

Interrompendo rotas, higienizando pessoas: técnicas sanitárias e seres humanos na ação de guardas e visitadoras sanitárias

Interrupting routes, hygienizing people: sanitary techniques and human beings in the actions of sanitary guards and educators

Carla Costa Teixeira¹

Abstract *The main interest of this article lies in understanding the connections between managing sanitation technologies and managing people by means of so-called health education interventions towards the same purpose and aim. It analyzes the training of two categories of professionals who were of crucial importance for the actions of the Special Service of Health (1942-1960) and whose existence as such seems to express the indissoluble link between the concepts technique and human being sanitation guards and sanitation educators. By investigating the instruction manuals and course programs, this study aims at grasping the values and ideas about the health/disease process and the relationship between the human being and the environment valid at that time, as well as at understanding the functions of the sanitation guards and educators.*

Key words *Sanitation, Sanitarian, Health education, Hygiene, Sesp, Manual*

Resumo *O interesse maior deste artigo é compreender as conexões entre o manejo das tecnologias sanitárias e o manejo das pessoas, por meio das chamadas ações educativas vinculadas aos objetivos orientadores das técnicas implantadas. Com este objetivo, analiso a conformação de dois profissionais centrais à atuação do Serviço Especial de Saúde (1942-1960) e que parecem expressar em sua própria existência o vínculo indissolúvel entre concepções técnicas e concepções de ser humano: o guarda sanitário e a visitadora sanitária. Por meio dos manuais e programas de cursos utilizados na formação desses profissionais, busco compreender valores e concepções sobre o processo saúde/doença e as relações entre ser humano e ambiente vigentes à época, bem como acerca do próprio exercício das funções de guardas e educadoras sanitárias.*

Palavras-chave *Sanitarismo, Sanitarista, Educação em saúde, Higiene, Sesp, Manual*

¹Departamento de Antropologia, Instituto de Ciências Sociais, Universidade de Brasília. Campus Universitário Darcy Ribeiro, Instituto Central de Ciências, Asa Norte. 70910-900 Brasília DF. carla@unb.br

Introdução

O interesse deste artigo é compreender as conexões entre o manejo das tecnologias sanitárias e o manejo das pessoas, por meio das chamadas ações educativas vinculadas aos objetivos orientadores das técnicas implantadas. Insere-se na pesquisa em curso sobre a Fundação Nacional de Saúde (Funasa), órgão do Ministério da Saúde, criada em 1991, visto ser esta a instituição encarregada da gestão das ações de saneamento, tanto no que se refere às obras e instalações quanto às iniciativas de educação em saúde, nos municípios de até 50 mil habitantes – o que corresponde a 90,6% do total de municípios brasileiros – e nos territórios etnicamente diferenciados. Contudo, tem como objeto de análise documentos oriundos da extinta Fundação Serviço Especial de Saúde (Fundação Sesp), fundação que junto com a Superintendência de Combate à Malária (Sucam) deu origem à Funasa, reconhecendo sua contribuição à configuração de valores e práticas ainda hoje vigentes na chamada educação em saúde.

Desta perspectiva, analisa a conformação de dois profissionais centrais à atuação do Serviço Especial de Saúde Pública – transformado em Fundação Sesp em 1960 – e que parecem expressar em sua própria existência o vínculo indissolúvel entre concepções técnicas e concepções de ser humano: o guarda sanitário e a visitadora sanitária – profissionais de cuja existência encontrei referências até os anos setenta (nos relatórios anuais da Fundação Sesp) e que deixaram marcas profundas nas ações educativas atuais. Trata-se de investigar os manuais e programas de cursos utilizados na formação desses profissionais, buscando compreender, por meio de sua estrutura interna e orientações prático-normativas, os valores e concepções sobre o processo saúde/doença e as relações entre ser humano e ambiente vigentes à época, bem como acerca do próprio exercício das funções de guardas e educadoras sanitárias.

Assim, a escrita deste trabalho tem inspiração direta em Elias¹, não apenas na sua consideração da história dos costumes por meio da pesquisa de manuais de instrução a jovens no período que abrange da Idade Média ao século XVIII, mas principalmente no compartilhamento de sua compreensão sobre a interdependência entre a estruturação do Estado (instituições, mecanismos e políticas de governo) e as práticas corporais cotidianas dos indivíduos que se encontram sob sua autoridade. Os manuais que considero

guardam, no entanto, certa singularidade por serem voltados para a formação dos formadores de hábitos, permitindo simultaneamente aprender a corporalidade que se pretende engendrar socialmente, bem como a produção dos próprios mediadores por esta responsáveis. Desta forma, revela-se a complexidade da construção de uma burocracia que se encontra em meio ao processo de fabricação de seus próprios agentes nem todos comprometidos com os valores e normas que lhe orientam, especificamente, no que tange a internalizar (territorial e subjetivamente) tecnologias sanitárias na articulação entre meio físico e corpos humanos.

