, seus serviços surtiram um efeito de demonstração em todo o país e seus profissionais tornaram-se agentes multiplicadores de seu modelo junto a outras instituições. O SESP procurou ter um constante intercâmbio com secretarias de saúde, escolas de enfermagem. Ademais a Campanha fez que o modelo Sesp de enfermagem de saúde pública viesse praticamente a se tornar “oficial” e único, mesmo que nunca tenha sido alcançado (BARREIRA, 1992).

CAPÍTULO IV- A DIFUSÃO DA CULTURA SESPIANA PELO BRASIL

As fontes consultadas mostraram a configuração do SESP como uma agência estadunidense estratégica para o saneamento das regiões de produção de borracha e de minério para a indústria bélica, bem como da região nordeste onde foi implantada a base militar na qual permaneciam os soldados em guerra. Essa agência estava sob os auspícios do IAIA; ela desenvolvia sua política de sanitização em paralelo com a política do Ministro Barros Barreto, por ser considerada pelo governo brasileiro como capaz de sanear rapidamente as regiões do Brasil que não eram atendidas pelas políticas governamentais, de modo a fazer parte das ações decorrentes dos acordos entre os dois países.

Em decorrência dos bons serviços realizados e dos resultados alcançados, o SESP foi solicitado a expandir suas ações para outros estados, além daqueles incluídos no acordo inicial, levando para outros locais sua cultura e *modus operandi* por meio do trabalho desenvolvido pelos profissionais e ocupacionais de saúde em obediência a normas, regras e estratégias de verificação do alcance das metas e do cumprimento das normas estabelecidas, tendo como ponto forte o trabalho de educação sanitária. Isso é o que será explorado neste capítulo.

Nesse intento, salienta-se que a cultura sanitária do SESP foi considerada a melhor cultura para o Brasil à época, e que, por isso, foi implantada e difundida por vários estados brasileiros entre os quais pode-se citar: Amazonas, Pará, Maranhão, Piauí, Sergipe, Bahia, Minas Gerais, Espírito Santo, Ceará, Rio Grande do Norte, Paraíba, Pernambuco, Alagoas, Rio de Janeiro, Paraná, Santa Catarina e Mato Grosso. A justificativa era a necessidade de melhorar os indicadores de saúde e educar o povo para viver melhor e trabalhar, como nos países desenvolvidos, tal qual os EUA.

Importante lembrar que a cultura das populações rurais era considerada mais rústica ou até mesmo primitiva, assim como seu modo de vida era mais rudimentar, sendo necessário introduzir elementos culturais mais modernos nessas localidades, a fim de provocar mudança cultural, tendo em vista a transformação dos modos de vida das comunidades rurais e sua integração ao capitalismo moderno (BRASIL, 1971; MAIO, 2019).

Acerca da questão cultural, para Norbert Elias (1993), a cultura está no plano intelectual e abstrato; é utilizada para legitimar a hegemonia dominante e é uma forma de autoafirmação social dos abastados. Assim, com base na teoria do processo civilizador, entende-se que a partir do momento que existe o domínio de instrumentos para o controle social por um grupo social específico, este domínio mostra o nível de progresso do grupo social com relações a outros.

Dessa forma, percebe-se que, ao ter esse instrumento em mãos, estão estabelecidas as condições necessárias para a implementação do processo de civilizar. No caso em pauta, os instrumentais dos americanos se mostram a partir do domínio de novas tecnologias, de métodos educacionais considerados modernos e também de uma cultura considerada dominante no país (MARTINS; CARDOSO, 2009).

Nessa conjuntura, importa afirmar que as atividades desenvolvidas pelo SESP privilegiaram as regiões menos desenvolvidas e mais necessitadas, como as áreas rurais, em que seu modelo de educação sanitária se amparou no círculo vicioso da doença e da pobreza, no qual os problemas da saúde estavam correlacionados à falta de educação. Então, sob a ótica do SESP, as escolas tiveram papel fundamental como espaços educativos para desenvolver uma consciência sanitária que proporcionasse à comunidade uma melhor compreensão do adoecimento, da saúde e da solidariedade social, incluindo, nesse âmbito, as escolas primárias (RENOVATO; BAGNATO, 2010).

Assim, cabe citar aqui o que disse o professor Clair Tuner do IAIA num relatório do SESP em sua 1ª visita ao programa da Amazônia: “a educação deve começar onde o indivíduo está e conduzi-lo para onde deveria estar”. Isso faz refletir sobre os mecanismos de coerção sociais que direcionam para um movimento civilizador, em que as pessoas precisam controlar seus impulsos e sentimentos para alcançar um padrão de conduta considerado superior e mais civilizado.

Com esse entendimento e para difundir a cultura sespiana pelas regiões brasileiras, o SESP utilizou como estratégias: treinamento de pessoal qualificado para trabalhar nas unidades de saúde; investimento em educação sanitária (distribuição de livros, folhetos, boletins), além de exibição de propagandas, slides e filmes educativos para grupos e massas; criação de escolas de enfermagem e cursos de visitadoras e outros auxiliares; criação de uma rede integrada de unidade de saúde em várias regiões do país.

Com essas medidas, o SESP buscou alargar os espaços de atuação da educação sanitária, não somente nos serviços de saúde, mas se prolongando ao ambiente escolar; assim, alcançaria não apenas os estudantes, mas também os pais e a comunidade. A escola que tinha como função preparar as gerações para o futuro consistia em um dos discursos da educação sanitária sespiana. Posto isso, a educação sanitária na escola seria um dos componentes do programa institucional de educação sanitária, a ser realizada pela equipe da escola, tendo a colaboração dos profissionais de saúde que atuavam nas unidades sanitárias: o médico, a enfermeira e a visitadora sanitária (RENOVATO; BAGNATO, 2010).

4.1 Estratégias de difusão da Cultura sespiana e mecanismos de controle

No modo de atuação SESP, é possível identificar as diferentes estratégias utilizadas para influenciar as pessoas como contato individual e com grupos; porém, essas estratégias eram mais demoradas e não alcançavam as populações mais distantes. Por isso, o SESP começou a fazer uso do Método de Educação de Massa como possibilidade educativa, uma vez que grande parcela da população era analfabeta; desse modo, resolveu promover propagandas e filmes para causar mudanças de atitudes. Esse método passou a ser empregado em programas educativos, alcançou resultados mais promissores, além de ter sido motivação de massa no sentido desejado. Ademais alcançou grande compreensão, assimilação e fixação das mensagens comunicadas (BASTOS, 1996).

Um dos veículos utilizados mais eficazes foi o Boletim do SESP que começou a ser publicado mensalmente em 1944, como um instrumento para divulgação e registro de tudo que acontecia nos setores do Serviço Especial de Saúde Pública. Ele era direcionado a funcionários e também ao público mais leigo: explicava os programas, os cursos; anunciava visitas e eventos científicos e políticos; e expressava comentários sobre temas gerais de saúde pública. Nas publicações do boletim do SESP, a educação sanitária figura como elemento de integração entre as unidades de saúde e a população, ao formar a consciência sanitária na população (CARDOSO, 2009).

A Divisão de Educação Sanitária era o órgão de propaganda e publicidade dos programas em andamento, entre os quais o Programa da Amazônia. Ela tinha como função levar informação ao povo sobre assuntos de saúde pública, divulgar ensinamentos de higiene individual e coletiva, tornar conhecidas as finalidades, os projetos, os trabalhos e as realizações do programa. Dessa forma, esse órgão dispunha de elementos necessários para desenvolver ações educativas, visando abranger ao mesmo tempo crianças e adultos; as crianças, principalmente, por meio do estímulo à instrução higiênica nas escolas e clubes de saúde. A Figura 5 ilustra o quantitativo de materiais que foram distribuídos para as escolas de enfermagem e também os materiais que eram distribuídos nos programas e estados.

Figura 5: Materiais educativos distribuídos pelo SESP/Divisão de educação sanitária - outubro, novembro e dezembro de 1950.

HE-MONTHLY REPORT

OCTOBER, NOVEMBER AND DECEMBER 1950.

HE-RJA-17Distribution of Health Educational Material

Distribution of books, folders, posters, pamphlets was made as follows:

Localities	Books	Posters	Folders	Pamphlets
Niteroi, State of Rio	18	-	90	110
School of Nurses "Luiza de Marillac"	-	-	10	60
Belo Horizonte	16	60	40	140
Pirapora, State of Minas Gerais	33	14	10	186
Prefeitura of Guaçuí, State of Espí- rito Santo	-	70	200	105
Vitória da Conquista, Bahia	-	-	500 ^o	-
Rio de Janeiro	-	-	5120	-
São Paulo	-	-	-	5
Health Education Division, SESP	13	85	69	227
Juazeiro, Bahia	65	90	479	130
Ilheus, Bahia	10	-	-	-
Amazon Program	-	-	-	300

2 16mm films were lent to the Bahia Program; 4 to the Nurses School of Porto Alegre; 2 35mm to the Nurses School of Porto Alegre.
1 16mm was given to the Bahia Program and 3 to the Nordeste Program.

Fonte: acervo fundo FSESP pertencente ao Centro de Documentação e História da Saúde (CDHS)/ FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2021. Caixa Nº 113

Um exemplo valioso para a produção de conhecimento em várias áreas foi a propaganda educativa em saúde da Perfumaria Myrta, nos anos 1950, a qual teve forte presença na mídia da época, tanto no rádio como em revistas, tendo como objeto da propaganda o “creme dental Eucalol” por meio da distribuição do “Livrinho Eucalol”. Esse livrinho contava a história de Zezinho, um menino que não tinha cuidado com os dentes.

Para o caso, era habitual que se alimentasse, comesse bastante doces e balas e nunca escovasse os dentes, como era recomendado que se fizesse após cada refeição. Um dia, Zezinho foi para floresta, esqueceu de escovar os dentes e virou tamanduá. Zezinho ficou triste pensando em tudo que tinha quando era um menino, arrependendo-se de não seguir as orientações higiênicas. Nesse momento, aparece um “creme dental” ensinando o tamanduá a como voltar a ser um menino, se escovasse os dentes regularmente, e nunca mais esquecesse esse novo hábito. Após prometer solenemente, Zezinho volta a ser menino, volta para casa e passa a ensinar a todas as pessoas a importância de escovar os dentes com o creme dental da propaganda.

Essas imagens e histórias acompanhavam as embalagens do creme dental e do sabonete Eucalol e participavam do cotidiano de crianças, adolescentes e adultos, os quais por meio das figuras ilustrativas viajavam por diferentes lugares no imaginário coletivo à época. Com elas, velhos hábitos iam sendo substituídos por novas práticas consideradas mais civilizadas.

As propagandas e anúncios relativos à perfumaria tinham a finalidade de inscrever os discursos que refletiam as normas comportamentais do período, assim como infundir o conjunto de práticas discursivas sobre os hábitos e costumes de uma determinada época; no caso, os atos referentes à saúde e à higiene do corpo (VELLOSO; BRAIDA, 2019). Ressalta-se que não passa despercebida a sincronia dessas propagandas com o propósito do SESP de infundir e difundir a cultura estadunidense, tenha ou não havido qualquer aproximação entre o órgão, sua concepção e as empresas de produtos higiênicos.

Outro meio de difusão da cultura sespiana foi por meio da preparação do pessoal técnico para as atividades de campo, implementadas em cada programa, devido à carência de pessoal especializado e à dificuldade de requisitá-lo em outros órgãos. Coube, assim, à Divisão de Educação Sanitária executar essa tarefa, preparando cursos para as diversas categorias de pessoal: médicos, engenheiros, enfermeiras, visitadoras, auxiliares hospitalares e de laboratório, guardas sanitários, entre outros (VILARINO, 2008).

Dessa forma, no início das atividades, a capacitação de pessoal buscou atender à necessidade imediata de mão de obra; mas também é importante afirmar que o Serviço reconhecia a necessidade de treinamento de seu pessoal para a implementação das tarefas mais pragmáticas até a apreensão dos novos conceitos sobre saúde e saneamento e sua posterior difusão. E isso era aplicado tanto aos técnicos de nível superior (médicos, enfermeiras, engenheiros etc.) quanto aos auxiliares (BASTOS, 1996 apud VILARINO, 2008).

A preparação de pessoal tornou-se uma das preocupações do SESP, acompanhando a ampliação do seu alcance profissional e geográfico. A necessidade de formar quadros de pessoal qualificado/especializado levou a instituição a investir nessa área e na constituição de um modelo de prestação de serviços de saúde que fosse adaptado às condições locais, ganhando relevo e destaque nos anos seguintes. De acordo com a teoria elisiana, esse cuidado cumpria a finalidade de garantir que a cultura sanitária do SESP fosse muito bem repassada por meio de um discurso autorizado pela cúpula sespiana, por intermédio de pessoal preparado para cumprir essa finalidade sem perigo de não ser acreditado pela população.

Para Norbert Elias, a concepção de configuração ultrapassa as ações individuais, uma vez que permite a formação de teia, na qual cada pessoa pertencente a essa teia tem suas próprias características, mas que só podem ser compreendidas nas relações que se estabelecem. Melhor

dizendo, cada profissional: enfermeira, médico ou visitadora que compõe a equipe de saúde do SESP trouxe uma bagagem pessoal e cultural que proporcionou uma relação de interdependência.

De acordo com o documento “Educação sanitária e seu papel na luta contra grandes endemias”, com observações colhidas pelo SESP para assegurar o sucesso e a continuidade das campanhas de saúde pública, era necessário que o público-alvo fosse devidamente esclarecido acerca de sua finalidade, bem como dos meios utilizados. A cooperação dos beneficiados era de fundamental importância, pois a imposição de teorias educacionais, bem como a imposição de normas, resultaria em fracasso (GANDU; SILVA, 1946).

Nessa perspectiva, o ensino da higiene seria de responsabilidade da professora que faria palestras sobre o assunto, bem como a “revista/inspeção matinal de asseio”, para cultivar a formação de hábitos saudáveis, pois, para o SESP, a maioria das crianças que frequentam as escolas do interior são filhas de trabalhadores rurais, operários que se apresentam em péssimas condições de saúde e desconhecem os mais elementares hábitos de higiene. Assim, se o processo civilizatório dependia em parte da professora, era necessário contribuir para formar esse sujeito tão indispensável ao ensino da higiene e da saúde nas comunidades rurais (RENOVATO; BAGNATO, 2010; TEIXEIRA, 2008).

Por isso, em 1944, essa instituição passou a ministrar cursos rápidos de educação sanitária para professores primários, a fim de colaborar com a ação educativa em saúde e com a difusão da cultura sanitária do SESP. De acordo com esse Serviço, as professoras geralmente apresentavam uma formação deficitária e insuficiente, pois não estavam envolvidas com os problemas de Saúde Pública e, por isso, “os professores não se encontravam à altura para realizar um programa amplo sobre o assunto no seio das classes estudantis”. Dessa forma, criava-se uma relação de amizade e cooperação entre a escola e as unidades sanitárias do SESP (RENOVATO; BAGNATO, 2010; SILVA et al., 2018). O curso foi criado para atender às demandas no cenário que se apresentava, como pode ser visto na Figura 6:

Figura 6: Fotografia do grupo participante do Curso de educação sanitária para professoras primárias.



