

# Delaware Review of Latin American Studies

---

## Special Issue: The History of Human Services in Brazil and Argentina

Vol. 17 No. 2 November 14, 2016

### Sociedade de Assistência aos Trabalhadores do Carvão (SATC) e a tutela médico-sanitária das relações materno-infantis

Ismael Gonçalves Alves<sup>1</sup>  
Departamento de História  
Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Socioeconômico – UNESC  
iga@unesc.net

Giani Rabelo<sup>2</sup>  
Departamento de Pedagogia  
Programa de Pós-Graduação em Educação e Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Socioeconômico – UNESC  
gra@unesc.net

**Resumo:** Em meados do século XX a Região Carbonífera Catarinense enfrentava uma série de problemáticas relacionadas à saúde e à mortalidade infantil. A inexistência de um eficiente sistema assistencial financiado e gerido pela administração pública municipal ou estadual levou o empresariado local a buscar parcerias junto ao governo federal com o intuito de erigir um complexo assistencial destinado a atender a população operária da região mineira. Fundada em 1959, a Sociedade de Assistência aos Trabalhadores do Carvão (SATC) surgiu com o objetivo principal de prover serviços de assistência à população pobre, priorizando sempre que possível o atendimento à infância e à gestante. No entanto, financiada em grande medida pelo empresariado local, a SATC prestou um tipo de assistência pautada no modo de vida burguês, impondo a seus assistidos normas e padrões de gênero que deveriam nortear suas vidas cotidianas. Assim, muito mais que uma instituição meramente assistencial, a SATC ajudou a promover modelos de trabalhadores, infâncias, maternidades, masculino e feminino que deveriam ser introjetados por todos/as.

**Palavras-chave:** Assistência, Mortalidade Infantil, Maternidade, Infância

**Abstract:** In the mid-twentieth century, the Coal Region of Santa Catarina faced a series of problems related to health and child mortality. The lack of an efficient health care system funded and managed by municipal or state government led local businesses to seek partnerships with the federal government to build a health complex designed to meet the needs of the working population of the mining region. Founded in 1959, the Sociedade de Assistência aos Trabalhadores do Carvão (SATC) was created to provide health services to the poor, especially to children and pregnant women. However, funded largely by local businesses, the assistance provided by SATC was dominated by bourgeois values and gender patterns which were then imposed on the poor. Much more than a purely service institution, SATC promoted patterns of behaviors that workers, children, expectant mothers, males and females were supposed to internalize.

**Keywords:** Health care, Child mortality, Pregnancy, Childhood

\*\*\*\*\*

Localizada no sul do Estado de Santa Catarina, a Região Carbonífera Catarinense ou Complexo Carbonífero<sup>3</sup> despontou no cenário econômico nacional através da expansão de suas atividades mineradoras a partir da década de 1930, num momento em que o incipiente complexo industrial brasileiro também passava por um processo de reestruturação promovido pelo governo de Getúlio Vargas, que buscava tornar a indústria nacional mais competitiva e dinâmica e menos dependente das importações. Conforme afirma Alcir Lenharo (1986), junto a este processo de industrialização Vargas também iniciava um processo de valorização dos trabalhadores por meio da promulgação de leis sociais que criavam elos de cumplicidade entre o governo central e as regiões urbano-industriais, elegendando-as como centros receptores de políticas federais de proteção ao trabalho, de urbanização e promoção social.

Neste sentido, a Região Carbonífera apresentava-se como um espaço socioeconômico de grande importância para os planos de autossuficiência da indústria nacional, pois as atividades desenvolvidas na Região comportavam todo o processo de manufatura do carvão mineral, englobando extração, beneficiamento, transporte, produção de insumos fertilizantes, aço e geração de eletricidade. (Goularti Filho, 2004).

Mesmo tendo descoberto carvão ainda nas primeiras décadas do século XX, foi somente nos primeiros anos de 1930 que Criciúma (SC) passou por um intenso processo de industrialização que visava fortalecer o crescimento fabril do país por meio da diminuição das importações e ao mesmo tempo formatar uma classe trabalhadora e industrial. Como maior polo extrator do minério de carvão, a cidade passou a prover grande parte das novas demandas advindas da indústria brasileira, primeiramente fornecendo o produto para empresas marítimas e ferroviárias, e posteriormente vendendo para a geração de energia e utilização nos altos-fornos siderúrgicos.

O grande salto econômico da cidade ocorreu durante a década de 1940, quando o governo do Estado Novo estabeleceu uma série de decretos-lei que garantiram à União o total controle sobre a comercialização e o consumo do carvão. Por meio do Decreto nº 4.613, de 25 de agosto de 1942, as empresas mineradoras de Santa Catarina estavam obrigadas a entregar toda a produção do carvão ao Governo Federal, que ficaria com 75% do produto e entregaria os outros 25% para livre comercialização das empresas. No ano seguinte, com o recrudescimento da Segunda Guerra Mundial, foi sancionado o Decreto-lei 5.964, que obrigava a entrega total do carvão metalúrgico para a Comissão da Marinha Mercante, que o distribuiria conforme as necessidades do país.

O rápido desenvolvimento da cidade proporcionado pelas atividades mineradoras ocasionou também importantes mudanças na dinâmica das migrações locais. De diversas cidades vizinhas inúmeras pessoas que, até então, haviam se dedicado exclusivamente às atividades agrícolas ou à pesca se deslocaram para Criciúma e região em busca de emprego estável nas minas de carvão e da promessa de mudança de vida proporcionada pelo famoso “ouro negro” que se escondia no subsolo. Assim,

atraídos por melhores salários e por horários fixos de trabalho, os colonos começaram a abandonar as propriedades agro-pecuárias, despovoando-as completamente e criando um novo e grave problema para a região: a falta de víveres de primeira necessidade [...]. (Boa Nova Junior, 1953: 10).