Falando um pouco sobre o Sesp

Criado em 1942, o Sesp foi responsável até 1960 – ano em que foi transformado em fundação – pelo cuidado continuado da saúde em termos clínicos e preventivos em vastas regiões do interior; diferente da Sucam, que atuava especificamente nas campanhas contra a malária. Embora se insira nos acordos Brasil e Estados Unidos para a produção de matéria-prima no contexto da Segunda Guerra Mundial, o Sesp – concebido como uma agência bilateral provisória, restrita ao período da Segunda Guerra Mundial, a ser mantida com recursos de ambos os países – desenvolveu ações de saúde a partir de uma perspectiva que tinha na idéia de comunidade e de educação sanitária o seu eixo – orientado que fora pelas experiências de centros de saúde do início do século XX nos Estados Unidos^{2,3}. Ainda, ao se integrar ao projeto nacional da Era Vargas, o Sesp adquiriu feições particulares, transcendeu seus objetivos estratégicos iniciais e ampliou sua área de atuação para outras regiões.

Em que pese as transformações sofridas ao longo de sua existência, sendo seu objeto original o suprimento de matérias-primas e o abrigo de bases militares dos Estados Unidos em território brasileiro, ao Sesp cabia a função de implantar condições sanitárias que assegurassem a saúde das tropas americanas, especialmente nas bases aéreas no Nordeste, e também dos trabalhadores brasileiros envolvidos na produção de borracha, ferro, mica e quartzo. A partir destas prioridades, foram definidos os programas que estruturavam a atuação do Sesp, dentre os quais se destacaram o “Programa do Vale Amazônico” e o “Programa do Vale do Rio Doce”. Em ambos o foco foi: (i) a malária, combatida inicialmente por ampla distribuição emergencial de medicamento (atebrina)

associada a intervenções ambientais (drenagem, aterramento e limpeza dos focos de mosquitos); e (ii) os parasitos intestinais. No caso dos parasitos intestinais, seu combate foi desde o início vinculado a estratégias de longo prazo por meio da constituição de uma rede permanente de unidades sanitárias – a qual o combate à malária não demorou a vir a se integrar – responsáveis por atendimento médico e por ações de esgotamento sanitário e de tratamento da água. Como bem analisou Campos⁴, por tal estrutura sanitária, o Estado brasileiro, em que pese a eficácia relativa de suas ações em termos epidemiológicos, ampliou sua capilaridade de forma considerável, fazendo-se presente no dia-a-dia de amplos contingentes de brasileiros e internalizando territorialmente a burocracia de governo.

Já nos primeiros anos de sua existência, o Sesp criou uma Divisão de Educação Sanitária (1944) responsável tanto pelo treinamento de educadores em saúde (profissionais da saúde, engenheiros e auxiliares) quanto pela ação nas localidades: nas habitações, espaços comuns, associações e escolas. Neste processo, assumiram destaque os guardas sanitários e as visitadoras sanitárias por seu contato direto e permanente com a denominada “comunidade”. Estes eram arrematados entre os moradores, a partir de um conjunto de pré-requisitos que envolviam desde escolaridade até atributos de personalidade e hábitos de higiene. O argumento que sustentava a necessidade destes profissionais era fortemente calcado numa avaliação de carência e não em sua positividade – embora esta estivesse presente, permanecia residual. Em abril de 1944, na descrição do projeto da escola de treinamento de guardas sanitários do “Programa Vale do Amazonas” em Itacoatiara, enviada para o Instituto de Assuntos Interamericanos, podemos ler a seguinte definição do problema em que se baseava o projeto: *Due a lack of educational in environmental sanitation there is a great need for sanitary guardas to go from house to house making home visits and informing the people about home sanitation. With a little help from someone trained in a few specific matters considerable good can be accomplished with a small expenditure. Furthermore these guardas are necessary in order to help maintain the privy installations which SESP is constructing*⁵.

Neste mesmo ano, no mês de outubro, foi enviado o projeto para o curso de formação das visitadoras sanitárias, para o mesmo programa e na mesma localidade, nos seguintes termos: *Outside of Belém there is no public health personal*

*comparable to public health nurses, health education, of a sort, has been dispensed only by male guardas, whose main function is to stress safe water supply and sanitary privies. SESP will train young women to do home visiting work in the health education program*⁵.

Assim, sob o argumento inicial da falta de educação sanitária, da necessidade de manutenção dos equipamentos e da carência de enfermeiras, a função de guardas e visitadoras foi introduzida no âmbito do Sesp. Contudo, como o próprio relatório sugere, a instituição das visitadoras parece ter sido criada também para sanar dificuldades decorrentes do fato de exclusivamente homens estarem realizando as visitas domiciliares. Em um mundo onde este domínio é marcadamente feminino, a divisão sexual do trabalho se desdobrou na própria política de formação de pessoal do Sesp em educação sanitária: mulheres passaram a ser selecionadas para fazer o curso de formação de visitadoras e homens, o de guarda sanitário. Tal divisão veio a enfatizar a visão tecnicista do trabalho dos guardas, uma vez que a educação para hábitos civilizados parecia ter se tornado competência das visitadoras. Mais do que uma separação entre elementos técnico e humano, no entanto, o que os manuais sugerem é a necessária dependência entre dois tipos de eficácia, material e simbólica, combinados distintamente nas duas funções. Assim, tendo essas iniciativas estado dentre as primeiras experiências desse tipo no Sesp, e por ter encontrado documentos completos sobre elas, tomarei como foco deste trabalho o “Manual para Guarda Sanitário” e o “Manual de Curso para Visitadoras” desenvolvidos para a Amazônia e atualizados especificamente em Itacoatiara – embora tenha consultado, para efeito comparativo, outros relatórios sobre cursos de visitadoras e guardas sanitários.