Professôras que participaram do Curso 11

Fonte: acervo fundo FSESP pertencente ao Centro de Documentação e História da Saúde (CDHS)/ FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2021. Caixa de Nº 113.

A fotografia se refere ao grupo que participou do 1º Curso de Verão para professores primários rurais, com a finalidade de esclarecer às professoras das áreas trabalhadas pelo SESP do valor da saúde pública assim como da importância da cooperação entre a escola, a família e a comunidade na solução dos problemas de saúde rural e da atuação da professora para o êxito dessa educação.

Dessa forma, o curso preparava/capacitava os professores para que as escolas servissem de centro de irradiação para a educação sanitária preconizada pelo SESP. Dito de outra forma, na perspectiva do processo civilizador, na imposição de uma outra cultura, o SESP coagiu as professoras primárias para o controle de seus instintos e antigos hábitos, como forma de intervenção social, informando e planejando maneiras de modificar comportamentos e gerar mudanças na cultura local.

De acordo com um trecho da palestra proferida por Charles Wagley, intitulada *A educação sanitária do povo brasileiro*, publicada em *O Jornal*, em 1945, a aproximação do SESP das escolas se deve ao fato de que “ao pensarmos em Educação, pensamos na escola; esse era sem dúvida o melhor tempo/período para formar hábitos e atitudes corretas no indivíduo” (grifo meu). Para ele, trabalhar por intermédio da escola, principalmente as primárias, poder-se-ia estabelecer crenças, atitudes e hábitos nas próximas gerações, em que essas ideias seriam levadas às famílias e às comunidades por meio das crianças. Assim, era necessário criar o “espírito de comunidade” (grifo meu) no qual as pessoas se sentissem parte tanto da escola como dos centros de saúde; somente assim ocorreria uma educação democrática e participativa (*O Jornal*, domingo, 5 de agosto de 1945, p. 12).

Nessa palestra, Wagley ressalta que o problema da alimentação deficiente/precária no país não se resolve somente com a distribuição de alimentos básicos, pois a população, às vezes, não sabe usar esses alimentos de forma correta. Para ele, o problema da alimentação, bem como outros problemas de saúde do povo, são principalmente problemas de educação do povo. Por isso, não é apenas uma questão de ensinar a plantar racionalmente e produzir métodos modernos, mas, sobretudo, educar para que o povo saiba quais alimentos plantar e por que consumir, ou seja, é educar no sentido de a pessoa aprender por si. Sendo assim, a educação sanitária não deve visar apenas à interpretação de fatos científicos para o povo, mas trabalhar a mudança de seus hábitos e de atitudes em relação à saúde (*O Jornal*, domingo, 5 de agosto de 1945, p. 12).

Para Elias, a ação educativa faz parte de um condicionamento em que as pessoas se tornam civilizadas. Segundo ele, não existe atitude natural, mas, sim, um processo histórico de ensino-aprendizagem que contribui para desenvolvimento dos modos de conduta e de comportamento, sendo este o responsável pela constituição de modelo de civilização que se difundiu pelo mundo (OLIVEIRA; OLIVEIRA, 2012).

Nessa perspectiva, o conjunto dessas mudanças são percebidas nas práticas institucionalizadas de educação por meio da formação de crianças e jovens nas escolas, em que as representações de um interesse pelo controle e escolarização dos corpos, demonstrado na preconização de normas de higiene, instituíram formas de comportamento que ajudaram na pretensão de se construir modelos de homem e mulher adequados ao processo civilizador do mundo moderno (SILVA; COELHO; MONTAGNOLI, 2018).

Isso faz refletir que, para mostrar que os novos conceitos estavam sendo absorvidos, cada vez mais as pessoas precisavam reprimir a si mesmas, bem como a sua espontaneidade em favor de um comportamento mais racional, ou seja, mais civilizado. Dessa forma, o movimento termina provocando um autocontrole dos indivíduos, os quais precisam conter suas vontades e impulsos para atender às demandas impostas pela sociedade.

Conforme o que foi exposto, o conceito de configuração é basilar na Teoria do Processo Civilizador, pois trata tanto da relação de interdependência entre pessoas e grupos, como dos processos resultantes dessas relações. Isso ocorre devido às mudanças no tecido social, em que o indivíduo deixa de ter um controle sobre suas pulsões, favorecendo a interdependência na sociedade e uma maior diferenciação social (COSTA, 2012).

Desse modo, a cultura sanitária do modelo sespiano foi difundida pelo Brasil afora, por meio da educação sanitária que tinha no trabalho das visitadoras sanitárias o mais alto grau de capilarização, uma vez que estava em contato direto com a comunidade e fazia a conexão desta

com os postos de higiene ou unidade sanitária. Por intermédio das visitadoras, ações de saúde pública tornaram-se uma alternativa promissora para melhorar as condições higiênicas de vida, uma vez que havia boa resolutividade dos problemas práticos que afligiam essas localidades. Seu papel primordial consistia em educação sanitária, de forma que levasse informação às pessoas, com a finalidade de mudar comportamentos, costumes e práticas corporais, tendo em vista adequá-los a preceitos higiênicos sespianos (SANTOS, 2016; TEIXEIRA, 2008).

Norbert Elias considera que pessoas, ao viverem em sociedade, passaram a observar umas às outras, começaram a desenhar uma nova característica presente no processo de civilização, regulado pela coação de uma pessoa sobre a outra, com o propósito de modificar ou moldar determinados padrões de comportamento. Conforme vão surgindo modos de vida e funções diferentes, os sentimentos, as emoções e a estrutura dos desejos e impulsos também se modificam (NOGUEIRA; BRANDÃO, 2020).

Na sua proposta da educação sanitária, o SESP focou-se nos serviços de saneamento (como tratamento da água e instalação de esgotamento sanitário e *latrinas*³), sendo também responsável pela construção de casa e latrinas em grupos de baixa renda, em cooperação com a prefeitura de Governador Valadares. Essas unidades que foram construídas serviram de modelo de demonstração (BASTOS, 1996; MAIO, 2019). Na região norte e nordeste do país, as instalações sanitárias construídas pelo SESP passaram a ser chamadas de “casinhas” (grifo meu), pelo fato de serem construídas de alvenaria, acerca de 10 metros de distância da casa e de cisternas para evitar contaminação da água. Na Figura 7, tem-se uma fotografia que mostra a visitadora sanitária ensinando à moradora como fazer a limpeza do aparelho sanitário:

Figura 7: Fotografia de uma Visitadora ensinando à dona de casa como limpar a latrina.

³ Termo empregado pelas pessoas das comunidades rurais para se referirem às instalações sanitárias.



Fonte: Acervo Fundo FSESP pertencente ao Centro de Documentação e História da Saúde (CDHS)/ FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2021. Caixa Nº 106.

A descrição da foto continha a seguinte identificação: “The use of adequate privies is a simple means of preventing feces from coming in contact with people and causing disease. A "visitadora" demonstrates how to clean a privy”. Tradução: O uso de latrinas (ou privadas) adequadas é um meio simples de evitar que as fezes entrem em contato com as pessoas e causem doenças. Uma "visitadora" mostra como limpar uma privada.

Vale salientar que a falta de privadas nas casas era algo comum nas comunidades rurais mais remotas. Antes da vinda do SESP, existiam poucas casas com privadas na área externa; a maioria das pessoas usavam os matos próximos para satisfazer suas necessidades fisiológicas. Suas fezes ficavam descobertas e eram espalhadas pelas galinhas, porcos e cães. Grande parcela da população fazia uso do sabugo de milho ou folhas/cascas de arbustos com a função do papel higiênico, sendo o jornal velho outro recurso valioso. Outro recurso era os penicos (urinóis) muito utilizados pelos mais aquinhoados, os quais eram usados pela noite e descartados durante o dia no mato mais próximo (VILARINO, 2020).

Cabe trazer aqui uma citação do trabalho de Santos (2016) acerca da questão:

O uso da instalação sanitária foi um trabalho de peso, conforme destaca a visitadora sanitária Janicleide: “A gente dava palestra pra ensinar como usar a pia, o sanitário, porque eles nunca tiveram sanitário, o costume era ir lá no mato... Pra tirar aquele costume, você tinha que fazer um monte de palestra, mostrar o que era verminose, que se morria de verminose, era um trabalho muito bem feito” (LIMA, 15 jul. 2016).

Em algumas comunidades, o uso da casinha virou símbolo de prosperidade, num processo educativo de longa duração, passando a ser alvo de comentários com parentes de lugares distantes, como entre os nordestinos que trabalhavam na Amazônia, mas seus familiares estavam na caatinga onde a pobreza e a falta de estudo também era comum, locais igualmente

sem saneamento. Esse fato também contribuiu para a boa aceitação das ações do SESP, quando os governantes de vários estados nordestinos decidiram solicitar serem incluídos na zona de atuação desse órgão.

De acordo com o estudo de Vilarino (2020), a chegada do SESP nos locais mais remotos do país era compreendida como um impulso civilizador, tanto do ponto de vista econômico com o aumento do luxo de capitais para integrar a estrutura básica provida pelo estado quanto do ponto de vista da dimensão social, trazendo a conformação de hábitos e comportamentos no seio da comunidade local, mais consoante aos padrões culturais e científicos do mundo moderno.

Conforme o ponto de vista de Elias, somos frutos da nossa cultura e os costumes do ambiente/sociedade “moldam” nossa conduta. Assim, ao utilizar um dispositivo ou objeto como o sanitário, não seria apenas ação mecânica e individual, mas, sobretudo, apreender esses comportamentos significava pertencer a uma cultura mais moderna e diferenciada, que modificava hábitos e costumes rudimentares e primitivos para incentivar e inculcar novos comportamentos ditos mais higiênicos.

Desse modo, na concepção de Elias, o processo civilizador corresponde ao desenvolvimento de alterações de longo prazo na estrutura da personalidade humana e nas transformações do comportamento (Psicogênese). Dito de outra forma, o indivíduo sofre coações tanto exteriores quanto interiores como uma espécie de internalização, disciplinarização de si. Isso, conseqüentemente, produz transformações na estrutura social em que o indivíduo está inserido. Da mesma forma, as diversas transformações que ocorrem continuamente nas estruturas das sociedades (sociogênese), principalmente nas relações sociais, produzem alterações nas estruturas de personalidades dos seres individuais que a compõem (NOGUEIRA; BRANDÃO, 2020).

Nessa conjuntura, com o intuito de difundir os preceitos da educação sanitária, as visitadoras sanitárias, sob a supervisão da enfermeira, realizavam conferências, distribuíam folhetos e contavam com recursos modernos de divulgação, tais como folhetos, cartazes, exposições, álbum seriado; além disso, ressalta-se que os cursos eram para professoras públicas. Em toda área trabalhada pelo SESP, ele executou amplo programa de educação sanitária por meio do rádio. Também foram criados clubes de saúde junto às escolas, o que muito auxiliou o trabalho das campanhas sanitárias.

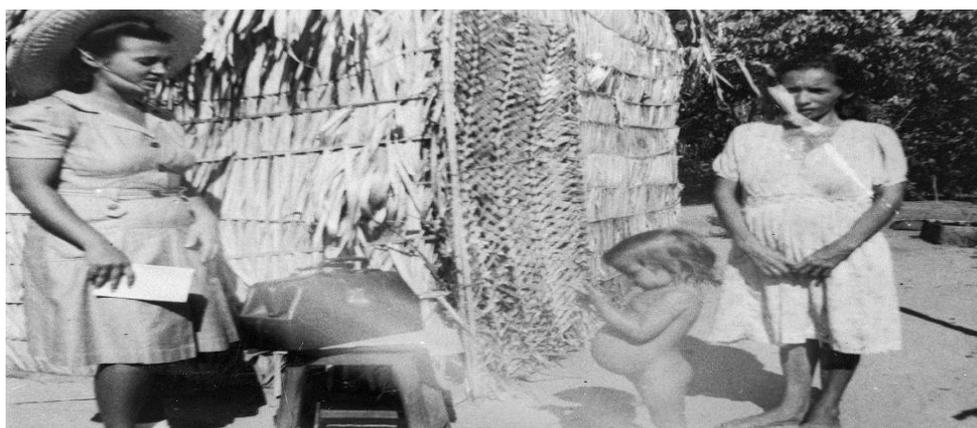
De acordo com Vilarino (2020), o movimento de modernização levado pelos agentes do SESP tinha a finalidade de aproximação entre dois mundos: o mundo da saúde, da ciência, da prosperidade e da civilização àquele outro mundo do atraso, da doença, do ordinário, da

tradição, que é o alvo, sendo este último o espaço de disputa em que se corporifica a prática sanitária entre esses dois mundos, quais sejam, o sertão e a civilização.

Para alcançar o grau de conhecimento e alterações nos padrões de comportamento, compreendido como civilizado, a humanidade passou por diversas mudanças em seu cotidiano e nas relações interpessoais. O tecido social sofreu alterações e os papéis a serem desempenhados pelos indivíduos se modificaram, o que exigiu uma adaptação a essas novas formas de vida e aos novos relacionamentos que surgiram em decorrência das mudanças da sociedade. Estabeleceram-se aí outras funções sociais e uma nova e diferente estrutura social passou a solidificar a interdependência (OLIVEIRA; OLIVEIRA, 2012).

Nesse sentido, a proposta de educação sanitária do SESP era direcionada a uma modernização civilizadora e se configurava também como um espaço de experiência entremeadado por distintos interesses, métodos e concepções médico-sanitárias que colocariam em confronto a tradição e a ciência, os ‘velhos’ hábitos das populações-alvo e os novos padrões científicos de higiene e terapêutica (VILARINO, 2020). Tal afirmativa é facilmente confirmada ao se evidenciarem os diferentes contextos em que as visitadoras sanitárias difundiam os preceitos sanitários para grupos considerados prioritários, cabendo destacar aqui as crianças, como ilustrado na Figura 8.

Figura 8: Fotografia de uma Visitadora convencendo a mãe da criança da importância de levá-la ao posto de saúde.



Fonte: Acervo fundo FSESP pertencente ao Centro de Documentação e História da Saúde (CDHS)/ FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2021. Caixa N° 106.

A descrição da foto continha a seguinte identificação:” The "visitadora" tries to convince the mother of the poor condition of her child and of the need to bring her child to the health center of SESP where the child will receive a medical examination and necessary medication”. Tradução livre: “A "visitadora" tenta convencer a mãe do mau estado de saúde do

filho e da necessidade de levar o filho ao centro de saúde do SESP onde o filho passará por exame médico e medicação necessária”.