No entanto, como afirma o médico sanitário Francisco de Paula Boa Nova Junior em seu relatório ao Departamento Nacional de Produção Mineral (DNPM) intitulado *Problemas Médicos Sociais da Indústria Carbonífera Catarinense*, as ondas migratórias direcionadas a Criciúma asfixiaram as regiões agrícolas do seu entorno e trouxeram problemas de inúmeras ordens para a cidade. Sem as condições necessárias para a manutenção de uma cidade industrial com serviços públicos de infraestrutura, saúde, assistência e educação, já na década de 1940, Criciúma havia entrado em uma espécie de colapso urbano, transformando-se em um problema socioambiental de difícil solução.

Segundo Mumford (1998) – ao analisar a constituição de núcleos urbanos intimamente ligados às atividades mineradoras na Inglaterra –, a cidade carvoeira, chamada por ele de *Coketown*, se diferenciava totalmente das cidades “tradicionais” onde a agricultura era o principal meio de produção e acumulação de riqueza. Nas regiões destinadas aos trabalhos agrários a natureza era explorada de forma sustentável, zelando pelo crescimento disciplinado e ordenado da população, sem maiores prejuízos para o modo de vida “tradicional”.

Ao contrário disso, a *Coketown* estabelecia uma relação de extrema violência e destruição com a região onde se estabelecia. O carvão retirado das entranhas da terra por longas e escuras galerias, ao ser trazido para o solo, contaminava todo o terreno onde era depositado. Depois de retirada a fração empregada pela indústria, seus detritos eram espalhados por todos os lados formando uma paisagem mórbida e escura. Desta forma, a cidade estéril e sem vida era levada rapidamente da riqueza à exaustão, “a mineração representa, assim, a própria imagem da descontinuidade humana, hoje presente, amanhã desaparecida, hoje febril por causa do lucro, amanhã esgotada e abandonada”. (Mumford, 1998: 488).

### **As Vilas Operárias e os problemas médicos sanitários**

De maneira geral, as famílias operárias mineiras foram obrigadas a arcar com grande parte das mudanças resultantes do crescimento do setor industrial carvoeiro, tais como enfermidades, más condições de vida, trabalho precário, mortes e acidentes laborais. Se por um lado a possibilidade de trabalho fixo e com horários determinados representava um suposto avanço ao modo de vida anterior, por outro, os operários foram expostos a extenuantes rotinas de trabalho e obrigados a morar, junto com suas famílias, em vilas operárias construídas sobre o rejeito do carvão e sem as mínimas condições de salubridade, conforme relata Boa Nova Junior:

Ao tempo de nossa chegada a Criciúma, em fins de 1944, contristador era o aspecto que a cidade oferecia no tocante às suas condições higiênicas e sanitárias, à mortalidade infantil e ao conforto oferecido aos seus habitantes. Sem rede de abastecimento d'água, sem esgotos, sem serviços de coleta de lixo, sem calçamento, e com uma iluminação elétrica precaríssima, fornecida por uma pequena usina pertencente a particulares, agravadas estas deficiências por secas prolongadas e pela dificuldade de aquisição de gêneros de primeira necessidade devido ao despovoamento das zonas agrícolas [...] difíceis eram as condições de vida de toda a população. (sic). (Boa Nova Junior, 1953: 13)

Para abrigar os trabalhadores que cotidianamente se fixaram na cidade e que por sua vez eram indispensáveis para a manutenção das atividades industriais, as mineradoras se utilizaram de um artifício muito comum em outros centros industriais, as Vilas Operárias. De acordo com Margareth Rago (1997), estes complexos habitacionais foram muito característicos do capitalismo brasileiro da primeira metade do século XX e possuíam uma tripla

finalidade: afastar o operariado do ciclo de atividades burguesas, construir um espaço higiênico e adequado ao mundo do trabalho, e por último fabricar uma massa de trabalhadores ordeiros e disciplinados.

Apesar de serem muito comuns na Região Carbonífera Catarinense, as Vilas Operárias de Criciúma e das cidades circunvizinhas possuíam pouca similaridade com suas homônimas de outros Estados. Construídas em torno das bocas de mina, na periferia da cidade, as Vilas Operárias carvoeiras eram verdadeiros depósitos humanos, incapazes de proporcionar um ambiente salutar capaz de melhorar o desempenho e produtividade de seus operários.

Construídas de maneira irregular sobre o solo piritoso, servidas por ruelas estreitas e lamacentas, sem observar as mínimas normas de higiene, estes locais de habitação rapidamente foram levados à estufa, tornando-se um problema médico-sanitário de difícil solução, tanto para as autoridades estatais quanto para as próprias carboníferas que os idealizaram. Este aspecto sombrio proporcionado pela visão das Vilas Operárias da Região Carbonífera Catarinense é narrado pelo Deputado Jorge Lacerda<sup>4</sup> em visita ao Estado em 1948:

Testemunhei naquelas localidades, com viva emoção, o espetáculo constrangedor, das casas dos mineiros, pequenas habitações de madeira enfileiradas, totalmente pretas, pois eram pintadas com piche. Na paisagem nenhum jardim, nenhuma flor. Carvão por tôda parte: no chão, nos rostos, nas ruas, nas paredes, [...] E naquele ambiente soturno, a lembrar sombrias necrópoles, crescem e multiplicam-se as famílias dos trabalhadores, sem que nenhuma providência, sequer, venha minorar as aflições dêsse estado de verdadeira penúria. (Lacerda *In*: Diários do Congresso Nacional, 1959: 946)

Inúmeros foram os relatos feitos por profissionais da saúde, autoridades públicas e religiosas que visitaram a região e se impressionaram com a situação das Vilas Operárias e das casas que serviam de moradia para a classe trabalhadora. Se em sua origem as cidadelas operárias tinham a finalidade de criar um ambiente saudável – com amplas e iluminadas vias, servidas por todo tipo de infraestrutura, compostas por casas amplas e arejadas capazes de afastar enfermidades e zelar pela intimidade – em Criciúma elas pouco cumpriam seus objetivos. As condições acima descritas evidenciam as particularidades da vida operária na região, sem o empenho das autoridades públicas locais em verificar as condições de trabalho e vida, e dos mineradores em disponibilizar o mínimo possível para a manutenção da força de trabalho.