Manual para Guarda Sanitário

O curso de formação de guarda sanitário começou com a duração de pouco mais de um mês (1º de maio a 10 de junho de 1944, Itacoatiara/AM), mas chegou com o passar do tempo a atingir seis meses. Tal duração parece dever-se ao fato de a realidade local ter se revelado mais demandante e requerer maior abrangência na formação do guarda sanitário. A leitura do manual que deveria orientar a atuação deste guarda impressiona não só pelo tamanho (totalizava 162 páginas), mas principalmente por sua riqueza de detalhes (croquis,

fotos, tabelas classificatórias), o que muito nos fala sobre o exercício desta função e sobre as percepções de mundo que estavam em jogo.

A estrutura deste manual segue a própria estrutura do curso de formação, explicitada no relatório de encerramento do curso enviado ao Instituto de Assuntos Interamericanos (IAIA) e ao Ministério de Educação e Saúde do Brasil, contendo além do próprio manual, fotos, orçamentos e outros anexos e assinados pelo Superintendente do Sesp e pelo representante do IAIA no Brasil. Compunha-se de aulas teóricas e práticas em todos os itens, listados a seguir: Primeira Parte – “Saúde e saneamento”; “Doenças transmissíveis”; “Destino dos dejetos”; “A proteção dos locais de abastecimento de água”; “Inquérito para saneamento domiciliar”; “O sistema de classificação”; “Os deveres do guarda sanitário ao voltar ao seu centro de saúde”; “Relatórios dos guardas sanitários”; “Preparação dos croquis e dos relatórios de campo que são necessários para preparar o mapa de saneamento da cidade”; e Segunda Parte – “Intensificação do saneamento domiciliar”; “Saneamento escolar”.

A complexidade das informações disponíveis no manual sugere, por vezes, que este seria o manual do instrutor e não do próprio guarda sanitário. Seja como for, o manual contém informações e procedimentos que remetem à função do guarda sanitário como criador de novas condições materiais de existência e como controlador do seu uso nos termos considerados adequados. Uma ação criadora e controladora que repousa em pressupostos, embora compartilhados na formação das visitadoras, como será abordado adiante, que guardam certas especificidades diante dos mecanismos de sua atualização.

Logo nas primeiras páginas, encontramos a definição de saneamento vigente à época, bem como seu valor social maior. Após dar exemplos de diminuição de mortes e adoecimentos devido ao saneamento, em diferentes lugares do mundo, afirma: ***A população sadia, depois que foram tomadas as medidas de saneamento, dedica-se melhor ao trabalho, adquirindo assim felicidade e riqueza. [...] O objetivo do saneamento é pois cortar certas rotas de propagação de doenças e assegurar-se de que elas ficarão definitivamente cortadas***⁶.

A saúde neste momento era signo e condição de desenvolvimento (uma categoria que começava a se impor no cenário internacional) individual e coletiva, pois de uma população saudável e, portanto, em condições de laborar adviria uma nação próspera. Ao saneamento, pressuposto necessário, caberia cortar as “rotas de propaga-

ção de doenças” e neste sentido a atuação do guarda sanitário viria a ser apresentada como fundamental. A seguir, então, traz a antítese deste cenário substanciada na fotografia intitulada “O símbolo da má saúde” (Figura 1), com o seguinte texto explicativo: ***O Barrigudo é um sinal de má saúde. Esta condição é um resultado da infestação de vermes, de infecção com malária, e de má nutrição. Todas as pessoas na Amazônia devem conhecer o Barrigudo como símbolo da má saúde. Todas as mães das crianças Barrigudas devem procurar as instruções do Sesp***⁶.

Embora mencione a malária, a ênfase dada na formação desta turma de guardas sanitários (Figura 2) foram os parasitos intestinais e com eles as ações de controle do destino das fezes: “Como podemos evitar todo caso de moléstias intestinais? [...] Afastar completamente cada partícula de fezes de cada pessoa, para que nunca chegue a ter contato com outro indivíduo”⁶.

Como produzir este afastamento radical, ou seja, como cortar as vias de transmissão dessas doenças, como impedir esta perigosa mistura é a pergunta a ser respondida ao longo das dezenas de páginas do manual. Em meio a explicações de ciclos de contaminação e croquis para diferenciados tipos de sentinas, com especificações precisas e fotos, o texto vai pouco a pouco nos introduzindo num mundo de coisas: as instalações sanitárias domésticas; ao mesmo tempo em que deixa entrever que a proposta de separação absoluta entre fezes e pessoas insere-se numa visão de mundo que não pode ser compreendida nos limites do argumento técnico e epidemiológico, pois parece repousar numa concepção que tem no ser humano o elemento primordial a ser saneado, a fonte maior de poluição a ser controlada. Uma vez fora do corpo, as fezes devem ser totalmente apartadas de todos os indivíduos (dos que as produziram e de outrem) e para tanto há que gerar condições materiais propícias, mas, principalmente, há que transformar os comportamentos humanos.