Da mesma forma, especial atenção era prestada às gestantes e nutrizes, sendo que para as gestantes era providenciada a atenção pré-natal, até porque os indicadores de saúde à época se apresentavam em padrões preocupantes no que dizia respeito às taxas de mortalidade materna e infantil, principalmente no primeiro ano de vida. Atenção se dava ao tétano *neonatorum*, às gastroenterites, às verminoses e às doenças evitáveis por vacinação. As gestantes não só iam ao posto de saúde, mas recebiam as visitadoras sanitárias em casa, como mostra a Figura 9:

Figura 9: Fotografia de uma Visitadora e aluna em visita domiciliar a gestante.



Fonte: Acervo fundo FSESP pertencente ao Centro de Documentação e História da Saúde (CDHS)/ FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2021. Caixa Nº 106.

Descrição da fotografia: “A "visitadora" and a student in visiting the home of an expectant mother advise her about the hygiene of pregnancy and about going to the prenatal clinic”. Tradução livre: “Uma "visitadora" e uma aluna em visita à casa de uma gestante aconselham-na sobre a higiene na gravidez e sobre ir ao pré-natal”.

Segundo o estudo de Bastos (1996), o SESP/FSESP considerava prioritária a assistência ao grupo materno-infantil, porque esse grupo correspondia a 70,98% da população do país, sendo constituída por mulheres e crianças, com elevada taxa de natalidade e coeficiente de mortalidade infantil correspondendo, em média, a 95 óbitos a cada mil nascidos vivos. A faixa etária de 0-4 anos de vida era a de maior representatividade. Importante afirmar que a maioria dos óbitos infantis poderia ser evitada com vacinação, assistência médica e educação sanitária (BASTOS, 1996).

A fotografia mostra a visitadora junto a uma estudante, fazendo uma visita à gestante e a sua família na comunidade, ambas vestidas apropriadamente, conforme a época, com seu

uniforme e maleta. A maleta era parte fundamental do uniforme; era importante devido a sua simbologia; era uma insígnia que ajudava a caracterizar a figura das visitadoras sanitárias do SESP; eram importantes sinais indicativos da posição, permitindo também que as visitadoras fossem diferenciadas das parteiras.

As atividades educativas eram prioritárias e levadas ao domicílio da gestante pelas visitadoras sanitárias nos locais onde não havia enfermeira. Incluíam-se, assim, assuntos referentes à preparação para o parto, à escolha da parteira ("curiosa" orientada pelo SESP), aos cuidados com o asseio corporal e com a alimentação, aos preparativos para aguardar o nascimento da criança, ao vestuário, ao trabalho, entre outras questões (BASTOS, 1996). O exemplo ilustrativo apresentado na Figura 10 mostra as visitadoras ensinando a mãe a cobrir o berço para proteger a criança de picada de insetos.

Figura 10: Visitadoras ensinando a mãe a fazer a cama e cobrir a cama com mosquiteiro.



Fonte: Acervo fundo FSESP pertencente ao Centro de Documentação e História da Saúde (CDHS)/ FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2021. Caixa N° 106.

Descrevendo a fotografia, tem-se: The "visitadora" teaches the mother how to make an inexpensive bed and how to use a mosquito net. Tradução livre: A "visitadora" ensina a mãe a fazer uma cama barata e a usar um mosquiteiro.

Para compreender a adoção de hábitos mais saudáveis pelas populações rurais, faz-se necessário ter em mente que o trabalho das visitadoras era o de impulsionar as pessoas a mudarem seus comportamentos. Tal ação era um processo longo, sendo que o resultado da educação sanitária e da ação pedagógica podia ser adaptado de acordo com os espaços sociais, tornando possível a criação de novas condutas pelos atores sociais (SANTOS, 2001).

Para Elias, toda a sociedade está inserida no Processo Civilizador. Para ele, a sociedade vive em constante transição, quando as necessidades gerais mudam com o tempo, o que faz que ocorram as mudanças nos padrões e comportamentos. Para cada época, a sociedade estabelece instrumentos de condicionamento dos indivíduos que criam modelos que refletem suas próprias ideias de moralidade, de delicadeza e de polidez. Esses conceitos são internalizados e são naturalmente transmitidos às futuras gerações (OLIVEIRA; OLIVEIRA, 2012).

4.2 As enfermeiras como instrumento de controle da cultura sespiana e as visitadoras como instrumento de difusão

O desenvolvimento da enfermagem brasileira foi um tema de grande interesse para o SESP, devido à importância das profissionais dessa área para seus programas de saúde pública. As enfermeiras eram responsáveis pelo bom funcionamento das unidades de saúde onde atuavam, pelo sucesso dos programas de saúde, visto que estava sob sua responsabilidade estabelecer o elo entre as unidades de saúde e a população, uma vez que o trabalho das visitadoras sanitárias era supervisionado e orientado por essas enfermeiras diplomadas. Elas também contribuíam para a realização de cursos de treinamento de auxiliares e visitadoras sanitárias. Essa é a razão do grande destaque dado no Boletim e a preocupação do SESP com os cursos de formação de enfermeiras, auxiliares de enfermagem e visitadoras sanitárias.

Conforme relatório dos meses de maio e junho de 1949, um exemplo desse instrumento foi o Curso de Orientação em Enfermagem de Saúde Pública Rural. As aulas ocorreram em Aimorés. No planejamento, foram incluídas as enfermeiras do programa do Rio Doce e uma enfermeira lotada no serviço da Bahia. Esse curso foi planejado e dirigido por Glades A. Lee, enfermeira americana presente sob os auspícios do IAIA. Como ela não sabia falar português, todas as aulas foram interpretadas pelos demais profissionais, quando indicados. Dez enfermeiras concluíram o curso com 100% de frequência (BRASIL, 1949).

Esse curso foi dividido em 4 seções: a primeira constituiu-se de uma introdução; a segunda do valor da família com as relações dos serviços prestados pelo SESP; a terceira da enfermagem e de seu papel de supervisora de pessoal profissional e não profissional; e a quarta da experiência das enfermeiras ao visitarem as casas das famílias em Aimorés e apresentarem os projetos que planejaram e realizaram durante o curso. Essa 4ª parte não estava prevista no início do curso, mas foi necessária devido à epidemia de sarampo em Aimorés, e as visitadoras não tinham condições de cuidar dos serviços de enfermagem. Por isso, as enfermeiras tiveram a oportunidade de conhecer o pessoal do centro de saúde e da comunidade, ao tempo em que

poderiam começar a trabalhar em seus planos para um curso de atualização para as visitadoras (BRASIL, 1949).

Ainda sobre esse Relatório, o Dr. Wilson G. Smillie acompanhado por Dr. M. G. Candu visitou o Programa Rio Doce momento em que o Dr. Smillie teve a oportunidade de conversar com Da. Nadir Mattos Moura (enfermeira chefe do Programa Rio Doce) e Da. Cândida Fernandes Conceição (enfermeira chefe do Centro de Acolhimento de Colatina) sobre enfermagem em saúde pública no Vale. Dr. Smillie elogiou entusiasticamente os esforços das enfermeiras para ajudar a construir atitudes positivas por parte das famílias, para que agora as famílias estejam dispostas e ansiosas pelo serviço de enfermagem do S.E.S.P., em comparação com o número de anos atrás, quando ele estava no Brasil (BRASIL, 1949).

As enfermeiras do SESP eram responsáveis pela organização dos cursos de visitadoras sanitárias; eram também predominantemente as professoras, com alguma ajuda do médico nas aulas teóricas e visitadoras experientes nas práticas (TEIXEIRA, 2008), tal como dito: “A enfermeira era responsável pela formação inicial tanto de auxiliares como das visitadoras sanitárias e ainda pela formação continuada dessas profissionais” (RENOVATO; BAGNATO, 2011, p. 12). A Figura 11 ilustra uma reunião de duas enfermeiras em visita de supervisão e educação continuada com as visitadoras sanitárias em plena atividade pedagógica:

Figura 11: Fotografia de reunião entre enfermeiras e visitadoras sanitárias em aula.



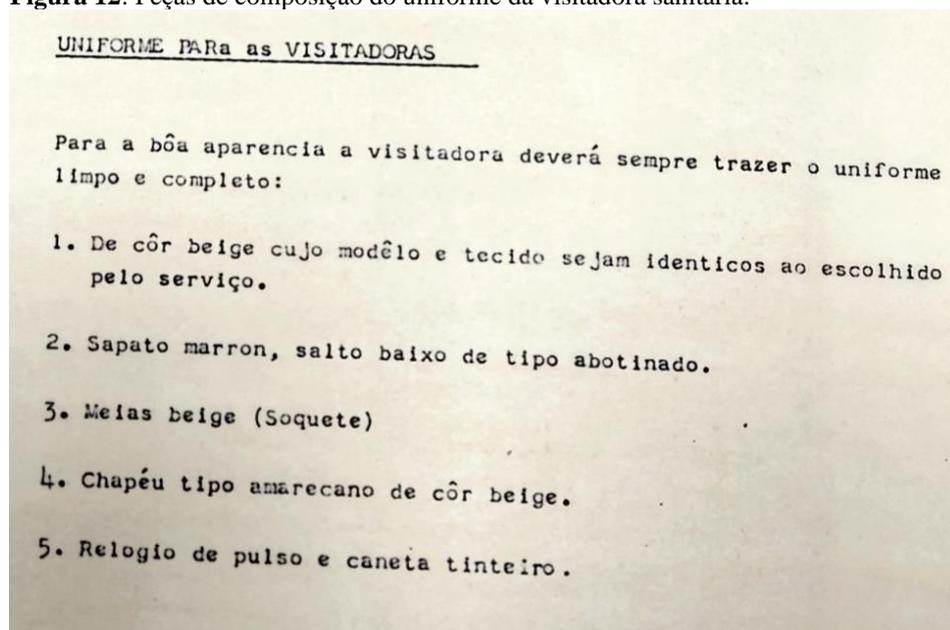
Fonte: Acervo fundo FSESP pertencente ao Centro de Documentação e História da Saúde (CDHS)/ FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2021. Caixa Nº 56.

A descrição da fotografia apresenta: Da. Judith and Da. Ursula having a group conference with the visitadoras. A visitadora is presenting a family caso study. Tradução livre: Da. Judite e Da. Úrsula participando de um grupo de conferência com as visitadoras. Uma visitadora está apresentando um estudo de caso de família. A apresentação e discussão de casos eram uma estratégia metodológica de educação continuada bastante utilizada, não só para atualização de conhecimentos, mas também para treinamento da comunicação e do uso do linguajar apropriado à cultura sespiana.

É importante registrar que Da Judite Costa era enfermeira chefe do Centro de Saúde da cidade de Colatina no Espírito Santo, em visita ao curso na condição de professora ou instrutora como algumas eram chamadas. A presença de enfermeiras do staff do SESP era comum nos cursos, podendo significar o quanto essas atividades eram importantes para firmar nas treinadas o discurso apropriado para a difusão da cultura sespiana nas localidades para onde voltariam para trabalhar, sendo mais um mecanismo de difusão da melhor cultura, também pela entonação de sua presença.

As visitadoras, ao serem admitidas nas unidades de saúde onde atuariam, recebiam um uniforme composto de calça ou saia, blusa, sapatos e uma maleta para carregar o material necessário visando ao desenvolvimento de seu trabalho. Um fragmento do manual de visitadoras ilustra as peças que o uniforme deveria conter:

Figura 12: Peças de composição do uniforme da visitadora sanitária.



Fonte: Acervo fundo FSESP pertencente ao Centro de Documentação e História da Saúde (CDHS)/ FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2021, CAIXA N° 106.

O uniforme desempenhava um papel importante de identificação das visitadoras e das enfermeiras do SESP, inclusive servindo para diferenciar as diversas categorias profissionais; a identificação mais significativa era entre a população que as reconhecia pelo uniforme e as reconhecia como mensageiras e difusoras da nova cultura de higiene e saúde que era a marca do SESP.

As enfermeiras diplomadas, por sua vez, eram responsáveis pela supervisão da maleta da visitadora, na qual deveria ter todo material indispensável para orientações/assistência nas visitas domiciliares. Diariamente, após as visitas, a maleta era revista, higienizada e reabastecida para as visitas do dia seguinte. Os atendimentos relatados e registrados deveriam estar coerentes com o gasto de material que era repostado.

Para ser aluna do curso de visitadoras, as candidatas eram selecionadas pelo Serviço de Enfermagem, de acordo com o médico local do SESP. As aulas eram ministradas em Centros não muito distantes de suas próprias localidades, para as quais elas voltariam para trabalhar depois de terminado, sendo que o último mês do curso era dado na localidade onde iriam trabalhar. Elas eram orientadas e ensinadas por uma Enfermeira diplomada de Saúde Pública, a qual permaneceria com elas até que se compenetrassem integralmente de seus deveres e de suas responsabilidades.

Como está escrito no Manual das Visitadoras Sanitárias,

elas usarão um simples uniforme designado pelo Serviço de Enfermagem. Este uniforme será usado somente em serviço. As visitadoras ficarão como funcionárias do Posto de Higiene sob a fiscalização direta do Diretor do Posto. A Enfermeira orientadora visitará periodicamente os Postos de Higiene para ajudar a melhorar o serviço de visitadoras (BRASIL, 1946).

O fragmento apresentado na Figura 13 mostra o número de candidatas inscritas no curso de visitadoras sanitárias de Santarém e as enfermeiras e professoras responsáveis pelo curso em julho de 1946; a enfermeira Sumaia Curi era a diretora do curso de visitadora. Sua presença como professora era um sinal de distinção pela sua posição no SESP e era uma garantia da importância dos ensinamentos para estimular o sucesso da missão educativa das visitadoras; com isso, acontecia o forte incentivo de mudança dos hábitos higiênicos da população da área coberta pelo SESP.

Figura 13: Relação das candidatas aprovadas para o curso de visitadoras sanitárias em 1946, das professoras e suas auxiliares.

Alunas : Alice Machado
 Alba Santos da Silva
 Alzira Cunha
 Beatriz Leite de Souza
 Ermene Monteiro Valino
 Maria Edinor Cezar
 Judith Ribeiro David
 Joanna D'Arc Menezes Parente
 Maria do Rosário Sena Maués
 Maria de Nazaré Figueira de Brito
 Maria Célia Almeida Lima
 Nélia de Campos Malato
 Maria Ruth Magno de Oliveira
 Zulmira Mota de Azevedo
 Yolane Campos Nogueira
 Maria José Bastos
 Maria Ruth Dias Ramos
 Rosa de Lima Maia Morbach
 Terêsa Campos Barbosa
 Maria Elza Bezerra Corrêa
 Yolanda dos Santos Ferreira
 Juliana Barra Tavares

Professôras :
 Enedina Azevedo
 Mariana Miranda
 Carolina Leticia de Moraes
 Sumaia Curi

Auxiliares :
 D. Maria Morena Teixeira
 D. Felismina Cunha
 D. Honorina Araújo
 D. Nazareth Carvalho-servente das diplomadas
 D. Domingas Alves Duarte
 D. Isidia Santos - auxiliar de lavadeira

Total : 32 pessoas

Fonte: Acervo fundo FSESP pertencente ao Centro de Documentação e História da Saúde (CDHS)/ FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2021. Caixa Nº 106.