Os custos socioambientais herdados pela região foram extremamente altos e proporcionais ao crescente número de empresas, trabalhadores e vilas operárias. O quadro nosológico existente na cidade tornou-se bastante amplo e diversificado, e seus impactos eram sentidos diretamente sobre a população. Não muito diferente do que ocorria nos grandes centros urbano-industriais, os aglomerados de trabalhadores e suas famílias passaram a se tornar lugares privilegiados para a difusão de doenças infectocontagiosas como tuberculose, varíola, varicela, disenterias amebianas, tifo e verminoses. Um exemplo desta situação é descrito por Boa Nova Junior após sua chegada a Criciúma, em 1945, quando se deparou com a possibilidade de um surto de febre tifoide:

[...] ocorreu, ameaçadoramente, um novo surto de tifo, causando grandes apreensões a tôda a população de Criciúma e determinando a adoção de urgentes e enérgicas medidas profiláticas e sanitárias, a fim de que o surto desta doença infecto-contagiosa, endêmica à região, tão temida por sua fácil contagiosidade e por seu elevado índice de mortalidade, não viesse a se transformar numa pandemia de conseqüências catastróficas. (sic). (Boa Nova Junior, 1953: 10).

Demasiadamente comuns na região, principalmente na cidade de Criciúma, os surtos de doenças foram alvo de organismos governamentais que tentavam refrear seus impactos sobre a população produtiva e modernizar o setor. No comando do serviço sanitário do Departamento Nacional de Produção Mineral, o médico sanitário Francisco de Paula Boa Nova Junior, formado pela Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, iniciou uma intensa campanha profilática envolvendo todos os moradores da cidade.

Com ajuda de mineradores, do governo municipal e do Federal, representado pelo Departamento no qual trabalhava, o médico solicitou lotes de vacina ao Instituto Oswaldo Cruz e estabeleceu uma campanha de vacinação obrigatória a todos os trabalhadores das minas de carvão e seus familiares. Por meio de uma central instalada na praça da cidade foram inoculadas centenas de crianças e adultos, e aqueles impossibilitados de comparecerem foram atendidos nas próprias vilas operárias pelos enfermeiros do DNPM. No entanto, a campanha não se restringiu apenas à vacinação compulsória, concomitante a esta empreitada foram ensinadas noções de profilaxia que ajudavam a evitar o contágio:

[...] conselhos e recomendações eram ministrados pelos serviços de auto-falantes local, orientando e advertindo a população contra os perigos da ingestão de verduras crúas e de águas de poços e cisternas sem fervura prévia, recomendando-se também um intenso combate as moscas domésticas, como veiculadoras da terrível doença, e os maiores cuidados possíveis a serem tomados com as dejeções dos doentes convalescentes, que deveriam sofrer rigorosa desinfecção. (sic). (Boa Nova Junior, 1953:11).

Para aqueles que já manifestavam os sintomas da doença, foi criado em parceria com a Carbonífera Próspera e o Hospital São José um galpão de isolamento onde os infectados eram tratados e recebiam os cuidados necessários para o controle da doença, evitando desta forma o contato com os membros da família ainda não contaminados. Assim como estas, outras campanhas ao longo dos anos de 1940 e 1950 foram organizadas para debelar outras doenças comuns entre a população operária com a finalidade de criar um ambiente saudável para o desenvolvimento das atividades industriais.

Dentre o conjunto da população atendida pelos serviços sanitários e ações profiláticas, bem como pelos serviços sociais instituídos pelas autoridades públicas e por entidades filantrópicas, foi sobre as crianças que recaiu grande parte das ações de saúde e assistência. Assim como em outras localidades do país, a salvaguarda da infância foi um ponto crucial para o desenvolvimento de um sistema assistencial local que para garantir a constante renovação da mão-de-obra passou a construir mecanismos que preservassem a vida das mães e das crianças.

Na sequência abordaremos como a maternidade e principalmente a infância se tornaram problemas sanitário-sociais para Criciúma, mobilizando a classe médica na tentativa de identificar as principais causas para ocorrência de tão elevadas taxas de mortalidade infantil, que por sua vez colocavam em risco a própria manutenção da indústria local e transformavam a cidade em um exemplo negativo para toda a região.

### **Criança e maternidade: as garantias da esfera reprodutiva**

A criança como problema de Estado emerge no Brasil com maior envergadura entre os anos de 1930 e 1960, quando alinhado ao contexto internacional o país paulatinamente propôs uma agenda positiva em favor da infância. Alvo do discurso médico, pedagógico, assistencial e jurídico, a criança e suas inúmeras representações sociais, como a delinquente, a abandonada, a ociosa e a desvalida, foi pouco a pouco se transformando em alvo preferencial de sistemas de proteção social, públicos e privados, que buscavam a todo custo salvaguardar este grupo etário. Pressionado por homens e mulheres engajados, o poder público em seus diversos níveis administrativos foi obrigado a se posicionar de maneira clara sobre quais seriam as políticas sociais destinadas à proteção à infância e à maternidade em todo país, equiparando o Brasil às grandes nações desenvolvidas do Ocidente.