Assim, lemos ao final de cada explicação dos diferentes parasitos intestinais sua profilaxia, ou seja, as medidas preventivas a serem adotadas para evitar essas doenças, enfatizando que as pessoas devem lavar as mãos e não dispor suas fezes no chão. E, ao término das instruções de construção dos diferentes equipamentos sanitários, encontramos o papel do guarda sanitário nesta profilaxia consubstanciado em sua ***função de inspetoria***. Não cabia ao guarda apenas construir os equipamentos ou orientar os moradores que os usariam, sua vigilância deveria ser per-

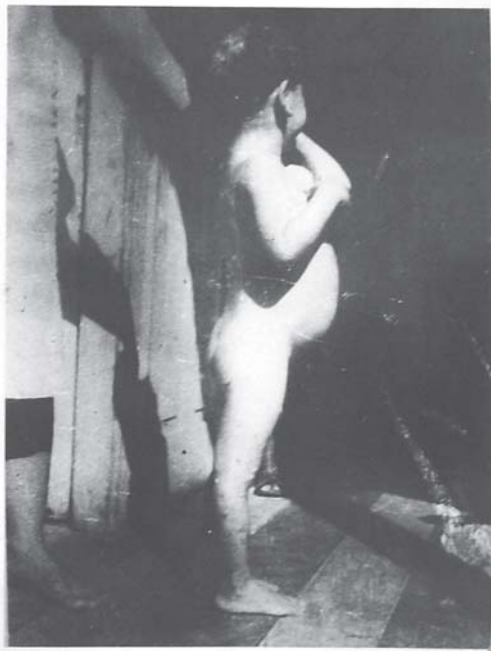


Figura 1. O símbolo da má saúde.

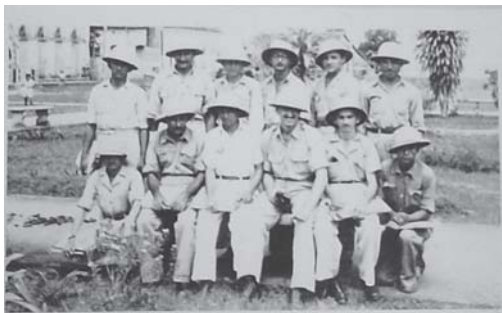


Figura 2. Turma de guardas sanitários; 1944.
Fonte: Casa de Oswaldo Cruz, Acervo Fundação Sesp 1.
Manual para Guarda Sanitário.

manente na utilização e manutenção de sentinas, pias, caixas d'água, bem como na ordenação dos quintais e na erradicação da "imundície". Podemos vislumbrar a tensão e o conflito que semelhante inspeção comportava quando nos deparamos com a seguinte orientação ao guarda, sob o subtítulo "Família" no manual: ***Neste ponto, a sentina torna-se um problema entre o inspetor ou o guarda sanitário e a família. As obrigações do chefe de construção estão terminadas. Na mesma ocasião em que o inspetor anota estar completa a construção, deve conversar com a família e pedir***

para fazer uma limpeza inicial dentro e fora da sentina, lavando o piso, recolhendo qualquer pedaço pequeno de madeira, palha ou pedra que tenha sido deixado pelos construtores etc. No dia seguinte, o inspetor deve voltar para anotar se a família fez a limpeza inicial, marcando "sim" ou "não" conforme o caso e dando instruções de conservação da sentina de acordo com as regras esclarecidas no Manual do Guarda Sanitário.

Se, numa primeira leitura do manual, a construção da infra-estrutura sanitária material parece ser a missão maior do guarda, um olhar cuidadoso logra perceber que seus desdobramentos rotineiros são cruciais. Daí o volume de páginas no manual dedicadas a detalhar o modo de fazer mapas e relatórios, preencher inquéritos, definir critérios para normatizar e homogeneizar a classificação de cada elemento como em "boa", "regular" ou "má" condição. A necessidade de controlar "o uso e a conservação da sentina", ou de qualquer outro equipamento doméstico, e de garantir condições consideradas adequadas de higiene do domicílio e suas imediações é o que gera a necessidade de esquadriñar a comunidade minuciosamente. Caso contrário, o mapeamento local se daria apenas no diagnóstico preliminar da realidade para o planejamento das intervenções materiais a serem desenvolvidas; mas não é o que se verifica ao longo das páginas do manual, pois as visitas de inspeção devem ser periódicas e registradas minuciosamente nos termos do manual. A ordenação do meio físico revela-se aqui intrinsecamente subordinada ao domínio metucioso e continuado da ação humana. Não é possível interromper as rotas de transmissão das moléstias intestinais apenas saneando materialmente o meio através de instalações sanitárias, principalmente se considerarmos a simplicidade destas instalações.