Ressalta-se que as visitadoras eram instrumentos de difusão da cultura sespiana, pois, por meio da visita domiciliar, essas profissionais treinadas pelas enfermeiras de saúde pública tinham como atribuição divulgar conceitos e noções de higiene e fornecer orientações de puericultura, já que nesse período atribuía-se a ocorrência de doenças à falta de educação sanitária. Outra função era o programa de treinamento das curiosas (mulheres da comunidade que ajudavam as parturientes, a partir dos conhecimentos populares/culturais, mas sem formação), que era feito tanto pelas enfermeiras quanto pelas visitadoras sanitárias, as quais faziam demonstrações de filmes para discussão em grupo e observação, com o fim de instrução das curiosas.

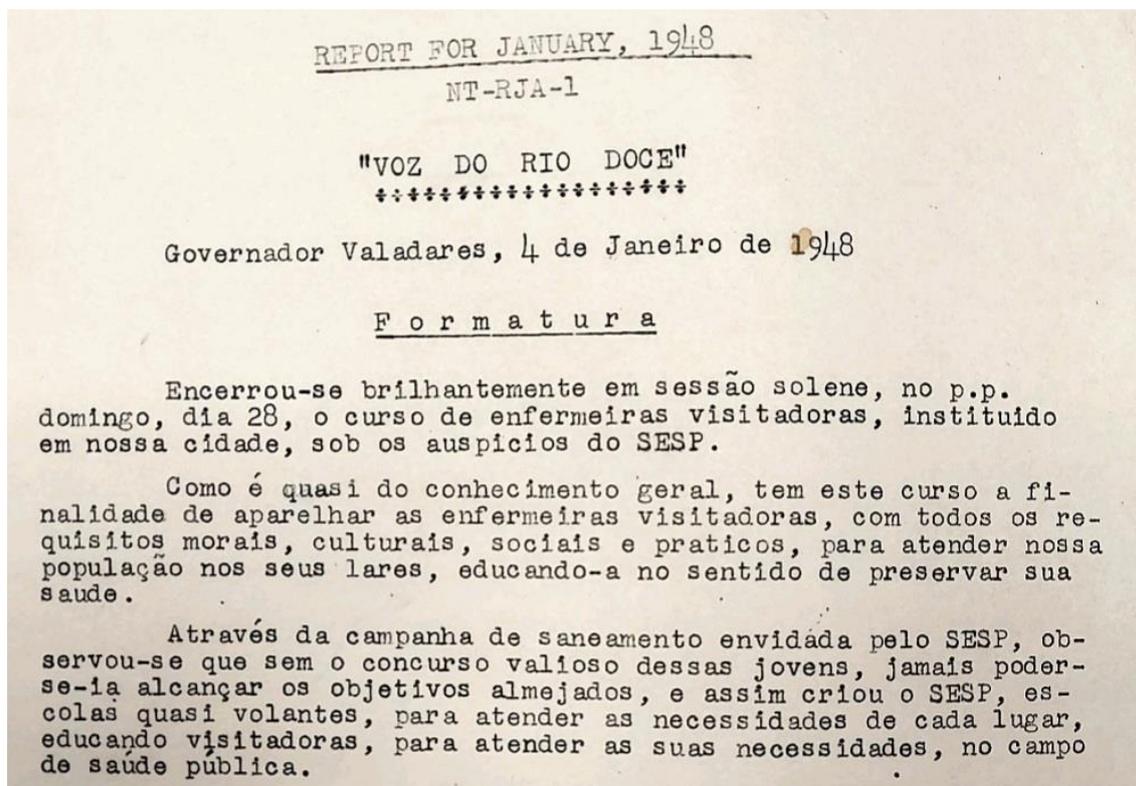
Com o término do treinamento das curiosas para assistirem a parturiente e o RN em parto domiciliar, elas eram registradas, recebiam uma bolsa, contendo materiais para seu uso nas suas atividades, e passavam a ser supervisionadas pelas enfermeiras e visitadoras sanitárias (TEIXEIRA, 2008; BASTOS, 1996), com a obrigação de repassarem os partos acompanhados, o sexo, o peso, a altura e apgar do RN, o tipo de parto e as condições da mãe e do bebê. As visitadoras atuavam junto às “parteiras curiosas”, procurando ganhar sua cooperação voluntária para o treinamento (TEIXEIRA, 2008).

O controle era feito por meio do compromisso das curiosas de voltar à unidade de saúde após cada parto para repor os materiais da bolsa que recebiam nos treinamentos. Caso não o fizessem, o uso da bolsa seria suspenso até que novo treinamento ocorresse (TEIXEIRA, 2008). Assim, a suspensão da bolsa funcionava como mecanismo de coação para que as curiosas abrissem mão de suas práticas rudimentares e passassem a atuar de acordo com a nova cultura aprendida e estimulada.

Para dar conta dessas atividades, cabe destacar a criação dos primeiros cursos de visitadoras sanitárias na região Norte e no vale do Rio Doce, em 1943, com a finalidade de capacitar jovens para orientar as famílias. No entanto, com a necessidade de ter mais visitadoras, os cursos foram organizados nas localidades onde havia instalações do SESP, passando ao encargo dos órgãos regionais.

Assim as candidatas eram recrutadas em cidades e vilas de regiões próximas para fazer o curso. Elas deveriam atender a requisitos como: atributos de personalidade (liderança) e hábitos de higiene. Além disso, eram escolhidas mulheres entre 16 e 28 anos, solteiras e viúvas (casadas somente com a permissão do marido). Era necessário ter o primário completo, bem como atributos e habilidades pessoais e ainda responder a um questionário avaliativo com cinquenta questões, envolvendo preceitos sanitários e ordem moral (SANTOS et al., 2018). A figura 14 apresenta a repercussão do curso na sociedade local e os elogios dirigidos às visitadoras sanitárias e sua importância para o sucesso das ações de saúde pública.

Figura14: Fragmento do relatório de governador Valadares.



Fonte: Acervo fundo FSESP pertencente ao Centro de Documentação e História da Saúde (CDHS)/ FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2021. Caixa N° 45.

As candidatas eram escolhidas por meio de um processo seletivo e, quando aprovadas para o curso de formação das visitadoras sanitárias, recebiam um auxílio financeiro para suas despesas. O curso era em regime de internato, tinha duração de seis meses e se dividia em uma parte teórica e outra prática. Esses cursos eram ministrados principalmente por enfermeiras, podendo ter a colaboração de médicos e, algumas vezes, visitadoras sanitárias com mais experiência, diferente dos guardas sanitários, pois, mesmo que respondessem ao médico do distrito sanitário, eram treinados/ensinados por inspetores sanitários compostos principalmente por engenheiros (TEIXEIRA, 2008).

Assim tanto a formação inicial de auxiliares e de visitadoras sanitárias quanto a formação continuada dessas profissionais ficaram ao encargo das enfermeiras. As visitadoras sanitárias tinham como função fazer as visitas às casas e às escolas, o trabalho de auxiliar nos postos e centros de saúde, bem como a de disciplinar as parteiras locais. Já para as auxiliares de educação, sanitária incluíam-se a elaboração de cursos de educação continuada para apoiar na formação e capacitação e a distribuição de materiais educativos tais como livros, folhetos e cartazes. Os cursos de visitadoras sanitárias também se estenderam para outros estados, atingindo o Vale do Rio Doce, Alagoas e Bahia, nos quais as enfermeiras distritais e das

unidades sanitárias assumiram a responsabilidade pelo curso, porém sem o sistema de internato que foi considerado bastante dispendioso (RENOVATO; BAGNATO, 2011; TEIXEIRA, 2008).

Os cargos de guardas e visitadoras sanitárias foram incorporados ao SESP sob o argumento da carência de enfermeiras, da falta de educação sanitária, da necessidade de manutenção dos equipamentos. Porém, percebe-se que a instituição das visitadoras parece ter sido estimulada devido a homens estarem realizando as visitas domiciliares. Em uma sociedade em que esse domínio é marcadamente feminino, em razão de uma divisão sexual do trabalho, homem com essa função poderia ser visto como uma invasão dos limites do lar. Para uma melhor aceitação das atividades no domicílio, as mulheres passaram a fazer o curso de formação de visitadoras e os homens o de guarda o qual tinha a função mais operacional de aplicação de inseticidas. Essa divisão parece ter inculcado a ideia de que educação sanitária e hábitos mais civilizados era de competência das visitadoras (TEIXEIRA, 2008). O recorte de jornal (Folha de São Paulo) da época mostra essa função como essencialmente feminina:

Figura 15: Cuidados dos doentes como atribuição feminina.



Fonte: Imagens de recorte de jornal do acervo fundo FSESP pertencente ao Centro de Documentação e História da Saúde (CDHS)/ FIOCRUZ Rio de Janeiro, 2021. Caixa N° 56.

A gestão do trabalho se dava por meio de programas governamentais de assistência à saúde individual, pela importação de tecnologias as quais poderiam transformar a forma como os hospitais seriam construídos, organizados e operados, exigindo educação e treinamento de pessoal, atendimento ao paciente e esforços para abordar as questões de saúde pública. A ênfase era a de que as enfermeiras eram o padrão de eficiência/referência e produtividade, porque eram

responsáveis por organizar, gerenciar, treinar e supervisionar o pessoal auxiliar (BARREIRA, 2005).

4.3 As contribuições do SESP para o desenvolvimento da enfermagem moderna no Brasil

Ao analisar as fontes que compuseram o *corpus* documental deste estudo, foi possível constatar que as enfermeiras foram agentes transmissores da cultura sespiana, garantindo sucesso do processo civilizatório tanto pela formação e treinamento das enfermeiras, das auxiliares e das visitadoras sanitárias, como pela coação que exercia sobre toda a equipe de trabalho nas supervisões que desenvolviam, de acordo com normas instituídas e calendário previamente estabelecido, momento de cobranças, exigências, imposições de cumprimentos de rotinas e reprogramação de metas. Por essas razões era interessante para o SESP investir na formação de enfermeiras para garantir o alcance dos seus objetivos.

Tal perspectiva acabou por contribuir para transformar o SESP num grande estimulador do progresso da enfermagem brasileira. Seu trabalho foi fundamental, pois atuou não somente no desenvolvimento de programas de saúde, mas principalmente na formação de novos profissionais, uma vez que havia grande deficiência de enfermeiras no País (BONINI et al., 2015; ALVIM, 1959).

O SESP investiu na formação de profissionais de enfermagem em todo o país. Em muitas edições de seus boletins e matérias de jornais, demonstrava a importância de atrair e incentivar pessoas para a área. Um exemplo disso são as escolas de enfermagem que receberam auxílio e assistência técnica do SESP. O estudo de Santiago (2011) revela que as escolas de Manaus e de Recife tiveram como professoras exclusivamente enfermeiras que eram instrutoras do SESP; além disso, o Serviço ofereceu várias colaborações com escolas de enfermagem para a formação tanto de enfermeiras profissionais como curso oficial de auxiliar de enfermagem, cursos intensivos de Visitadoras Sanitárias e os cursos de treinamento em serviço para auxiliares hospitalares e atendentes hospitalares, que trabalhavam somente nos serviços do SESP (SANTIAGO, 2011).

Como o número de enfermeiras formadas era reduzido, a enfermeira americana Elizabeth Tennant, membro do Conselho Internacional da Fundação Rockefeller, foi designada para ser conselheira de enfermagem do SESP por meio do IAIA, a fim de avaliar a situação da enfermagem brasileira e elaborar um relatório no qual traçaria um planejamento novo para a profissão. Tennant recomendou que o SESP se interessasse pela construção de quatro escolas

de enfermagem: no Rio de Janeiro, na Bahia, em São Paulo e em Belém (BASTOS, 1996; BONINI et al., 2015).

Nesse relatório, Tennant apontou que as três escolas de enfermagem existentes na época diplomaram 600 enfermeiras, de acordo com o padrão da Escola Ana Nery, considerada a escola oficial padrão para formação de enfermagem no Brasil, ou seja, uma média de 30 enfermeiras anualmente. Desse quantitativo, apenas 400 enfermeiras diplomadas estavam em atividade, o que seria insuficiente para atender às necessidades dos hospitais na época que correspondia a 1.225 (BASTOS, 1996).

No entanto, com a urgente necessidade do SESP para iniciar suas operações, com a abertura de hospitais e a implantação de um programa da Amazônia, Tennant propôs um plano emergencial para preparar auxiliar capacitado para atuar nas atividades fundamentais aos serviços de hospitais e de unidades de saúde pública (BASTOS, 1996; BONINI et al., 2015). O plano de Tennant não logrou êxito total, mas contribuiu para a expansão do número de escolas de enfermeiras no Brasil, assim como ampliou o número de cursos de visitadoras, de atendentes e de auxiliares de Enfermagem.

Confirma-se que era por meio da Divisão de Educação Sanitária que ocorria o treinamento de educadores em saúde (profissionais da saúde, engenheiros e auxiliares), bem como as ações desenvolvidas nas localidades (habitações, associações e escolas, entre outros). Nessa perspectiva, as visitadoras sanitárias e os guardas sanitários eram os agentes principais devido ao contato direto com a comunidade. Eles eram selecionados entre os habitantes e deveriam possuir características e comportamento de interesse para o SESP (TEIXEIRA, 2008).

O SESP também contribuiu bastante para construção e desenvolvimentos de escolas de enfermagem de nível superior, das quais podemos citar: Escola de Enfermagem de São Paulo; Escola de Enfermagem Rachel Haddock Lobo; Escola de Enfermagem do Estado do Rio de Janeiro; Escola de Enfermagem de Porto Alegre; Escola de Enfermagem Carlos Chagas, Belo Horizonte; Escola de Enfermagem Ermantino Beraldo, Juiz de Fora, MG; Escolas Católicas de Enfermagem; Escola de Enfermagem Hugo Wemeck, Belo Horizonte; Escola de Enfermagem da Bahia; Escola de Enfermagem de Pernambuco (BASTOS, 1996). A Figura 16 mostra um grupo de alunas de uma das escolas que receberam este apoio.

Figura 16: Fotografia de um grupo de estudantes de enfermagem da Escola de enfermagem de Juiz de Fora - Minas Gerais.



Fonte: Acervo fundo FSESP pertencente ao Centro de Documentação e História da Saúde (CDHS)/ FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2021. Caixa Nº 133.