O reposicionamento do governo brasileiro em defesa da maternidade e da infância foi impulsionado principalmente pela abertura da burocracia estatal a um corpo especializado de médicos e puericultores que assumiram o comando dos serviços assistenciais, que organizados estimularam e racionalizaram o atendimento aos necessitados. Parte da ideia de ampliar o amparo à maternidade e à infância, além de seu inegável cunho humanitário, estava associada a uma tentativa de regulação dos grupos familiares, definindo a partir das políticas assistenciais as identidades de gênero de seus membros: o homem provedor, o maior beneficiário da assistência; a mulher esposa e mãe que recebia assistência indireta e as crianças, indiscutivelmente assistidas por seu vir a ser.

Esta regulação, principalmente para as mães e as crianças, estendia-se por uma ampla rede de benefícios, que além de fornecer o amparo social contribuía para a manutenção dos papéis de gênero. Por meio da assistência especializada de médicos, de visitadoras sanitárias, do atendimento em postos de puericultura e maternidades, além das campanhas nacionais de saúde, a administração pública passou a regular as condutas de cada um destes indivíduos.

Alinhada aos discursos hegemônicos que reivindicavam políticas de proteção eficazes às crianças pobres, na Região Carbonífera Catarinense foi implementada uma série de ações socio sanitárias que visavam dirimir os impactos negativos da ação exploratória do carvão sobre a população infantil.

Assim como nas grandes cidades, foram os médicos locais que chamaram para si a responsabilidade de salvaguardar a infância, educar as mães e dirigir os serviços públicos e privados de assistência à maternidade e à infância. Este sentimento de responsabilidade sobre a vida dos demais colocou a corporação médica em situação privilegiada, pois assim como em outros lugares foram eles os primeiros a alertar o governo para os problemas relacionados à defesa e à produtividade da nação ocasionados pelas altas taxas de mortalidade infantil.

Defensor da corporação médica como agente promotor de mudanças político-sanitárias que levariam o país rumo à prosperidade, priorizando adequadamente o atendimento assistencial de mulheres e crianças pobres, Francisco de Paula Boa Nova Junior, médico-sanitarista da cidade de Criciúma e funcionário do Departamento Nacional de Produção Mineral, ferrenhamente advogava pela presença dos profissionais da saúde junto ao aparelho estatal e em instituições assistenciais.

A maior parte da tarefa de prevenção de moléstias na infância deve caber, entretanto, principalmente em nosso meio, ao médico. A responsabilidade de orientar as repartições oficiais competentes e as organizações privadas deve caber ao médico especialista. [...] Está em suas mãos o controle de muitas infecções esporádicas que ainda não estão sujeitas à regulamentação oficial. E, no campo da higiene mental, o pediatra ocupa uma posição toda especial, pois a êle cabe ditar ensinamentos tendentes a corrigir os fatores de ambiente que agem de modo desfavorável sobre a criança. (sic). (Boa Nova Junior, 1953: 25).

O excerto acima destacado reflete em partes uma das principais características do sistema assistencial local que em consonância com o nacional priorizava a presença dos agentes de saúde em organismos ligados à maternidade e à infância. Dirigidas basicamente por homens as instituições assistenciais, públicas ou privadas, apesar de suas preocupações salutaras ancoraram-se sobre pressupostos morais que definiam a mulher e a criança como indivíduos passíveis de tutela devido a sua suposta fragilidade física e moral.

Apesar de criarem políticas que focavam especificamente nas mulheres mães, tais instituições não se preocuparam em ouvir as reais necessidades femininas relativas à gestação e cuidados infantis, impondo de maneira vertical e hierarquicamente calcada em pressupostos tradicionais de gênero um modelo de maternidade que naturalizava a relação mãe e filho e a colocava sob a tutela do Estado.

Dentre os discursos sobre a maternidade e a infância que dominavam a cena médica brasileira, nenhum teve tanto poder simbólico quanto aqueles relacionados à mortalidade infantil. O medo de perder as crianças em tão tenra idade autorizou a corporação médica a esmiuçar o cotidiano das populações pobres em busca das causas relacionadas à mortalidade e estabelecer na relação mãe e filhos o principal foco de sua ação.

Para esta “nova” medicina, desenvolvida no Brasil da primeira metade do século passado, não importava apenas saber quais doenças levavam a um número maior de óbitos, lesionando a nação. O que realmente importava era saber que estas pessoas não morreriam mais de doenças que podiam ser prevenidas e curadas através da construção de um saber sobre o homem saudável, do homem não doente, idealizando os indivíduos através de uma espécie modelo.

Neste contexto de apreensão do indivíduo pela medicina, a mulher passou por um ininterrupto processo de aculturação sanitária, o seu papel deixava de ser apenas o de transmitir bens materiais e fortunas pessoais, sua função a partir deste momento passava a ser essencialmente instrumental, instância primeira e imediata da medicalização das crianças, garantindo o pleno desenvolvimento de sua prole em benefício do Estado.

Desta forma, muito diferente do que ocorria em outras regiões do país, fossem nos paupérrimos sertões do Nordeste ou nas desenvolvidas áreas urbanas do Sudeste, o problema da mortalidade também era um grave problema do Complexo Carbonífero Catarinense, principalmente no período que compreendeu os anos 1940 a 1960, quando a região chegou ao seu ápice exploratório.