É como se neste processo a indagação sobre eficácia que norteou inicialmente os estudos antropológicos no final do século XIX e início do XX se invertesse. Se para Marcel Mauss⁷ o que havia de ser explicado era a perda da vitalidade e a morte por indução social, isto é, o fato das pessoas morrerem em contextos de feitiçaria ou quebra de tabu sem a materialização de processos de doença condizentes na concepção biomédica, aqui o que parece se colocar é a necessidade de explicar por que apesar da transformação das condições materiais exteriores, requeridas à não propagação das doenças, as pessoas continuavam adoecendo e morrendo. Agora são os limites da eficácia da ação técnica, orientada epidemiologicamente, no controle das doenças que

precisa ser explicada pelo fato social e não mais a eficácia da ação mágica, sem base biomédica, discutida por Mauss e os antropólogos de então. A eficácia técnica revelou-se nas linhas do manual intrinsecamente dependente da eficácia social, uma dependência que, por sua vez, foi traduzida em intervenções sanitárias educativas de natureza autoritária com o intuito de combater a ignorância, produzir uma “consciência sanitária” e melhorar as condições de saúde.

Assim, o modo de vida decomposto em traços comportamentais a serem modificados tornou-se o objeto privilegiado das ações de saneamento. As orientações técnicas e de conduta se fundem e se confirmam mutuamente sob a égide da saúde e da verdade e objetividade irredutíveis que parece comportar. Desta forma, via a ação dos guardas sanitários e da estrutura de centros de saúde do Sesp, estava sendo engendrado, em nome da necessidade de contenção das fezes e da poluição por ela gerada, um dispositivo de poder (no sentido foucaultiano) que objetivava explicitamente construir novas pessoas, *“pessoas higienizadas”*, por meio de um aparato de estado rotineiramente presente e vigilante em sua existência cotidiana coletiva (nos espaços compartilhados) e individual (nos seus corpos).

A fabricação social e material do hábito de lavar as mãos adquiriu, neste contexto, relevância no exercício da educação sanitária. Considerando-se que a construção adequada das sentinas não era considerada suficiente caso as pessoas não as usassem higienicamente, havia que disciplinar não apenas o seu manejo e manutenção, mas também os cuidados corporais após seu uso. Observamos, então, o desdobramento deste pressuposto em considerações sobre meios de contaminação e em prescrições técnicas necessárias para tornar disponíveis “aparelhos para lavagem de mãos” adequados: *“Pelas mãos sujas se transmitem várias doenças intestinais. [...] Para reduzir a disseminação destas doenças, será preciso então estabelecer o hábito de lavar as mãos. Esta regra deverá ser aplicada a todas as pessoas, especialmente às crianças. É óbvio que tal hábito somente poderá ser estabelecido se houver instalações satisfatórias e em número suficiente, nas localidades que forem trabalhadas”* (grifo meu)⁶.

Tal anterioridade da instalação material parece posta somente para qualificar o contexto de sua já assumida insuficiência e eficácia relativa no estabelecimento do hábito de lavar as mãos, visto que é no tema da lavagem das mãos que pela primeira vez surge referência às visitadoras sanitárias: *“Em contraste com as incumbências dos*

guardas que tratam particularmente das instalações, a atenção das visitadoras será dirigida às pessoas. No assunto da lavagem das mãos e educação das mães e das crianças, incumbe às visitadoras”.

A divisão de trabalho entre visitadoras e guardas sugere o limite da intervenção masculina no mundo doméstico, mas ao mesmo tempo preserva a separação entre controle do meio e controle de seres humanos, das coisas e das pessoas, mantendo implícitas suas imbricações e, por tal ficção, operando como reforço da eficácia material postulada pela razão técnica na interrupção de rotas de transmissão de doenças. O sujeito humano não é abordado em separado no manual, surge como um fio quase invisível nos diferentes tópicos como se delimitando o campo de ação desses funcionários, os guardas sanitários, guardiões de uma política de saúde que, naquele momento, tinha nas intervenções nos domicílios e seus arredores seu principal campo de atuação. O interesse pela água presente, com menor destaque do que as sentinas, no manejo das águas já usadas, na orientação para dispor de artefatos para lavagem das mãos e nas pequenas intervenções de engenharia para fornecimento de água não poluída (em instruções dadas para construção de poços: distância das fontes de contaminação, formas de contaminação, técnicas de construção e proteção da fonte, manejo humano, etc.) ganhará proeminência nas práticas corporais higiênicas: assunto por excelência da formação das visitadoras sanitárias.

O Manual de Curso de Visitadoras Sanitárias

A leitura deste manual, bem como do relatório no qual se insere, nos permite mapear a abrangência e o foco da atuação das visitadoras, bem como vislumbrar uma dimensão prática que a estrutura do *Manual para Guarda Sanitário* mantinha velada: a necessária e tensa disciplina, não apenas dos habitantes locais, mas também desses profissionais sanitários que afinal eram recrutados na própria localidade ou na região.

O curso de formação das visitadoras sanitárias desde seu início fora estruturado para ter a duração de seis meses, dividido em uma parte teórica e outra prática, implicando, tal qual no dos guardas sanitários, um período de internato na localidade onde o curso era ministrado, no caso em foco, Itacoatiara/AM, durante o qual recebiam uma pequena bolsa para sua manutenção. O conteúdo do curso, com adaptações e ênfases locais, contemplava os seguintes tópicos:

“Higiene pessoal”; “Centro de Saúde”; “Nutrição”; “Higiene escolar”; “Ética”; “Higiene pré-natal, infantil e pré-escolar”; “Treinamento e supervisão das práticas higiênicas das “curiosas””; “Doenças contagiosas (práticas em técnicas isoladas)”; “Saúde comunitária”; “Curso de Laboratório”; “Primeiros socorros”; “Saneamento ambiental”.