Além das Escolas de Enfermagem referidas, o SESP também cooperou com várias outras escolas tanto de nível superior quanto de auxiliar de enfermagem. Vale ressaltar a Escola de Auxiliar de Enfermagem de Alagoas, a qual recebeu assistência técnica e financeira do SESP desde sua criação, em 1952, mediante acordo assinado pelo Governo do Estado. Duas enfermeiras do SESP: dona Diva Falcão Padilha e Perolina Barbosa ficaram à disposição da Escola na qual ocuparam os cargos de Diretora e Vice-Diretora (BASTOS, 1996; TICIANELI, 2015; SANTOS, 2001).

De acordo com o estudo de Campos (2008), a escassez de enfermeiras profissionais no país era vista pelas autoridades sanitárias como um grande empecilho para a expansão do sistema brasileiro de saúde. Percebe-se que, desde 1937, ano da primeira reforma, já existiam esforços para tentar solucionar esse problema. O DNS organizou cursos intensivos de curta duração, a partir 1937, e, no ano seguinte, doze enfermeiras percorreram vários estados organizando cursos de visitadoras sanitárias; esse trabalho se estendeu pela década seguinte (CAMPOS, 2008).

No entanto, notava-se que a preocupação com os recursos humanos em enfermagem vem desde antes da reforma sanitária brasileira liderada pelo médico sanitarista Carlos Chagas, na década de 1920, período no qual a enfermeira americana Ethel Parsons, por meio de um levantamento, identificou que as escolas de enfermagem existentes no Brasil não seguiam um padrão de formação mínimo. Em razão disso, foi criada a Escola Anna Nery, inaugurada em 1922, onde Parsons ficou responsável por reestruturar a enfermagem brasileira, conforme o modelo/cultura de enfermagem norte-americano (BONINI, 2014).

Para a organização da Escola a Missão Parsons, como ficou conhecida, foram trazidas ao Brasil 13 enfermeiras americanas para trabalharem junto aos serviços de saúde e às escolas de enfermagem do país. Dessas, sete foram para os serviços de Saúde Pública e seis para a

Escola do DNSP, onde atuavam como supervisoras e instrutoras das unidades de enfermagem do hospital e campos de prática. A primeira diretora da Escola Anna Nery foi Clara Louise Kienninger (1922-1925), enfermeira integrante da Missão Parsons (BONINI et al. 2015; BARREIRA; SAUTHIER; BAPTISTA, 2001).

Porém, foi o SESP que investiu amplamente na expansão e na consolidação da enfermagem no Brasil, apoiando sistematicamente a criação de novas escolas, ao tempo em que servia de agente catalisador na implantação de um novo modelo de prática na profissão de Enfermagem. Por isso, ainda em 1942, foi criado o Programa de Enfermagem do SESP que, devido à recomendação supracitada, ficou sob gerência de enfermeiras americanas até 1951, quando brasileiras assumiram a direção. Esse programa tinha como finalidade formar enfermeiras graduadas e auxiliares para o quadro do SESP, além de apoiar o plano geral de profissionalização da carreira no Brasil (CAMPOS, 2008; RENOVATO; BAGNATO, 2008).

O IAIA, órgão que executava a política externa norte-americana para América Latina, garantiu de forma permanente uma equipe multiprofissional para assessoria, juntamente ao superintendente do SESP. Em 1942, o IAIA enviou Clara Louise Kieninger (CLK), com duplo compromisso: participar da função do SESP e cooperar técnica e financeiramente com as escolas e serviços de enfermagem, com a finalidade de se estabelecer como liderança no campo, favorecendo a legitimidade estrangeira no aparelho estatal (BARREIA; SAUTHIER; BAPTISTA, 2001). Percebe-se tratar-se da retomada da influência/Cultura direta da enfermagem norte-americana no Brasil, após o fim da Missão Parsons, em 1931.

Além disso, em janeiro de 1943, a enfermeira Carrie Hasen Reno Teixeira foi contratada em Washington, colocada à disposição do Sesp e designada para colaborar com a enfermeira Kienninger. Para estruturar o programa da Divisão de Enfermagem do SESP (que no início chamava-se Seção de Treinamento de Enfermagem), ele ficou sob responsabilidade de uma enfermeira americana, que tinha como finalidade melhorar a profissão da enfermagem no Brasil. Isso significava ajuda mútua por meio de cooperação, treinamento, encorajamento e interesse nos problemas básicos do país, uma vez que era uma estrutura administrativa incumbida de orientar os serviços de enfermagem, para que fossem executados sob a responsabilidade direta dos programas, os quais deviam colaborar com as instituições oficiais e privadas para elevação do nível dos serviços de enfermagem no país (BARREIA, 2000; BARREIRA; BAPTISTA, 2002).

Dessa forma, as enfermeiras americanas tinham a função de atuar como assessoras tanto no nível ministerial, na organização e na implantação do serviço de enfermagem do SESP quanto no assessoramento das líderes da enfermagem nacional, mesmo que faltasse a várias

integrantes do grupo o domínio da língua portuguesa, assim como conhecimento das características culturais das populações a serem atendidas e da área de trabalho (OLIVEIRA; BARREIRA, 2000).

A volta de Clara Louise Kieninger como chefe da missão a habilitava para se posicionar como interlocutora frente às enfermeiras brasileiras. Como foi a primeira diretora da Escola Anna Nery, ela ficou hospedada na residência da Escola, a convite de sua diretora, Lais Netto dos Reys, na qual recebeu homenagens de professoras e alunas, tendo sido escolhida como paraninfa pela turma que se formou em 1942. Apesar das boas-vindas dispensadas à Kieninger e da aprovação para que participasse das atividades, como as reuniões da diretora com as enfermeiras diplomadas da Escola Anna Nery, Lais Netto dos Reys não permitiu a interferência da assessora americana na sua gerência, o que dificultou a cooperação entre o IAIA/SESP e a EAN, tida como estratégica aos interesses americanos (BARREIRA; BAPTISTA, 2002). Isso porque a escola era responsável pela formação de enfermeiras consideradas padrão para atuarem nos serviços públicos à época, como pode ser visto na Figura 17:

Figura 17: Quantitativo de enfermeiras formada nas escolas de enfermagem.

EXHIBIT - B																								
REPORT FOR JANUARY 1948																								
NT-RVA-1																								
TOTAL GRADUATES OF ESCOLA PADRÃO AND OF EQUIPARADA SCHOOLS OF NURSING IN BRAZIL - 1925-1947																								
ESCOLAS	1925	1926	1927	1928	1929	1930	1931	1932	1933	1934	1935	1936	1937	1938	1939	1940	1941	1942	1943	1944	1945	1946	1947	TOTAL
ANA NERY, ESCOLA PADRÃO Federal District	13	22	20	17	19	16	12	16	17	30	21	29	27	17	30	21	25	41	50	29	17	38	51	578
§CARLOS CHAGAS Minas Gerais																		1	10	21	8	14	4	58
LUIZA DE MARILLAC Federal District																		3	8	7	8	10	11	47
HOSPITAL SÃO PAULO São Paulo																		5	5	7	3	13	4	37
§SÃO VICENTE DE PAULO Goiás																					10	5	6	21
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO São Paulo																						16	37	53
§SÃO VICENTE DE PAULO Ceará																						5	8	13
§SCHOOL OF NURSING State of Rio de Janeiro																								
§FLORENCE NIGHTINGALE Goiás																								
TOTAL	13	22	20	17	19	16	12	16	17	30	21	29	27	17	30	21	25	50	73	64	46	101	121	807

*First class to graduate in 1948.
 †Before equiparação: { (1936-1942) Carlos Chagas School of Nursing graduated 46.
 (1937-1947) Florence Nightingale School of Nursing graduated 43.

Fonte: Acervo fundo FSESP pertencente ao Centro de Documentação e História da Saúde (CDHS)/ FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2021. Caixa N° 45.

Além disso, em seu estudo, Barreira (2005) argumentou que nesse período existia uma "elite nativa/brasileira" que se estabeleceu (desde os dias da Missão Parsons) e consistia

principalmente de ex-bolsistas da Fundação Rockefeller que completaram sua formação na América do Norte e, como resultado, detinham os códigos inerentes ao *habitus* da enfermeira americana. Esse grupo era grupo formado por docentes da Escola Anna Nery (EAN) e enfermeiras chefes dos hospitais do Ministério da Educação e Ministério da Saúde, lideradas pela diretora da escola, D. Laís Netto dos Reys, aliada da Igreja Católica no período da cooperação Brasil-Estados Unidos (BARREIRA, 2005).

Devido à posição de resistência de Da. Laís frente às enfermeiras do IAIA e desse comportamento reativo, mantido pelo espírito de grupo, o ananerismo, os representantes do IAIA no Brasil, bem como os gestores do SESP, adotaram estratégias correspondentes, buscando formas alternativas de ocupar melhores posições no campo da enfermagem e de obter colaboração para o alcance de seus objetivos tanto de natureza técnica quanto política. Para tanto, cabe destacar a formação de aliança para a implantação da escola de enfermagem da Universidade de São Paulo com independência em relação à área de influência da EAN e a inserção da Escola de Enfermagem na Faculdade de Medicina, determinando o surgimento de um padrão concorrente ao “padrão oficial” (BARREIRA, 2005).

Em 1944, o SESP designou a enfermeira americana, Ella Hansejaeger, para auxiliar nos trabalhos de preparação da instalação da Escola: regulamento, normas e aquisição de material. Assim, foi nomeada para ser a diretora da Escola de Enfermagem de São Paulo a primeira enfermeira brasileira graduada nos Estados Unidos, Edith de Magalhães Fraenkel, detentora de grande capital cultural. Edith de Magalhães colaborou com a enfermeira Hasenjaeger para desenvolver um trabalho inovador à causa da enfermagem no Brasil. Ela participou também do corpo docente da Escola, ajudou na organização de campos de treinamento, prestou assistência e supervisão aos estudantes, além disso atuou como consultora do SESP em vários projetos de construção e instalação de hospitais de outras entidades (BASTOS, 1996; MANCIA; PADILHA, 2006).

Desse modo, nasceu uma das escolas mais importantes na formação do pensamento da Enfermagem brasileira. Ela se estabeleceu como novo centro de difusão da profissão e exerceu grande influência na organização de novas escolas de enfermagem pelo país. A nova escola vai fazer concorrência com a EAN que até então era considerada a escola padrão e se constituir em um ponto de divergências entre as enfermeiras brasileiras/EAN e as enfermeiras americanas/SESP.

Essas enfermeiras (brasileiras) tiveram que lutar pela produção e imposição de uma visão de mundo legítima, ao se inserirem em diferentes grupos de interesse que, conseqüentemente, lutavam entre si para impor sua própria visão de mundo, e, desse modo,

muitas vezes, colocaram-se em posições antagônicas, mesmo tendo alguns ideais em comum (BARREIRA, 2005).

Nesse contexto, faz-se necessário afirmar que, para Elias, o conceito de cultura isolado é excludente e definidor de fronteiras; porém, as construções de identidades culturais são muito importantes para distinguir nações e regiões, pois remetem a questões de diferença e enfatizam o que é específico e particular de cada grupo. A comunicação intercultural é um processo entre grupos/e ou indivíduos em que ocorre um choque de ideias, e não poderia ser diferente, visto que cada grupo defendia, no caso citado, ideal/ponto de vista para a enfermagem.

Partindo desse pressuposto, as enfermeiras nativas tinham identidade profissional própria, ou seja, construída a partir do intercâmbio dessas culturas. Nesse sentido, entende-se que na formação de um tecido social tanto os interesses individuais quanto os coletivos se perdem nessa teia; isto é, numerosos fatores de ordem individual e coletiva interagem para produzir processos civilizatórios que avançam e se sustentam, provocando mudanças fundamentais que definem/configuram determinadas civilizações. Assim, a enfermagem brasileira se configurou a partir da atuação de todos os envolvidos: as enfermeiras nativas e as norte-americanas.

Cabe ressaltar que, apesar das divergências, a EAN e a Divisão de Enfermagem do SESP mantinham trocas de informações a respeito dos programas e projetos de enfermagem em funcionamento no país. Além disso, a Divisão de Enfermagem do SESP também financiava viagens aéreas para candidatas de vários estados que desejavam ingressar na escola (OLIVEIRA; BARREIRA, 2000).

Ademais, a Divisão de Enfermagem era responsável pela orientação de escolas de enfermagem e de auxiliares de enfermagem e pela colaboração com outras organizações. A Seção de Enfermagem da Divisão de Orientação Técnica tinha a função de orientação de todos os serviços de enfermagem do SESP, tanto no setor hospitalar quanto no de saúde pública. Nessa direção, a autora ressalta que, para elevar o *status* da profissão de enfermagem, o SESP passou a cooperar com a Associação Brasileira das Enfermeiras Diplomadas (ABED) que, posteriormente, transformou-se em Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), e com outras organizações. Dessa maneira, a Divisão de Enfermagem buscou participar, ativamente, de congressos, de reuniões e de conclaves nacionais e internacionais os quais pudessem dar prestígio à profissão (ALVIM, 1958; BARREIRA, 2005). Isso pode ser observado na figura a seguir.



Fonte: Acervo fundo FSESP pertencente ao Centro de Documentação e História da Saúde (CDHS)/ FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2021. Caixa N° 133

A associação apresentou divergências, pois EMF foi eleita 1ª diretora da ANED, além de se ter agido sobre a legitimidade da liderança das enfermeiras americanas e também das duas brasileiras (Edith Fraenkel e Rachel H. Lobo). Estas detentoras de grande capital cultural não tinham formado seu *habitus* profissional na EAN, nomeadas por Parsons, para assumir os postos de superintendente do Serviço de Enfermeiras do DNS e a direção da EAN, respectivamente. Desse modo, as enfermeiras da EAN se sentiram excluídas de suas aspirações para participar da liderança da enfermagem brasileira. Além do mais, a discrepância da remuneração recebida entre americanas e brasileiras era motivo de muita revolta das enfermeiras de saúde pública federais.

A ABED procurou manter um trabalho conjunto com o SESP, no sentido de obter mais candidatas para a profissão e prepará-las com o que havia de mais moderno nas técnicas de enfermagem internacional. A ABED fazia os levantamentos das necessidades da enfermagem no país, os quais eram elaborados em conjunto com essa instituição (SANTIAGO, 2011).

Para que isso acontecesse, foram enviadas para o Brasil 35 enfermeiras americanas, entre os anos de 1942 e 1961. Essas enfermeiras tinham como função ocupar cargos importantes no programa e nas escolas, a fim de coordenarem projetos e subprojetos desenvolvidos pelo programa, além de se tornarem consultoras das escolas e dos serviços de enfermagem do país. Assim, elas ficaram conhecidas como “nurses advisors” (no português, enfermeiras conselheiras), tornando-se responsáveis por aconselhar/assessorar as escolas de enfermagem e os demais projetos da Divisão, entre eles, os cursos de Visitadoras Sanitárias, além de prestarem assessoria a hospitais e centros de saúde e prepararem candidatos para bolsas de estudo fora do

país, possibilitando assim o crescimento da enfermagem (BONINI et al., 2015). Isso pode ser observado na figura a seguir.