Os discursos sobre a situação da infância na região eram diversificados e abarcavam inúmeros aspectos da vida pueril, no entanto, devido a seu forte impacto sobre o sistema econômico, nenhum chamou tanto atenção dos médicos e das autoridades públicas como os elevados índices de mortalidade infantil existentes na cidade e seu entorno.

Em 1944, ao chegar ao complexo carbonífero e se instalar na cidade de Criciúma como funcionário do Departamento Nacional de Produção Mineral, o médico sanitário Francisco de Paula Boa Nova Junior (1953) afirmava que a “[...] mortalidade infantil foi um grave problema que despertou nossa atenção em 1944, [...] pelo elevado número de enterros de crianças que eram vistos diariamente pelas ruas da cidade (8 a 10, em média)”. (p. 22).

Este discurso alarmista, que denunciava o número excessivo de mortes entre a população infantil local, alastrou-se por outros estratos da sociedade envolvendo autoridades políticas, médicos e filantropos, que numa espécie de cruzada pela salvação infantil buscavam alertar os governantes para tão degradante situação que envergonhava a Região Carbonífera Catarinense e especialmente a cidade de Criciúma. Alinhado ao tom denunciante que Boa Nova Junior utilizava em seu relatório, o deputado Jorge Lacerda também explorava tais cifras como uma forma de convencer o Governo Federal e seus pares sobre a importância de promover medidas salutaras que protegessem a maternidade e consecutivamente a população infantil:

É com profunda tristeza que trago ao conhecimento da Câmara dos Deputados uma revelação amarga. Em Guatá, grande produtor de carvão, nasceram em 1948, exatamente duzentas crianças. E dessas duzentas crianças, Srs. Deputados, já morreram 170. (Diários do Congresso Nacional, 1959, p. 946)

Ao apresentar estes dados que foram recolhidos no ano de 1948, quando o deputado Jorge Lacerda esteve na região para investigar a questão social, o Relator da CPI do Carvão<sup>5</sup> tinha a intenção de estabelecer um paralelo entre os investimentos recebidos nas áreas exploratórias e a falta de sensibilidade destas mesmas autoridades públicas e dos mineradores locais em investir na proteção social das famílias operárias, que inevitavelmente refletia-se diretamente sobre a vida das crianças. Mesmo com a existência de uma enraizada retórica que exortava a criação de um aparelho estatal de proteção às crianças e às mães pobres, tais medidas, com muita dificuldade se aplicavam nos grandes centros urbanos e nas periferias e no interior do país. Em Criciúma, esta aplicação era ainda mais precária.

Elemento tão comum à região carbonífera, a mortalidade infantil demonstrava sua pior face na cidade de Criciúma. Concentrando a maioria das minas de carvão, bem como a maior parte das famílias operárias, o médico Manif Zacharias (1957 [a]:01) afirmava que a cidade era sempre lembrada em diversas partes do país pela existência de dois elementos comuns “a terra, por suas particularidades: uma, o carvão, expressão de sua riqueza no subsolo; outra a elevada mortalidade infantil, traduzindo a miséria de seu povo”.

Impulsionados pela ideia de modernização e progresso, que por sua vez acreditavam serem incompatíveis com a miséria e o descaso com a infância, os médicos da cidade como Manif Zacharias e Francisco de Paula Boa Nova Junior realizaram uma série de estudos empíricos para identificar a origem dos problemas que afetavam as crianças contribuindo para a sua expressiva mortalidade.

Formados em grandes centros urbanos, ambos tinham uma ideia ampla de qual era o papel da medicina no processo civilizador brasileiro, principalmente a função da puericultura, que entre as ciências médicas estava encarregada de moldar a maternidade e talhar a criança em seus mínimos detalhes, contribuindo para a “geração dos normais, dos sadios e dos fortes [empenhando-se] a fundo para corrigir as múltiplas causas e fatores que concorrem para a decadência da raça [...]”. (sic). (Boa Nova Junior, 1953: 24). Ou seja, semente das populações futuras, a criança e suas infâncias passaram a ser os principais alvos de uma intensa campanha médico-sanitária que visava prolongar essa etapa da vida. Para alcançar tal objetivo, as sociedades modernas criaram regras que se impunham tanto para os pais quanto para os filhos, referentes a cuidados com higiene, limpeza, alimentação e amamentação, ou seja, uma série de investimentos necessários ao bom desenvolvimento físico desses pequenos indivíduos até a fase adulta.

Imbuídos do sentimento de responsabilidade sobre as populações pobres, principalmente sobre o bem-estar das mães e das crianças, os sanitaristas e puericultores de Criciúma desempenharam um importante papel no estudo e no atendimento à infância exposta aos impactos negativos do processo exploratório do carvão. Autorizados pelo Estado, estes profissionais da saúde passaram a fazer parte do espaço social em que circulavam os pobres urbanos. Ocupando postos de destaque na administração das cidades industrializadas, os médicos analisaram meticulosamente o cotidiano das populações operárias, em especial o estado de saúde das crianças, suas condições de vida e habitação, seus hábitos e costumes, com a finalidade de propor normativas que revertissem os efeitos negativos das doenças sobre a vida infantil. (Alves, 2011).

Seguindo esta lógica, Francisco de Paula Boa Nova Junior foi o primeiro médico na cidade de Criciúma a tentar elaborar um panorama geral das principais moléstias que acometiam a população infantil local, com a finalidade de informar as autoridades sobre a gravidade do problema e apontar para as medidas que poderiam contribuir para a reversão de tal quadro. Em seu relatório o sanitarista descrevia quais eram os fatores que desencadearam as inúmeras mortes relatadas por ele em 1944:

Buscamos inicialmente as principais causas deste elevado índice de mortalidade infantil e encontramos-las, vitimando na maior parte as crianças de 0 a 1 ano de idade, nas doenças gastro-intestinais (salmonelose e disenterias amebiana e bacilar, entre as mais freqüentes), doenças do aparelho respiratório (pneumonia e broncopneumonia, bronquite capilar, crupe, coqueluche e gripe), doenças infecto-contagiosas em geral, e, principalmente, sub-nutrição. (sic). (Boa Nova Junior, 1953: 22).