Semelhante grade temática já nos permite ver que a atuação das visitadoras incluía, além das visitas às casas e escolas, o trabalho de auxiliar nos postos e centros de saúde, bem como a disciplina das parteiras locais. Os professores eram predominantemente enfermeiras com a colaboração de alguns médicos, incluindo por vezes visitadoras experientes – diferente dos guardas que, embora respondessem ao médico do distrito sanitário, eram instruídos por inspetores sanitários formados principalmente por engenheiros. A seleção privilegiava mulheres jovens (entre 16 e 28 anos), solteiras e viúvas (casadas somente com o consentimento do marido), das quais se exigia o primário completo, além de outros atributos e habilidades de ordem pessoal – como pode se avaliar nas cinquenta perguntas do questionário que deveriam responder e nos requisitos básicos exigidos à candidata (exame físico, exames de português e de matemática e um enxoval mínimo composto de peças de roupa, itens de higiene pessoal, um guarda-chuva, um relógio de ponteiro e uma caneta tinteiro).

Questões de ordem moral, de conhecimentos ligados aos preceitos sanitários, de adesão a crenças ou “ignorância” (como eram chamadas as concepções e práticas populares desautorizadas pela medicina vigente) e a práticas higiênicas se sucedem no questionário de admissão sem qualquer solução de continuidade. Assim, se a primeira pergunta do questionário consiste em “Se já teve experiência com enfermagem, qual o aspecto que mais lhe agradou?”; a pergunta número 6 aborda questões claramente morais: “Acha que há ocasiões em que a mentira é justificável?”; a de número 7 indaga se a candidata “Gosta de limpar e arrumar a casa?”; a de número 9 se “Já ouviu falar de micróbios que causam doenças?”; a de número 10 complementa-a com “Acredita que existem?”; enquanto que da pergunta 25 em diante temos uma dezena de questões sobre se lava as mãos, toma banho, quantas vezes e por que, se há inconveniente em cuspir no chão, etc., finalizando com indagações sobre frutas do tipo “Acha que é verdadeiro o ditado que diz: ‘Fruta pela manhã ouro; de tarde, prata; de noite, mata?’”.

A pretensão de totalização e englobamento de cada um dos moradores pela ação sanitária

territorializada nos diferentes distritos sanitários, que destacamos nas orientações do *Manual do Guarda Sanitário*, fora ampliada aqui para a disciplina minuciosa das próprias visitadoras. A explicitação deste desdobramento no caso específico das visitadoras sugere as dificuldades de recrutamento destas profissionais na própria localidade. Assim, muitas não chegavam a concluir o curso. No relatório do curso realizado em Itacoatiara, em 1946⁸, a enfermeira responsável registrou que, das vinte candidatas que começaram a formação, apenas treze a concluíram. Razões alegadas? “Incapacidade intelectual” (uma), “indisciplina e incapacidade intelectual” (duas), “problemas de saúde” (duas) e “mudança da família para outra localidade” (uma). Mas, principalmente, esta ênfase disciplinar parece expressar a ação exemplar que deveriam ter aquelas que mais atuavam na conversão das interações cotidianas da população. A ordenação moral e higiênica dessas funcionárias deveria ser corporificada em hábitos, condutas e aparência, não apenas em palavras. As visitadoras deveriam personificar em si certo espírito do sanitarismo e, por tal processo, como se fossem *ícones*, comunicá-lo imediatamente.

Neste sentido, a exigência do uso do uniforme estabelecido na região (Figura 3) e do distintivo do Sesp era complementada pela obrigatoriedade de vários outros elementos, alguns dotados de função instrumental na prática do serviço prestado pela visitadora, outros contendo em si a finalidade última da expressividade de valores, uma expressividade que implicava a fusão entre o corpo do indivíduo e o uniforme que o vestia. Assim, ao final da enumeração dos itens materiais que compunham o uniforme da visitadora sanitária, nos deparamos com preceitos de cuidados corporais muito específicos, vinculados tanto ao recato feminino quanto à limpeza pessoal:

Uniforme de Visitadora Sanitária

[...] **9º - Não usar excesso de pintura, nem jóias (anéis, brincos, pulseiras, cordões, etc.), será entretanto permitido o uso discreto de rouge e baton natural;**

10º - Conservar as unhas curtas e, se fizer uso de esmalte, este deverá ser natural.

Tal documento sugere que o uniforme significava mais do que uma identificação funcional exterior, constituía um artefato corporal de dupla orientação. Tratava-se de um artifício material e simbólico cuja finalidade era conformar (no duplo sentido da palavra: moldar e acomodar) a subjetividade dos sujeitos da ação (as visitadoras) e dos sujeitos objetos de sua ação (os

familiares, em especial mães e crianças), a ser obtida por meio da produção de um *contínente* para um *conteúdo*, ou seja, de uma visualidade higiênica (asséptica e femininamente adequada), num processo de mútua determinação. Infelizmente, não localizei nenhuma foto das alunas do curso de visitadora sanitária da Amazônia. Contudo, inseri uma foto de formatura, também nos anos 1940, do “Programa do Vale do Rio Doce” para que o leitor possa ter uma aproximação visual desta profissional (Figura 4).