Figura 19: Enfermeira americana vem cooperar com serviços de enfermagem no Pará.

INTERCÂMBIO PAN-AMERICANO
(Exclusivo para o DIÁRIO DE NOTÍCIAS)

Miss Dorothy Doyle, enfermeira de Saúde Pública, da cidade de New York, foi designada, pelo Instituto de Assuntos Interamericanos, para servir em Belém do Pará, na qualidade de especialista em Bem-Estar Maternal e da Criança, sob a orientação do Serviço Especial de Saúde Pública.

Miss Doyle espera trabalhar, principalmente, no Vale do Amazonas, ensinando às parturais os princípios fundamentais da obstetria. No seu programa estão incluídas visitas aos Centros de Saúde do Vale do Amazonas, o que será feito em barcos fluviais, segundo o indicado pelas condições locais. Os seus serviços serão, também, aproveitados pelo Centro de Treinamento de Enfermeiras, no Rio de Janeiro.

Sua experiência internacional, como enfermeira de saúde pública, foi adquirida quando, em missão da Administração de Auxílio e Reabilitação das Nações Unidas (UNA RA), levada a efeito nos Estados Unidos, de 1945 a 1947, onde lecionou, em um Curso de Nutrição e Saúde Pública, ministrando, igualmente, conhecimentos modernos de proteção à infância.

Após regressar aos Estados Unidos, Miss Doyle fez um curso especializado de enfermeira-parteira na Associação do Centro Maternal, em New York, que terminou recentemente. Além desses estudos, a especialista norte-americana cursou o Colégio de Professores da Columbia University, de New York, e a Escola de Enfermagem do Mercy Hospital, de Filadélfia, sendo diplomada por estas duas instituições de ensino especializadas.

O Serviço Especial de Saúde Pública é uma instituição cooperativa entre os Estados Unidos e o Brasil, cujo programa é administrado, conjuntamente, pelo Instituto de Assuntos Interamericanos, através da sua Divisão de Saúde e Sanidade, e o governo brasileiro, empregando, pelo Instituto, em desdobramento, pessoal latino-americano.

De volta aos Estados Unidos, depois de uma viagem de 37 dias através de



Miss Dorothy Doyle

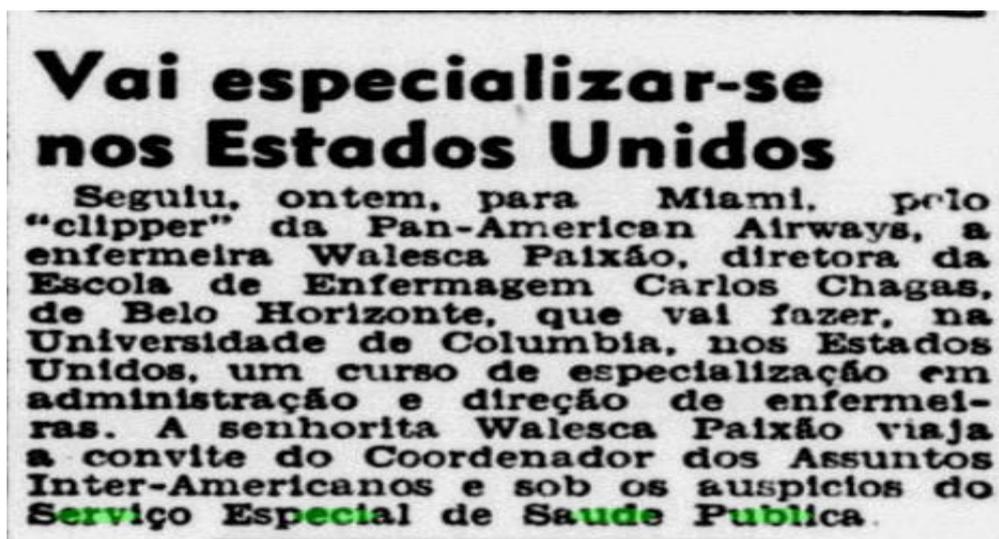
impressão na vida americana. Ela nos legaram os primeiros métodos de irrigação no distrito Oeste e um estilo de arquitetura adaptado às terras secas e quentes. A língua espanhola adicionou algo ao sotaque do oeste, cujo vocabulário, hoje em dia, está pontilhado de palavras espanholas. Igualmente, nos legaram um tipo puro de arte e lenda de nossa comunidade".

O orador frisou o fato de ter sido uma grande fortuna para o povo norte-americano estabelecer um sistema político e social capaz de se adaptar às diferentes regiões geográficas da nação, sem descuidar os interesses do país, em seu todo.

Fonte: Diário de Notícias, 21/04/1949, Hemeroteca Nacional Digital.

A partir desse movimento, o Serviço começou a recrutar candidatas para os cursos de enfermagem, por meio do sistema de bolsas de estudo para formação de enfermeiras tanto nos EUA quanto no Brasil, ao tempo em que cedeu enfermeiras estadunidenses para atuarem junto aos serviços de saúde pública dos estados (BONINI et al., 2015). De acordo com Teixeira (2008), em 1944, catorze jovens brasileiras receberam bolsas de estudos para fazerem o curso de graduação em enfermagem nos EUA. Dessa forma, a atuação do SESP, na formação de quadros em saúde pública, deu-se tanto pela distribuição de bolsas de estudos quanto pela criação de escolas de enfermagem, meio pelo qual essa instituição buscou difundir uma cultura de saúde baseada nos moldes americanos.

Figura 20: Enfermeira brasileira vai fazer especialização nos Estados Unidos.



Fonte: O Jornal 25/09/1943, p.10. Hemeroteca Digital da Biblioteca Nacional Digital.

Cabe destacar que a qualificação profissional do SESP era voltada não somente para a graduação, mas, principalmente, para pós-graduação ou especialização, pela qual, por meio das bolsas ofertadas, as pretendentes seguiam para atividades educativas em solo norte-americano. Entre os anos 1942 a 1959, aproximadamente, 518 profissionais da saúde receberam apoio do SESP, sendo que, nesse mesmo período, 487 profissionais de saúde lotados no SESP receberam auxílio para formação e capacitação em universidades brasileiras (RENOVATO; BAGNATO, 2008).

O SESP deu continuidade a essa política de capacitação no exterior por intermédio do IAIA, o qual, em conjunto com outras instituições como a Fundação Kellogg, Fundação Rockefeller e ICA, era responsável pelo preparo de profissionais para trabalhos de saúde pública. Até 1957, tinham sido concedidas 62 bolsas para curso nos Estados Unidos e 422 bolsas para o curso básico no país (ALVIM, 1957).

De acordo com o relatório de 31 de março de 1950, sete enfermeiras do IAIA foram contratadas como consultoras do SESP, sendo que 4 delas foram designadas para o Programa da Amazônia: Senhorita Tesse F. Williams, Dona Carol Reno Teixeira, Senhorita Dorothy Doyle, Senhorita Sue E. Nickerson. Para a Escola de Enfermagem da Faculdade de Medicina de São Paulo: Senhorita Ella Hasenjaeger; para o Escritório do Rio: Senhorita Glades A. Lee (mudança de Vitória para o Rio), Senhorita Clara Curtis (Chefe de enfermagem) (BRAZIL, 1950). Percebe-se que as consultoras do SESP foram atuantes no país durante todo período de funcionamento da instituição.

CONCLUSÃO

Este trabalho tratou da configuração e difusão da cultura sespiana no Brasil, cujo *modus operandi* imprimiu uma cultura de saúde baseada no modelo americano, em que a educação sanitária impulsionou mudança histórica nos locais onde funcionou, difundindo um processo civilizador de cuidados preventivos de doenças e de práticas promotoras de saúde.

Ao analisar o período de existência do SESP – de 1942 a 1960, evidenciaram-se várias mudanças tanto políticas quanto econômicas, as quais refletiram diretamente na área da saúde. Isso se deu porque o Brasil vivia um período de desenvolvimento e as questões ligadas à situação de saúde da população impactava negativamente na imagem do país no cenário internacional. Assim, as ações de saúde e de desenvolvimento eram voltadas às grandes cidades, deixando as populações rurais desassistidas.

O estudo das fontes reunidas, nesta pesquisa de caráter histórico social, permitiu reconhecer o SESP como um serviço criado no bojo de um acordo entre o Brasil e os Estados Unidos, com a responsabilidade de sanear as áreas de produção de borracha e minérios, para o esforço de guerra, mas que foi implantado paralelamente à política de saúde que vinha sendo desenvolvida no país por Barros Barreto, cujo foco passava ao largo das populações rurais. O governo brasileiro à época almejava obter os melhores resultados em curto espaço de tempo e os Estados Unidos precisavam garantir alguma condição de viver nas regiões norte na extração da borracha, no Vale do Rio Doce e no nordeste brasileiro onde ficou instalada a base do exército estadunidense, face aos péssimos indicadores sociais e de saúde.

O SESP se configurou como detentor da cultura de saúde mais avançada do que a vigente no Brasil, marcada pela cultura da doença, da pobreza e por hábitos higiênicos muito rudimentares. Nesse sentido, o objetivo do SESP era melhorar as condições sanitárias na zona rural, considerando que as grandes cidades estavam ao encargo do Ministério da Saúde. As ações desenvolvidas pelo SESP resolveram adequadamente as questões práticas que afetavam esses locais e tornaram a intervenção em saúde pública uma alternativa promissora para melhorar as condições de higiene e de vida da população. Sua principal tarefa era a educação sanitária para informar e incentivar as pessoas a mudarem seus comportamentos, hábitos e práticas físicas e se adaptarem às normas de higiene consideradas mais modernas e civilizadas.

Os resultados positivos da implantação do modelo configurado da cultura sespiana de saúde pública, nas regiões assistidas por ele, amplamente divulgados por relatórios e pelo Boletim do SESP, provocaram o desejo de outros governos estaduais de aderirem a esse serviço,

ampliando a cobertura de suas ações e sua capacidade de atendimento, difundindo sua cultura de prevenção de doenças e promoção de saúde, possibilitando articular as concepções sespianas com os processos de aculturação da sociedade.

Todavia, para desenvolver e difundir a cultura sespiana e seus padrões de higiene, era necessário envolvimento das equipes de saúde e das comunidades na resolução dos problemas sanitários, individuais e coletivos existentes. Nesse intento, foi por meio da participação popular que o SESP desenvolveu um processo de civilização para o sistema nacional de saúde pública. Com o apoio das comunidades, o Serviço tornou seu *modus operandi* amplamente utilizado, elegendo ações de educação sanitária como principal eixo de seu modelo de gestão em saúde.

O *Modus operandi* do SESP, baseado em normativas detalhadas e comprovação do emprego dessas normativas, por intermédio de supervisão e relatórios, configurou-se como cultura civilizatória imprimida nos serviços de saúde pública brasileiros e seguida pelas enfermeiras e visitadoras sanitárias. As intervenções e metodológicas utilizadas pelo SESP como os vários cursos para formação de pessoal, os serviços de abastecimento e tratamento da água, a construção de instalações sanitárias conhecidas como “casinhas” (grifo meu), expansão do atendimento médico em áreas rurais e prestígio conferido aos profissionais que passaram a expressar um discurso convincente, principalmente aqueles da área de Enfermagem, deram ao SESP a autoridade necessária para se tornar referência para outros projetos de saúde pública no Brasil.

Para a população atendida, tais ações ocasionaram mudanças nas práticas de saúde, nos costumes, nos hábitos e nos valores culturais, levando a uma (re)organização dos espaços sociais nos quais o serviço estava implantado. O discurso científico em que se baseava o SESP buscava sistematizar uma pedagogia sanitária de intervenção na comunidade, e tal pedagogia era oposta às estratégias que a comunidade usava para tratar as doenças.

As visitadoras sanitárias se tornaram o principal instrumento de difusão da cultura do SESP, pois seu trabalho tinha um alto grau de capilarização, uma vez que elas faziam parte da comunidade onde atuavam. Cabe dar relevo também às enfermeiras que eram responsáveis pela organização, gerenciamento, supervisão, treinamento e supervisão do trabalho do pessoal auxiliar. O trabalho das enfermeiras era fundamental, principalmente, pelo padrão de eficiência/referência, compromisso e produtividade.

Por isso, a participação das enfermeiras e visitadoras sanitárias era de fundamental importância para inculcar os preceitos higiênicos modernos e civilizados na comunidade. Para tanto, essas mulheres se apropriaram do discurso técnico-científico e se tornaram agentes de mudança, pois eram membros das comunidades atendidas, reconhecidas como autoridades para

dizer o que diziam, divulgadoras do discurso sespiano e fazer o que faziam, o que era aceito como melhor prática de saúde, mudando costumes tradicionais, considerados atrasados.

Ao investir na formação de enfermeiras, tanto pela cessão de profissionais dos seus quadros para dirigir e/ou lecionar em escolas de enfermagem, quanto pelo incentivo financeiro para que essas escolas funcionassem ou sob a forma de bolsas para a manutenção das estudantes, o SESP contribuiu significativamente para o desenvolvimento da enfermagem brasileira, pelo elevado padrão de qualidade técnica, pela autoridade de sua postura e por apoiar a associação de classe em suas ações organizativas.

Por tudo que se argumentou a partir da análise das fontes acessadas, pode-se concluir que os objetivos foram alcançados e que o SESP desenvolveu uma política de saúde que se comportou como um processo civilizador, difundindo uma cultura de saúde estadunidense considerada superior à brasileira, tanto pelas ações de afirmação das melhores práticas higiênicas, quanto pela propaganda, pelas ações pedagógicas de educação sanitária, pelos treinamentos continuados, pela formação de visitadoras sanitárias, difusoras da cultura estrangeira e pelas ações de coação e controle exercidas por meio de supervisão e cobranças de dados registrados, além dos relatórios, confirmando-se, nesse intento, a hipótese apresentada neste estudo, qual seja que o SESP configurou um processo civilizatório que foi difundido pelas visitadoras sanitárias e pelas enfermeiras que ainda exerciam o controle da cultura de saúde que estava sendo infundida no país.

REFERÊNCIAS

A Esquadra do SESP, na Amazonia, Valiosa Contribuição para Derrota de Hitler. **O Jornal**, Rio de Janeiro, p. 3, 04 ago. 1943

Alvim EF. **Quinze anos de Enfermagem no Serviço Especial de Saúde Pública. Rev Bras Enferm.** 1959;12(2):143-59

AQUINO, S. L. Considerações sobre o conceito de civilização em Norbert Elias. **Revista Espaço Acadêmico**, v. 12, n. 138, p. 138-148, 10 out. 2012.

ARAÚJO, I.M.M. **“Saúde e desenvolvimento” no Brasil: o pensamento de Mário Magalhães da Silveira e de Josué de Castro.** 2014 127.f. Dissertação (Mestrado)- Universidade Federal de Pernambuco, Recife, PE, 2014.