Fomentado em grande parte pelos problemas salutaros apontados na citação acima, em 1945 o médico sanitarista Boa Nova Junior (1953) afirmava terem morrido na cidade de Criciúma cerca de duzentas crianças de até 01 ano a cada mil nascimentos, o que para uma cidade de pequeno porte era considerado algo assustador e inaceitável. Concordando em inúmeros pontos sobre as causas da mortalidade da cidade e da região carbonífera, Manif Zacharias discordava dos números apresentados por Boa Nova Junior, aventando inclusive a possibilidade de tais discursos alarmistas serem fruto de folclore local.

Com a intenção de verificar a veracidade de tais discursos, o médico iniciou um estudo empírico, publicado no jornal Tribuna Criciumense, para identificar o quanto “de realidade havia na afirmação generalizada de que apresentamos um dos maiores índices de mortalidade infantil de todo o país, é cousa que, nos parece, que ninguém ainda, entre nós, procurou averiguar” (Zacharias, 1957 [a]: 01). A intenção de realizar tal tarefa era impor a autoridade médica como legitimadora de condutas e fonte de verdades, pois “causos” difundidos por moradores e lembranças de tempos passados não serviam de base empírica para a ação médica, que dependia da racionalidade científica para construir seu campo de atuação.

Desta forma, a racionalidade médica aceitava apenas como evidências dados científicos relacionados ao estudo de estatísticas, de crescimento vegetativo (nascimentos e mortes), epidemias, estudos demográficos e a reorganização do espaço urbano, que por sua vez seriam capazes de apresentar diagnósticos precisos sobre determinado assunto.

Baseado nesta premissa, o médico Manif Zacharias, que exerceu a medicina em Criciúma entre os anos de 1944 a 1966, decidiu verificar se os discursos que afirmavam que a cidade seria a capital brasileira da mortalidade infantil eram realmente verídicos. Percorrendo os três cartórios existentes, Manif Zacharias analisou os registros de nascimentos e óbitos comunicados entre os anos de 1946-1956, e, para sua surpresa, os discursos sobre os elevados índices de mortalidade entre a população pueril não se confirmaram, assim como

[...] a referência 10 a 12 enterros de crianças por dia “não passava de exagero (e dos bem exagerados) provindo de generalizações de ocorrências acidentais e esporádicas, verificada, quiçá, por ocasião” de surtos epidêmicos. (Zacharias, 1957 [a]: 03)

Das 4.264 mortes contabilizadas no período estudado, referentes à cidade de Criciúma e os distritos de Nova Veneza e Içara, foram atribuídos 1.992 às crianças de até um ano de idade. Para entender melhor os índices de mortalidade<sup>6</sup> locais Manif Zacharias apresentou dois conjuntos de dados distintos, o primeiro abrangendo a cidade de Criciúma e seus respectivos distritos, enquanto o segundo contemplava apenas Criciúma e seus arredores:

**TABELA 1 – MORTALIDADE INFANTIL EM CRICIÚMA E REGIÃO (1946 1956)**

Ano	Mortalidade Infantil	Mortalidade Infantil
	Criciúma/Distritos	Criciúma
1946	106,7	133,0
1947	101,2	131,6
1948	101,8	124,7
1949	88,5	108,0
1950	65,7	80,3
1951	82,7	98,0
1952	77,7	94,3
1953	89,9	101,7
1954	80,9	97,0
1955	81,7	92,8
1956	88,8	97,9

**FONTE – ZACHARIAS, Manif. Mortalidade infantil em Criciúma. *Tribuna Criciumense*. Criciúma, 27 de maio/03 de Abril de 1957**

Apesar de não contemplar temporalmente o período em que Boa Nova Junior relatou os inúmeros enterros de crianças diários, os números apresentados por Manif Zacharias revelaram uma paisagem divergente.<sup>7</sup> De acordo com o autor, os índices de Criciúma não estavam muito acima da média nacional, apesar de considerada alta na maioria dos anos pesquisados, os números identificados alinhavam-se a outros índices nacionais e até mesmo estaduais.

Ao fazer um comparativo da mortalidade infantil com outras regiões do Brasil como, por exemplo, Florianópolis, o médico advertia que entre os anos de 1945 a 1954 os valores variavam entre 211,6 e 99,9, sendo o coeficiente *muito elevado* em 09 anos e *elevado* em 01. Neste mesmo período, de acordo com os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o coeficiente de mortalidade no Distrito Federal era de 106; em Porto Alegre 107; em Belém 110 e em Salvador 162. (Zacharias, 1957[b]).

Ao apresentarem gráficos sobre a mortalidade e estabelecerem comparações entre diferentes cidades e até mesmo países, os médicos buscavam sensibilizar as autoridades públicas e a sociedade local sobre o descaso e a letargia com que a infância e conseqüentemente a maternidade eram tratadas. Desta forma, a constatação de tão elevados índices envolvendo a população infantil respaldava o discurso médico-sanitário a adentrar nos mais recônditos espaços da vida cotidiana das famílias pobres em busca das causas e possíveis motivos para que criaturas em tão tenra idade fossem ceifadas pela morte. (Lis, 2003).