Claramente o uniforme do guarda sanitário continha em si expressividade, mas certamente de outra natureza, a do exercício da autoridade, já explicitada no próprio nome da função. Não tenho como aferir a dimensão corporal da disciplina necessária a esta expressividade, pois nos documentos levantados sobre as orientações vigentes na formação do guarda não encontrei qualquer referência a cuidados corporais prescritos. Se havia, e deveria haver, não deveriam ser tão constitutivos de sua função, mais identificada que era explicitamente com o saneamento material do ambiente e não da pessoa.

Se o foco explícito do guarda era separar fezes de pessoas por meio da produção da materialidade necessária, o da visitadora era efetuar esta separação por meio da produção de pessoas disciplinadas ao uso destes recursos. À prática de lavar as mãos somam-se muitas outras práticas higiênicas e de cuidados corporais vinculadas a certa concepção de funcionalidade do organismo humano. Dentre os tópicos de higiene pessoal do curso de formação de visitadoras, encontramos, além de (1) “higiene e saúde - definição e signos de boa saúde” e (2) “hábitos de higiene - como são formados”: (3) “células - unidade estrutural do corpo humano”; (4) “desenvolvimento do corpo humano”; (5) “pele - estrutura e função”; (6) “ossos, músculos e postura”; (7) “mãos e unhas - cuidado necessário”; (8) “pés e sapatos - higiene necessária”; (9) “olhos - estrutura e função e cuidado necessário” (o mesmo se repetindo para ouvidos e cabelos); (12) “sistema digestivo - boca e dentes”; (13) “estômago e intestino”; (14) “hábitos higiênicos de eliminação”; e assim sucessivamente para diferentes órgãos e sistemas, finalizando com “menstruação”, “dormir e descansar”, “recreação - higiene mental”, “roupas - higiene” e “hábitos de higiene necessários para diferentes idades”. Infelizmente, não há um detalhamento de cada um dos tópicos, mas sua enunciação permite acompanhar a



Figura 3. Uniforme da visitadora sanitária (Itacoatiara/AM).

Fonte: Casa de Oswaldo Cruz, Acervo Fundação Sesp 1. Manual do Curso de Visitadoras Sanitárias.



Figura 4. Formanda da turma de visitadoras de Colatina (MG).

Fonte: Casa de Oswaldo Cruz, Acervo Fundação Sesp 1. Relatório “Programa Vale do Rio Doce”.

envergadura da noção de higiene, abrangendo corpo e mente, função e estrutura do organismo, espaço e tempo dos indivíduos, bem como o deslocamento da ênfase na materialidade das coisas para a materialidade das pessoas. Afinal, as pessoas a serem trabalhadas pelas visitadoras não são consideradas, pelo menos não é abordado na descrição do curso, como portadoras de razão ou sensibilidade, reduzidas que foram a potenciais veículos de microorganismos patológicos; nem tampouco em sua especificidade sociocultural, sendo pressupostas como genericamente desprovidas de educação sanitária e de condições de vida e saúde. A única diferenciação relevante parece ter sido a de gênero, pois o foco de atuação das visitadoras era a mulher-mãe.

Por tal procedimento, vemos as pessoas serem acionadas diretamente através de seus corpos, por meio de imposição de informações e de condutas. Embora o uso da coerção seja explicitamente negado, aparece nos procedimentos a serem adotados caso os sujeitos objetos da ação não se comportem como prescrito. Pude observar este jogo entre o dito e o não dito na leitura da atuação das visitadoras junto às “curiosas”. Após reconhecer a influência destas parteiras, o manual postula que se deve procurar ganhar sua “cooperação voluntária”, rejeitando o uso “da força e da coerção” para a formação das classes de treinamento. Contudo, o desenvolvimento de procedimentos de controle e de punição às curiosas que não seguissem as orientações sanitárias no parto parece ter sido autorizado pela convicção de que: *The only effective means of combating the ignorance which is responsible for many of the conditions which produce the high infant and maternal morbidity and mortality is the acquisition of knowledge and practices of the fundamentals of hygiene and sanitation*⁹.

Havia um controle feito através da obrigatoriedade das curiosas retornarem ao posto ou centro de saúde após cada parto para repor os suprimentos da maleta que recebiam no treinamento. Aquelas que não o fizessem teriam o uso da maleta suspenso até completarem satisfatoriamente um outro período de treino, cabendo ao médico, por recomendação da visitadora, a palavra final nesta punição. A urgência de traduzir informação em prática não podia esperar, havia que combater a ignorância e modificar rotinas rapidamente sob a certeza de que vidas estariam sendo poupadas. As pessoas tinham que ser “treinadas”, este é o termo usado, segundo os fundamentos da higiene e do sanitarismo. Este treinamento implicava necessariamente praticar os

preceitos higiênicos e não apenas ver e ouvir falar sobre eles. No caso das curiosas, o treinamento implicava, por exemplo, que em cada etapa do parto trabalhada no planejamento das aulas fosse praticada a lavagem das mãos. Provavelmente a lavagem das mãos e outras práticas de higiene fossem também praticadas nos domicílios, mas infelizmente o material trabalhado não permite avançar muito nesta direção.