BARBATO, S.; ALVES, P.P.; OLIVEIRA, V.M. Narrativas e dialogia em estudos qualitativos sobre a produção de si. **Revista Valore**, Volta Redonda, 5 (Edição Especial): 22-36, 2019.

BARREIRA, I. A. A reconfiguração da prática da enfermagem brasileira em meados do século 20. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2005 Out-Dez; 14(4):480-7. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v14n4/a03v14n4.pdf> acessado em 15 de janeiro de 2022

_____. **A enfermeira Ananéri no “país do futuro”: a aventura da luta com a tuberculose.** Tese (Doutorando em enfermagem), Escola de Enfermagem Ana Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro (RJ), 1992.

_____. SAUTHIER J, BAPTISTA SS. O movimento associativo das enfermeiras diplomadas brasileiras na primeira metade do século 20. **Rev Bras Enferm.** Abr-Jun; 53 (4): 157-73, 2001. OLIVERIA, C.S; BARREIRA, I. A 2a. Guerra Mundial e o retorno das enfermeiras americanas ao Brasil. **Esc. Anna Nery Rev. de Enferm.** Rio de Janeiro v. 4 n. 2 p. 209 - 216 agosto de 2000.

BARROS, J. D'. A. Fontes Históricas: revisitando alguns aspectos Primordiais para a Pesquisa Histórica. **Mouseion**, n.12, pp.129-159, mai-ago, 2012.

_____. Fontes Históricas: uma introdução à sua definição, à sua função no trabalho do historiador, e à sua variedade de tipos. **Cadernos do Tempo Presente**, São Cristóvão-SE, v. 11, n. 02, p. 03-26, jul./dez. 2020.

BASTOS, Nilo Chaves de Brito. SESP/FSESP: 1942 – **evolução histórica** – 1991. 2ª edição. Brasília: Fundação Nacional de saúde, 1996.

BAZILATTO, Alexandre. Surdez, linguagem e conhecimento: processos formativos no ensino superior. **In: Simpósio Internacional Processos Civilizadores.** 2016. Anais. Vitória- ES 21 a 25 nov., 2016.

BOAVENTURA, G. C. **A relação entre Brasil e Estados Unidos e o uso do cinema como instrumento de propaganda político-ideológica durante a Segunda Guerra Mundial**. 2015. 42 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Relações Internacionais)-Universidade de Brasília, Brasília, DF, 2015.

BONINI B.B. et al. Enfermeiras americanas do Serviço Especial de Saúde Pública e a formação de recursos humanos na Enfermagem Brasileira. **Rev Esc. Enferm. USP**, v. 49 p. 136-143. 2015.

_____. **Participação de enfermeiras americanas na profissionalização da enfermagem brasileira - 1942 – 1961**. 242 f. Tese (Doutorado) Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; São Paulo (SP), 2014.

BRASIL. **Serviço Especial de Saúde Pública**, o programa cooperativo de saúde pública entre Brasil e Estados Unidos da América, julho, 1946.

BRASIL, **Serviço Especial de Saúde Pública**. Relatório dos meses de maio e junho de 1949. Rio de Janeiro. Divisão de Treinamento de Enfermagem do Serviço Especial de Saúde Pública do Serviço Especial de Saúde Pública, 1949.

BRASIL. **Serviço Especial de Saúde Pública**. Relatório dos meses de outubro, novembro e dezembro de 1950. Divisão de Treinamento de Enfermagem do Serviço Especial de Saúde Pública do Serviço Especial de Saúde Pública 1950.

CAMPOS, A.L.V. O Serviço Especial de Saúde Pública: políticas internacionais e respostas locais. **História em Revista**, Pelotas, v. 11, 37-61, dezembro. 2005

_____. Políticas Internacionais de Saúde na Era Vargas: o Serviço Especial de Saúde Pública, 1942-1960 [online]. Rio de Janeiro: **Editora Fiocruz**; 318 pp.2006.

_____. Cooperação internacional em saúde: o serviço especial de saúde pública e seu programa de enfermagem. **Ciência & Saúde Coletiva**.v.13, n.3, pp.879-888, 2008.

CERTAU, M. **A Escrita da história**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1982.

COSTA, E.S. Saúde pública em tempos de guerra: hospitais do sesp e a sã política de boa vizinhança nas cidades paraenses de Breves e Santarém (1942-1945). **Nova Revista Amazônica** - volume IX - Nº 02 - Junho 2021. ISSN: 2318-1346

COSTA, L. M. C. et al. Contribuição do Projeto HOPE para a configuração da identidade profissional das primeiras enfermeiras alagoanas, 1973 a 1977. **Revista Brasileira de Enfermagem** (Impresso), v. 67, p. 535-542, 2014.

_____. **Tecitura da identidade profissional da primeira turma do curso de graduação em enfermagem da Universidade Federal de Alagoas – UFAL: contribuição do corpo docente– 1973/1977**. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem e Farmácia, Universidade Federal de Alagoas, Maceió, 2012.

COSTA, A. O. **Norbert Elias e a configuração: um conceito interdisciplinar**. Configurações, vol. 19, pp. 34-48, 2017.

ELIAS N. **O processo civilizador: uma história dos costumes**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 2011.

_____. **O processo civilizador**: 2ª ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 1994.

_____. SCOTSON, J. L. **Os estabelecidos e os outsiders**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2000.

FINKELMAN, J., org. Caminhos da saúde no Brasil [online]. Rio de Janeiro: **Editora FIOCRUZ**, 328 p. 2002. Disponível em SciELO Books <<http://books.scielo.org>>.

FREITAS, F.C.; VILARINO, M.T.B.; SANTOS, M. A. Os Soldados da Borracha: a migração de trabalhadores cearenses para a Amazônia no âmbito da participação do Brasil na Segunda Guerra Mundial. **História Unicap**, v. 6, n. 11, jan./jun. de 2019.

GANDU, M. G.; SILVA, O. J. **Educação Sanitária e seu papel na luta contra grandes endemias: observações colhidas pelo Serviço Especial de Saúde Pública do Serviço Especial de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 1946.

GOMES, R.S. José D'Assunção Barros. Um intelectual polifônico. **Revista do Programa de Pós-Graduação em História da Universidade Federal do Amazonas**. Volume 13. 2021.

GONÇALVES, S. C. Processo civilizador e colonização em Norbert Elias: uma Teoria Interpretativa através da Sociologia, da História e da Psicologia. **OPIS**, Goiânia, v. 13, n. 1, p. 200–221, 2013.

FONSECA, C.; HOCHMAN, G. Repensando o Estado Novo: O que há de novo? – Políticas de Saúde Pública e Previdência, 1937-45. 1999. p. 73 – 94. **In: Pandolfi, Dulce**. Repensando o Estado Novo. Rio de Janeiro: FGV, 1999.

HOCHMAN, G. Reformas, instituições e políticas de saúde no Brasil (1930-1945). Educar, Curitiba, **Editora UFPR**, n. 25, p. 127-141, 2005.

INTERCÂMBIO PAN-AMERICANO, **Diário de Notícias**, Rio de Janeiro, p. 4. 21 abr. 1949

KORNDÖRFER A.P. Jeca Tatu, um ilustre opilado: o movimento sanitarista e o combate à ancilostomíase na obra de Monteiro Lobato (Brasil, décadas de 1910-1920). **História debates e tendências**. 2018.

LAGO, C. M. Em guarda para as américas e o discurso pan-americanista para a América Latina (1941-1945). **Revista Latino-Americana de História**, vol. 08, nº. 22 – ago./dez. de 2019.

LANDINI, T. S. A sociologia processual de Norbert Elias. **In: IX Simpósio Internacional Processo Civilizador**. 2005. Anais. Ponta Grossa-PR- Brasil, 2005.

LIMA, N. T. **Saúde, Civilização e Cidadania: a experiência brasileira em perspectiva histórica.** O Território Integrado de Atenção à Saúde em de Atenção à Saúde em: Todos somos aprendizes! 1ª ed. Rio de Janeiro. Ano 2012.

_____. FONSECA, CMO., and SANTOS, PRE., orgs. Uma escola para a saúde [online]. Rio de Janeiro: **Editora FIOCRUZ**, 268 p, 2004

MACEDO, A. C. et al. Contribuições da História Oral à História da Enfermagem Brasileira: a voz por trás dos acontecimentos. História da Enfermagem. **HERE- História da Enfermagem – Revista Eletrônica.** v. 4, p. 112-126, 2013.

MAIO, M. C. Amazônia, desenvolvimento e relações raciais na antropologia de Charles Wagley (1940-1950). **rev. hist. (São Paulo)**, n.178, a09818, 2019.

MARTINS L.C; CARDOSO, L.S. A dimensão civilizatória da presença dos americanos no brasil: tecnologia, educação e religião. **Revista Cesumar - Ciências Humanas e Sociais Aplicadas** v. 14, n. 2, Jul./Dez. 2009, p. 285-301

MELLO, G. A.; IBAÑEZ, N.; VIANA, A. L. d'Ávila. Um Olhar Histórico Sobre a Questão Regional e os Serviços Básicos de Saúde no Estado de São Paulo. **Saúde Soc.** São Paulo, v.20, n.4, p.853-866, 2011.

MELO, Y.V. Geohistória do planejamento nacional brasileiro: narrativas e reflexões. **FAZ CIÊNCIA**, VOL. 23, N. 37, jan/jun, P. 225 – 243. 2021.

MOTA, A.; TARELOW, G.Q. Norte-Americanos Em São Paulo: A criação do Hospital das Clínicas na “Política da boa vizinhança”, 1938-1944. **História & Perspectivas, Uberlândia** (58); 207-221, jan./jun. 2018.

NOGUEIRA, I. S. C.; BRANDÃO, C. F. O processo de civilização e o controle das emoções–alterações sociais e percepção da infância. **Revista Educação em Questão**, Natal, v. 58, n. 57, p. 1-21, e-20965, jul./set. 2020.

OLIVEIRA, ON. OLIVEIRA, T. O processo civilizador segundo Norbert Elias. **In: XI ANPED SUL-Seminário de Pesquisa em Educação na região Sul.** Caixias do Sul, 2012.

Os Cuidados do SESP na seleção de homens para a Batalha da Borracha. **O jornal**, Rio de Janeiro, P, 3, 4. ago. de 1943.

PADILHA, M. I. et al. Grupos de pesquisa em história da enfermagem: a realidade brasileira. **Revista da Escola de Enfermagem da USP** [online]. 2012, v. 46, n. 1 [Acessado 02 julho 2022], pp. 192-199. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0080-62342012000100026>>. Epub 20 Mar 2012. ISSN 1980-220X.

_____. BELLAGUARDA MLR, NELSON S, MAIA ARG, COSTA R. O uso das fontes na condução da pesquisa histórica. **Rev. Texto Contexto Enferm.** V. 26, n.4, e 2760017. 2017

_____. BORENSTEIN, M.S. O método de pesquisa histórica na enfermagem. **Revista texto contexto**, Florianópolis, vol. 14(4): 527-84, Out-Dez, 2005. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072005000400015.
Acessado em 28 de abril de 2022.

PAIVA, C. H. A. João de Barros Barreto: um construtor do debate organizacional em saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, 26(8):3245-3254, 2021.

PERES, CP; PRZYLEPA, M. Relação entre indivíduo, sociedade e educação: uma leitura a partir de Norbert Elias. **Revista Contemporânea de Educação**, v. 15, n. 34, set/dez. 2020

PINHEIRO, T.X.A. **Saúde pública história e política: um estudo sobre o SESP (1943-1974)** -Natal, RN: EDUFRN, 2015.

Prepara a juventude feminina para uma tarefa que sempre coube a mulher: cuidar dos doentes. **Folha de São Paulo**, P, 5. 20 maio de 1949.

RENOVATO, R. D.; BAGNATO, M. H. S. Educação Sanitária e o Serviço Especial de Saúde Pública (1942-1960): A doença não conhece fronteiras. **HERE-História da Enfermagem – Revista Eletrônica**, Brasília, DF, Brasil, Vol. 2, N. 2, pp.105-125, 2011.

_____. As contribuições do Serviço Especial de Saúde para a formação profissional da Enfermagem no Brasil (1942-1960). **Rev Bras Enferm. Brasília. v.61, n.6, pp. 909-15, 2008.**

_____. O serviço especial de saúde pública e suas ações de educação sanitária nas escolas primárias (1942-1960). **Educar em Revista**, Editora UFPR. Curitiba, Brasil, n. especial 2, p. 277-290, 2010

Saneamento e educação sanitária para o povo. **Diário de Notícias**, Rio de Janeiro. P, 3, 24 de março de 1944.

SANTIAGO E. S. **Tradição e modernidade: desanexação da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP)**. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.

SANTOS, R. M. **A luta pela inserção do ensino de enfermagem em Alagoas: a escola de auxiliares de enfermagem 1949/1955**. 2001. Vi, 223P. Tese (Doutorado em enfermagem) Universidade Federal do Rio de Janeiro UFRJ, 2001.

SANTOS, SA et al. Capital simbólico do trabalho das visitadoras sanitárias da Fundação Serviço de Saúde Pública, Alagoas/Brasil. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.25, n.3, jul.-set. 2018, p.817-839.

_____. **O trabalho das visitadoras sanitárias da Fundação Serviços de Saúde pública em Alagoas: um estudo preliminar**. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem- Bacharelado), Escola Enfermagem e Farmácia da Universidade Federal de Alagoas, Maceió (Al), 2016.

SANTOS, M.R.; LEITE, J. **A inserção do ensino de enfermagem em Alagoas: os bastidores de uma conquista**. Maceio: EDUFAL, 2004.

SANTOS, T.C.F. A MEMÓRIA E O “POR EM CENA” DA HISTÓRIA DA

ENFERMAGEM. *Esc Anna Nery* (impr.), jul-set; 14 (3): 441-443, 2010.

_____.et al. **A memória, o controle das lembranças e a pesquisa em história da enfermagem.** *Esc. Anna Nery* (impr.) Jul-set; 15 (3):616-621, 2011.

SILVA, B. A.; OLIVEIRA, G.S.; BRITO, A. P. G. Análise de conteúdo: uma perspectiva metodológica qualitativa no âmbito da pesquisa em educação. **Cadernos da Fucamp**, v.20, n.44, p.52-66/2021.

SARAT, M.; SANTOS, R. (Org.). **Sobre processos civilizadores: diálogos com Norbert Elias.** Dourados: Ed. UFGD, 2012.

SILVA, D.H.; COLEHO, M.P.; MONTAGNOLI, G.A. Processo civilizador e educação escolar: algumas articulações. **Comunicações Piracicaba** v. 25 n. 1 p. 163-175 janeiro-abril 2018.

SILVA, TMA; FERREIRA, LO. A higienização das parteiras curiosas: o Serviço Especial de Saúde Pública e a assistência materno-infantil (1940-1960). **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.18, supl.1, p.95-112, dez, 2011.