Apesar de ambos os médicos discordarem com relação aos números da mortalidade infantil na cidade, tanto um como outro compartilhavam da mesma opinião no que se referia ao papel das mães e da família sobre a vida infantil. Segundo Manif (1957 [b]: 07), além das causas já apresentadas anteriormente, os óbitos entre as crianças das famílias mineiras de Criciúma também estavam relacionados aos fatores de classe, “ignorância e miséria, eis a resposta formal, categórica e imperativa e que deve ser dada corajosamente”, pois a mortalidade infantil é “fortemente influenciada pelas questões higiênicas de habitação e alimentação, e pelos fatores econômicos e sociais, que quando desfavoráveis carregam pobreza e atraso cultural”.

Corroborando com estas mesmas ideias, Boa Nova Junior (1953: 22), apoiado no discurso classista de demonização das camadas populares urbanas, também afirmava: “É sumamente desagradável e doloroso relatarmos aqui que muitas criancinhas, em Criciúma, pereciam em grande número [...] em virtude do descaso de seus próprios pais, da ignorância de suas mães”.

Discurso muito comum entre os profissionais da medicina no século passado, a suposta ignorância das mães, aliada à falta de assistência pública, criava o ambiente propício para que a morte fosse uma presença constante entre as crianças das famílias pobres urbanas. Assim como ocorria nos grandes centros urbanos do país, em Criciúma as mulheres também foram alvo de um discurso pediátrico que as apontavam como incultas e preguiçosas, reafirmando a necessidade de educá-las e controlá-las através de normas higiênicas. Frente a impossibilidade de acabar em um curto espaço de tempo com a mortalidade entre as crianças da cidade, a prioridade dos médicos era diminuir dramaticamente os números de mortes por meio de um intenso processo de reeducação das mulheres.

Assim, a autoridade médica, patriarcal e conservadora, apresentava-se como a única capaz de guiar e educar as mães pobres, que devido a sua origem social e a suposta falta de uma cultura letrada denotava a necessidade de

ação tutelar que as afastaria da ignorância. Para Francisco de Paula Boa Nova Junior, fazia-se necessário criar entre as mulheres das camadas populares urbanas de Criciúma uma cultura da boa maternidade, na qual as mães por meio de aconselhamentos e imposições médicas se adaptariam às necessidades dos novos tempos e abandonariam as formas tradicionais de cuidados infantis.

Para dar conta de tal empreitada, a comunidade médica da região carbonífera catarinense contou com a inauguração de uma importante instituição assistencial – Sociedade de Assistência aos Trabalhadores do Carvão (SATC) –, que tinha dentre outras prioridades a função de criar uma nova cultura maternal junto a mulheres pobres mineiras.

### **Sociedade de Assistência aos Trabalhadores do Carvão: a tutela médico-sanitária das relações materno-infantis**

Criada com a finalidade de prestar serviços relativos à assistência social aos trabalhadores carvoeiros e às suas famílias, a Sociedade de Assistência aos Trabalhadores do Carvão (SATC) buscou priorizar desde sua fundação atividades relacionadas aos cuidados com a infância e a maternidade pobre. Financiada com as contribuições das grandes empresas carboníferas da região juntamente com os recursos do Plano Nacional do Carvão, esta instituição assistencial iniciou seus trabalhos em 02 de maio de 1959, tendo sua sede na cidade de Criciúma. A escolha desta cidade, assim como ocorreu com o DNPM, deu-se por sua posição estratégica como centro financeiro e produtor da Região Carbonífera Catarinense.

De acordo com estatutos que regulavam a Sociedade de Assistência aos Trabalhadores do Carvão, as carboníferas estavam obrigadas a repassar à instituição os valores arrecadados por meio da taxa de 1% que incidiria sobre o preço da tonelada do carvão vendido, recursos estes que deveriam ser utilizados para a manutenção e custeio de suas operações. (Correio da Manhã, 1966: 11).

Ainda de acordo com seu estatuto, os componentes do conselho administrativo eram divididos em três grupos distintos, diretamente ligados às atividades exploratórias e regulatórias do carvão. O primeiro grupo era formado por representantes das empresas mineradoras, personificando a iniciativa privada; o segundo por membros do Plano do Carvão Nacional, representando o poder público, e o terceiro formado pelos representantes do Sindicato dos Trabalhadores da Indústria da Extração do Carvão em Santa Catarina, que por sua vez representava os interesses da sociedade civil e dos próprios beneficiários.

A presença destes três componentes no financiamento e gestão da SATC permite articular analiticamente a esta pesquisa o modelo proposto por Anne-Lise Seip (1996) sobre a triangulação do *Welfare State* na assistência social em diversos Estados de Bem-Estar ocidentais. No entanto, no caso específico da SATC esta confluência se deu na sua gestão. Conformada por uma aliança entre público e privado, a Sociedade de Assistência aos Trabalhadores do Carvão era dirigida e financiada por meio de contribuições estatais e privadas, que em comum acordo estabeleciam metas que deveriam ser cumpridas com o objetivo único de prestar assistência social aos trabalhadores das minas e às suas famílias.

Verificamos que o modelo da triangulação proposto por Anne-Lise Seip para analisar as estruturas de Bem-Estar também é encontrado na gestão de instituições assistenciais locais. Cabe ressaltar que no caso específico da SATC esta interação não revelava apenas a boa vontade de uns para com os outros, mas fazia parte de um plano mais abrangente de adequação dos trabalhadores urbanos à eficiência do mundo industrial, amortizando os impactos negativos do modo de produção.