Considerações finais

Nisso parecia consistir a educação sanitária de então: informação, adestramento, inspeção e coerção. Estamos longe da retórica de resgate do conhecimento tradicional, do respeito à diversidade e da educação via sensibilização e mobilização vigente hoje, mas não tão longe das ações praticadas, pois a finalidade de mudar comportamentos e práticas corporais com vistas a adequá-los a preceitos higiênicos permanece. Neste sentido, pudemos ler na página eletrônica da Funasa¹⁰, no ano de 2004, o seguinte texto sob o título maior “Funasa notícias – Onde o trabalho da Funasa faz a diferença”:

Mudança de hábito – uma difícil tarefa

Pela manhã, bem cedo, antes do sol esquentar, vários habitantes de Bitá se dirigiam a um mesmo local: um pequeno riacho chamado Poxinaçu, que banha o povoado. É preciso disposição para andar até três quilômetros em busca da água e voltar com cacimbas pesadas na cabeça, até três vezes por dia. Essa era a rotina da comunidade que ia ao Poxinaçu para buscar água, tomar banho, lavar roupa, beber água, nadar.

Com a água tratada dentro de casa e sanitários adequados, essa rotina foi quebrada. Mas há os que ainda resistem, não gostam de mudanças. Preferem a água fresquinha (não tratada) das fontes ou o “ventinho” das bananeiras [...]

Sensibilizar a comunidade e mudar os hábitos é a tarefa diária dos educadores da Funasa que, por meio de visitas domiciliares, atividades pedagógicas, oficinas, eventos, peças de teatro e cartilhas, buscam, aos poucos, introduzir os novos costumes. Em atuação conjunta com a realização das obras, educadores realizam um trabalho de informação, conscientização e mobilização das comunidades.

Os mediadores mudaram. Não temos mais guardas e visitadoras sanitárias, outros atores políticos assumiram esta posição: educadores em saúde (não mais sanitários), agentes comunitários de saúde, agentes indígenas de saúde e de saneamento. No processo político sanitário iniciado

pelo Sesp, tal reorientação teve início em 1953 com a entrada de Arthur Rios para chefiar a seção de pesquisa social no âmbito do Setor de Educação Sanitária, dirigido por Nilo Chaves de Brito Bastos, que já começava a valorizar o esclarecimento dos profissionais da saúde sobre a dimensão social da doença e da necessidade de conhecer as concepções comunitárias sobre ela, ficando, assim, os sociólogos e os antropólogos responsáveis por fazer esta tradução⁴. Mas esta é outra história, na qual as práticas higiênicas preconizadas pela saúde pública no combate a microorganismos patogênicos no manejo de corpos e espaços não mais reconheciam as autoridades do passado, suas práticas, compromissos e vocações. Permaneceu, contudo, praticamente inquestionável a universalidade da tecnologia da engenharia

sanitária, diferentemente da biomedicina que tem sido alvo de inúmeras reflexões por parte de pesquisadores e dos próprios atores. Assim, analisar os novos manuais e etnografar a formação e as práticas dos atuais profissionais de engenharia e de educação em saúde, para avançar na compreensão das linhas de continuidade e ruptura com o momento fundador do Sesp aqui considerado, nisto consiste o novo desafio a trilhar; na certeza de que se toda tecnologia política de saúde e saneamento é um instrumento de dominação rotineira, só o é eficazmente na medida em que for também um agente cultural na produção de subjetividades incorporadas e territorialmente interiorizadas, ou seja, se for feliz¹¹ em consolidar conexões amplificáveis de afinidade entre escolhas técnicas e orientações interacionais.

Referências

1. Elias N. *O processo civilizador: uma história dos costumes*. Volume 1. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 1994.
2. Rosen G. *Da Polícia Médica à Medicina Social*. Rio de Janeiro: Graal; 1979.
3. Faria LR. *Saúde e Política: A Fundação Rockefeller e seus parceiros em São Paulo*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2007.
4. Campos ALV. *Políticas Internacionais de Saúde na Era Vargas*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006.
5. Casa de Oswaldo Cruz, Acervo Fundação Sesp 1. [original datilografado]
6. Casa de Oswaldo Cruz, Acervo Fundação Sesp 1. Manual para Guarda Sanitário. [original datilografado]
7. Mauss M. Efeito físico no indivíduo da idéia de morte sugerida pela coletividade [1926]. *Sociologia e Antropologia* 1974; 2:185-208.
8. Casa de Oswaldo Cruz, Acervo Fundação Sesp 1. Relatório do Curso de Visitadora Sanitária. Itacoatiara: SESP; 1946.
9. Casa de Oswaldo Cruz, Acervo Fundação Sesp 1. Manual do Curso de Visitadoras. [original datilografado]
10. Brasil. Fundação Nacional de Saúde. Disponível em: http://www.funasa.gov.br/Web%20Funasa/not/not2004/coracao_br_1.htm
11. Austin JL. *Quando dizer é fazer: palavras e ações*. Porto Alegre: Editora Artes Médicas; 1990.

Artigo apresentado em 17/12/2007

Aprovado em 08/01/2008

Versão final apresentada em 04/04/2008