SILVEIRA, A. S. **Educação e civilidade jesuítas no estado do Maranhão e Grão-Pará (1680-1750).** Dissertação (Mestrado)- Universidade Federal do Maranhão- São Luís, 2014.

SOUSA, A. B. L. **A Fundação Serviços de Saúde Pública (FSESP) no Amazonas: Um estudo sobre sua atuação junto aos indígenas.** 2011 86 f. Dissertação (Mestrado)- Universidade Federal do Amazonas- Manaus, AM, 2011.

TEIXEIRA, C. C. Interrompendo rotas, higienizando pessoas: técnicas sanitárias e seres humanos na ação de guardas e visitadoras sanitárias. **Ciência & Saúde Coletiva**, 13(3):965-974, 2008.

TEIXEIRA, L. A.; PIMENTA TS; HOUGHMAN G. **História da Saúde no Brasil.** 1ª ed. São Paulo, Hucitec, 2018.

TICIANELI, E. História da Escola de Auxiliares de Enfermagem de Alagoas. **História de Alagoas.** 2015. Disponível em: <https://www.historiadealagoas.com.br/historia-da-escola-de-auxiliares-de-enfermagem-de-alagoas.html>.

Vai especializar-se nos Estados Unidos, **O Jornal**, Rio de Janeiro, P. 10, 25 set 1943.

VIEIRA, C. R. A.; MARTINS, L. C.; SARAT, M. Educação protestante norte americana e processo civilizador: contribuições para o debate. **Educação e Fronteiras On-Line, Dourados/MS**, v.7, n.19, p.124- 136, jan./abr. 2017.

VILARINO, MTB. **Hábitos culturais e cuidados em saúde: resistência e mudança-constrangimentos de um processo civilizador no sertão do Rio Doce (1942-19600).** 1ª ed.- Belo Horizonte, MG: Fino Traço, 2020.

_____. **Entre lagoas e florestas: atuação do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) no saneamento do Médio Rio Doce entre 1942 e 1960.** 2008, 193p. (dissertação de mestrado) Universidade Federal de Minas Gerais. MG, 2008.

ANEXO B- CARTA DE ANUÊNCIA PARA AUTORIZAÇÃO DA PESQUISA



UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
ESCOLA DE ENFERMAGEM



CARTA DE ANUÊNCIA PARA AUTORIZAÇÃO DA PESQUISA

Ilma. Senhora Prof.^a Dra.^a Maria Cicera dos Santos de Albuquerque,

Solicitamos autorização institucional para realização da pesquisa de dissertação de mestrado intitulada **INSERÇÃO E DIFUSÃO DA CULTURA SESPIANA NO TRABALHO DAS ENFERMEIRAS E VISITADORAS SANITÁRIAS NO BRASIL: 1950 E 1960**, a ser realizada na Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Alagoas, pela mestrandia Silvia Alves dos Santos, sob orientação da Prof.^a Dr.^a Regina Maria dos Santos, com os seguintes objetivos: Descrever o *modus operandi* do SESP e a cultura que imprimiu às regiões brasileiras mais importantes para o esforço de guerra e Analisar a difusão da cultura sespiana como processo civilizador em saúde no Brasil. Ao mesmo tempo, pedimos autorização para que o nome desta instituição possa constar no relatório final bem como nas futuras publicações na forma de artigo científico.

Ressaltamos que as informações produzidas a partir da análise das fontes documentais e orais serão mantidas em segurança de acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS/MS) 466/12 que trata da pesquisa envolvendo Seres Humanos. Salientamos ainda que tais dados serão utilizados, tão somente para este estudo e que as fontes serão arquivadas no Laboratório de Documentação e Pesquisa em História da Enfermagem – LADOPHE/EENF/UFAL.

Na certeza de contarmos com a colaboração e empenho desta diretoria, agradecemos antecipadamente a atenção, ficando à disposição para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessários.

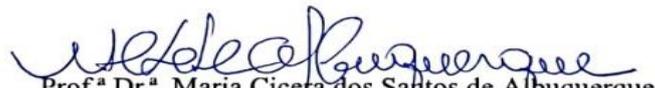
Maceió, 06 de outubro de 2021.


Regina Maria dos Santos

Prof.^a Dr.^a Regina Maria dos Santos

Concordamos com a autorização

Não concordamos com a Solicitação


Prof.^a Dr.^a Maria Cicera dos Santos de Albuquerque
Diretora da Escola de Enfermagem da UFAL

Maria Cicera dos Santos de Albuquerque
DIRETORA DA ESCOLA DE ENFERMAGEM
EENF - UFAL
SIAPE 1120956

APÊNDICE A- QUADRO DE SISTEMATIZAÇÃO DAS FONTES

Tipo de documento	Direcionamento	Descrição/ Assunto	Ano/ local	Relator	Resumo
Descrição do Sub projeto Junho 1944	SESP	Curso de visitadora sanitária Santarém, Belém	1944 Pará	IAIA/ SESP	Esse curso foi criado para capacitar trabalhadores para educação em saúde a serem desenvolvidos e mantidos pelo SESP no programa da Amazônia.
Manual das visitadoras	SESP	Curso de visitadora sanitária Santarém, Belém	1946 Pará	IAIA/ SESP	Descreve todas as atividades das visitadoras durante o curso. Discorre sobre o uso do uniforme e as peças que compõe o mesmo.
Relatório dos meses de abril, maio, e junho de 1946	Divisão de Treinamento de enfermagem	Programa da Amazônia; Curso de visitadoras sanitárias de Santarém	1946 Santarém	Enfermeira Sumaia Curi Diretora do Curso de Visitadoras	- Supervisão mais intensiva das alunas no trabalho em campo. - Turmas de alunas que frequentava as aulas práticas - Treinamento das curiosas.

Relatório do mês junho de 1948	Visita a Satarém, programa Amazônia	Imagens do Hospital do SESP e residência de enfermeiras e visitadoras	1948 Santarém	Catherine Kain	Fotografias de vistas domiciliares com enfermeiras e visitadoras. - fotografia de Classe de auxiliares.
Relatório do mês julho de 1948	Divisão de Treinamento de enfermagem	II Congresso Nacional de Enfermagem	1948 Rio de Janeiro		Fotografias do II Congresso Nacional de enfermagem que aconteceu de 18 a 24 de Julho 1948 no RJ.
Relatório do mês de abril de 1949	Divisão de Treinamento de enfermagem	Enfermagem em saúde pública da Faculdade de Higiene e Saúde Pública da Universidade de São Paulo.	1949/ Paulo São	Mabel Johnson	Fotografias de enfermeiras em visitas domiciliar junto com estudantes no distrito sanitário
Relatório de maio de 1949	Divisão de Treinamento de enfermagem do SESP	Centro de Saúde - Faculdade de Higiene; Visita ao Serviço de Enfermeira; Programa de estudante; Aulas de Inglês em São Paulo	1949/ São Paulo	Mabel Johnson.	Esse ano não foi enviada enfermeiras para pós graduação EUA por não falarem inglês. Curso de inglês para enfermeiras
Relatório de maio de 1949	Divisão de Treinamento de enfermagem do SESP	Pessoal do Instituto, Pessoal S.E.S.P; Escolas de Enfermagem;	1949/ Rio de Janeiro	Miss Clara curtis	72 enfermeiras diplomadas na Escola de Enfermagem Ana Nery
Relatório de maio de 1949	Divisão de Treinamento de	Aulas de inglês para enfermeiras em São Paulo;	1949/ Escola de	Miss. Ella Hasenjaeger	Relatório das Aulas de Inglês do mês de maio

	enfermagem do SESP	Escola de enfermagem da Universidade de São Paulo	Enfermagem de São Paulo		Ministrada pela Sra. Beatrice Howell
Relatório de junho de 1949	Divisão de Treinamento de enfermagem Do SESP	Aulas de inglês para enfermeiros no RJ/ ATD às Escolas Católicas de Enfermagem projeto do Programa de Treinamento de Visitadora Estado do RJ	1949/ rio de Janeiro	Clara curtis	Bolsas concedidas em Escolas de Enfermagem brasileiras 12 para São Paulo; 9 para Rio 10 Luiza Marilac 04 Juiz de Fora Total de 35 bolsas Distribuição de materiais educativos para as escolas
Relatório de Agosto de 1949	Divisão de Treinamento de enfermagem Do SESP	Viagem da senhorita Ella Hasenjaeger para Recife, Pernambuco, a negócios oficiais Viagem da senhorita.	1949/ rio de Janeiro	Clara curtis	Inquérito sobre Escola de Enfermagem Nossa Senhora das Graças em Recife. Relatório sobre o Hospital Pedro Segundo Recife, Pernambuco, Brasil.
Relatório do mês de outubro, novembro e dezembro de 1949	Divisão de Treinamento de Enfermagem	Reunião ente enfermeira e visitadoras. Instruções detalhadas da visita domiciliar,	1949/ Programa do rio Doce	Gladys A, Lee	Cuidados com a mamadeira, com coto umbilical, banho, sugestão de palestras para gestante. Fotografias de reunião da enfermeira chefe

					com as visitadoras Supervisão da maleta da visitadora pela enfermeira.
Relatório dos meses de abril, maio e junho 1950	Divisão de Treinamento de Enfermagem do SESP	IIAA sede seis enfermeiras como consultoras do SESP Três enfermeiras da equipe da pós-graduação retornarão em julho da universidade de pittsburgh com um mestrado em letras senhoritas: Elisabeth Barcellos- enfermeira psiquiátrica Eulina Bastos- Instrutora de sala cirúrgica Zaira Bittencourt- enfermagem Médica	1950	Tessie Fern Williams substituiu Clara Curtis por três meses	Assistência técnica e Supervisão dos programas e serviços; bolsas de estudo e viagem no brasil o total de estudantes que receberam bolsa de estudo foi 64.
Relatório dos meses de outubro, novembro e dezembro de 1950	Divisão de Treinamento de Enfermagem do SESP	IIAA sede oito enfermeiras como consultoras do SESP Sendo: Programa do Amazonia com 4: Tessie Williams; Carol. R. Teixeira; Dorothy Doyle; Sue E. Nickerson Prog. Do Rio doce 1: Gladys A. Lee; Esc. De Enfer. de São Paulo: Ella hasenjaeger;	1950		Associação Brasileira de Enfermagem ABEN Sumario de abril a dezembro de 1950, Quantitativo de enfermeiras formadas. Assistencia técnica as escolas

		Fac. De Hig. De São Paulo 1: Mabel Johnson; Divisão do escritório do Rio: Clara Curtis			
Livrinho Eucalol 1950	Propaganda no rádio e revistas, para crianças, Adolescentes e adultos.	Livro propaganda Eucalol história do menino que virou tamanduá Perfumaria Myrta s.a.	1950 Rio de Janeiro	Plínio, P. Matos Cirurgião dentista	Conta a história de um menino que virou tamanduá porque não escovava os dentes, através de figuras ilustrativas.
Jeca Tatu	Livro publicado por Monteiro Lobato	Livro de Jeca Tatu, Pobre, que morava no mato, andava descaço e não tinha animo para trabalhar, passava o dia agachado fumando um cigarro de palha.	1918	Monteiro Lobato	Conta a história de Jeca Tatu um caipira Abandonado pelo governo vive à mercê das doenças, tinha aparência desleixada, com a barba rala, calcanhares sempre desnudos, portanto rachados, pois ele detestava calçar sapatos.
Jornal Diário de notícias- 21/ 06/1944	Matéria sobre Escola de Enfermagem de são Paulo	Dentro de dez meses, a instalação da Escola de Enfermagem de São Paulo em edifício próprio	1944 RJ	Prof. Benedito Montenegro	“Escola de alto padrão, equiparando-se às melhores que existem nos EUA e Canadá”.

Jornal Diário de notícias- 07/ 10/1945	Bolsistas brasileiras estudarão métodos de enfermagem nos EUA	Cerca de 20 enfermeiras e estudantes de enfermagem brasileiras encontram-se nos EUA.			Enfermeiras vão estudar nos EUA, devido ao programa destinado a elevar o nível dessa profissão no Brasil. Sob o auspício da Fundação Kellog e IAIA.
Jornal Diário de notícias- 30 de março de 1943	Os acordos de Washigton	Acordos que levaram o Brasil a entrar na 2ª Guerra Mundial	1944 RJ	SR. Valentin F. Bouças.	Os acordos de Washigton, uma palestra na Associação Brasileira de Imprensa
O Jornal 18/08/ 1943	Os Cuidados do SES P na seleção de homens para a Batalha da Borracha	Dez exames médicos o mínimo a que são submetidos os voluntários do Nordeste.	1943	SESP	Homens que vão trabalhar na extração de borracha passam por exames e recebe vacinação.
Jornal Diário de notícias- 24/03/ 1944	Saneamento e educação sanitária do povo	Fala o sanitarista Clair E. Tines sobre os trabalhos do SESP na Amazonia e Vale do Rio Doce	1944 RJ	Clair E. Tunes	Em visita a esses dois locais para avaliar o nível de educação sanitária da população.
O Jornal 04/08/1943	Contribuição da borracha da Amazonia para a derrota de Hitler	A esquadra do SESP, na amazonia, Valiosa contribuição para a derrota de Hitler	1943	SESP	O saneamento, do maior vale do mundo e as dificuldades de transporte.

Figura do Jeca Tatu	Almanaque do Biotônico Fontoura	Imagem de Jeca Tatu homem doente acometido pelas endemias rurais.	1935	J.U.Campos	Jeca porque não trabalhas? Não é preguiça, seu Lobato? É uma dor na corcunda, uma palpitação Eu sei amigo Jeca Sofres de Amarelão.
Correio do Amanha 20/03/43	A subnutrição no Nordeste e Amazonas	A subnutrição no Nordeste e Amazonas - vão combatê-la o SESP e O IAIA.	19453 RJ	SESP	o SESP e O IAIA enfrentarão juntos o problema da subnutrição.
Jornal Diário de notícias- 26/05/ 1943	A Batalha da Saúde	Matéria que fala da luta para conter os mosquitos causadores de doenças	1943 RJ	Declarações do Dr. Jorge Saunders, superintendente do SESP.	O exército chama-se SESP que luta contra um inimigo minúsculo, mas terrível chama-se 'Darlingi' ou "trasimaculatus" mosquitos transmissores da malária.
Gazeta de Alagoas 11/03/1942	Pan-Americanismo	O dia Pan-Americano é comemora-se em todo o continente colombiana em meio ao entusiasmo pela defesa das américas.	1942 Maceió		A política de boa vizinhança vem sendo exercitada com reais proveitos, por todos os povos.
Gazeta de Alagoas 05/07/1942	Bárbaros e Americanos	A américa do Norte pretende vencer a Guerra com vasta e febril produção Industrial.	1942 Maceió		É o Alemão que destrói e saqueia? É o Italiano herói da que matança.

					Os americanos e seus amigos são civilizados vivem de produzir e confiam na vitória final da produção
--	--	--	--	--	--