Ao edificarem um aparato assistencial que não dependia exclusivamente de financiamento estatal, empresários e filantropos do carvão se destacaram em âmbito local, ajudando a forjar a imagem do empresário **benfeitor** e ilustrado. O ideário muito difundido no país, de que o empresariado estava motivado a assistir a classe trabalhadora devido ao seu espírito de solidariedade e não por interesses econômicos, também é encontrado na fala do médico puericultor da SATC, David Boianovsky, que exaltava a capacidade dos empresários em se dedicar ao próximo numa atitude que mesclava benevolência e altruísmo:

No mundo, de forma generalizada, [...] solidificou-se o espírito de aperfeiçoamento das legislações trabalhistas e previdenciária e os homens de empresa verificando, inclusive no Brasil, o vácuo deixado pelos órgãos públicos, principalmente no campo previdenciário entenderam, numa demonstração de elevado sentido cívico, em organizar algo que viesse a preencher a lacuna de despertar, cada vez mais, a valorização do elemento humano. [...] Daí terem os mineradores de carvão mineral de Santa Catarina, através das empresas que dirigem, pensado em organizar uma entidade assistencial [...]. (Boianovsky, 1965: 01).

Imbuídos do sentimento de responsabilidade sobre os demais e do paternalismo político que os colocava como os únicos capazes de zelar pelo Bem-Estar dos trabalhadores, os empresários buscavam por meio da Sociedade de Assistência aos Trabalhadores do Carvão prover diversos serviços como assistência médica e hospitalar, farmácias, práticas de recreação, entre outros, que abarcassem cuidados com a saúde e as atividades culturais e sociais dos trabalhadores e seus familiares.



De acordo com Margareth Rago (1997), desde o século XIX o empresariado brasileiro desenvolveu medidas protetoras paternalistas que visavam ao mesmo tempo prestar serviços de assistência e adequar seus trabalhadores às normas do mundo industrial, forjando assim uma imagem de benfeitores que os colocavam numa posição privilegiada perante seus empregados.

A SATC desempenhou papel fundamental na construção da autoimagem dos empresários do carvão, pois através da assistência eles reforçavam sua autoridade patronal e criavam uma imagem paternalista comprometida com o Bem-Estar, dando a impressão de que patrões e empregados pertenciam à mesma comunidade, o que assegurava, sobretudo, a integração do trabalhador ao aparato industrial.

As medidas de proteção social postas em prática pela SATC inauguravam um novo modelo assistencial na Região Carbonífera de Santa Catarina. Se anteriormente os trabalhadores das minas de carvão dependiam exclusivamente dos serviços de saúde, educacionais e assistenciais prestados por particulares ou de esparsas iniciativas públicas, com a implantação da SATC um considerável número de necessidades foi suprida por meio do atendimento dispensado por um organismo especialmente constituído para eles e seus familiares.

De acordo com seus estatutos, a Sociedade de Assistência aos Trabalhadores do Carvão tinha por finalidade básica oferecer auxílio hospitalar, farmacêutico, dentário, educacional-técnico, habitacional, alimentar, recreativo, entre outros, aos empregados da indústria extrativa do carvão em Santa Catarina, sempre priorizando o atendimento à infância e à gestante (SATC, 1959).

Prestando serviços de assistência de amplo espectro a SATC se tornou um centro de referência no atendimento às famílias mineiras da região carbonífera, procurada principalmente por mulheres mães que viam nela a possibilidade de ajuda para suas dificuldades cotidianas. Além dos empreendimentos mencionados, a SATC, de acordo com seu regimento estatutário, podia prestar auxílio técnico e financeiro às sociedades e instituições que realizassem direta ou indiretamente outras formas de ajuda aos trabalhadores da indústria carbonífera catarinense e suas famílias.

Junto com o ensino escolar disponibilizado aos filhos e às filhas dos trabalhadores mineiros, a SATC também se destacou por contemplar em seus planos assistenciais o Serviço de Puericultura para a Região Carbonífera, que foi elaborado em parceria com o Serviço Social da Indústria (SESI). Com os índices elevados de mortalidade infantil na região, fazia-se necessário expandir o atendimento médico disponibilizado pelo Estado e por algumas esparsas iniciativas particulares.

Comandado pelo médico pediatra David Luiz Boianovsky, a SATC providenciou a construção de um posto de puericultura nas imediações de seu complexo assistencial, no qual seriam elaboradas diretrizes e ações para as principais vilas operárias da Região Carbonífera. Iniciado ainda nos primeiros anos da década de 1960, o Serviço de Puericultura foi, pouco a pouco, estabelecendo-se como um centro de referência no atendimento às gestantes e às crianças.

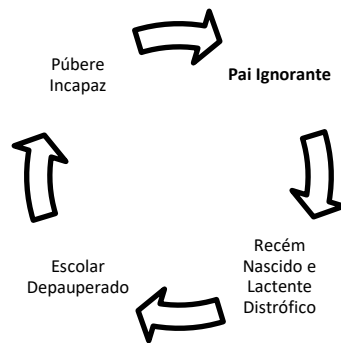
Para David Boianovsky, no Complexo Carbonífero Catarinense a situação era particularmente problemática, pois havia um grande contingente da população pobre sem acesso à educação e aos serviços básicos de saúde, o que contribuía para a morte de centenas de crianças anualmente. Em trabalho apresentado no II Simpósio Nacional do Carvão, intitulado *A SATC e a Assistência Social na Região Carbonífera Catarinense* (1965), o pediatra, assim como seus pares que atuavam na cidade, atribuía a responsabilidade da maior parte das causas da mortalidade infantil à ignorância de seus pais, principalmente das mães, que, vivendo na miséria intelectual e material, pouco podiam fazer para melhorar a vida de seus rebentos.

Segundo Boianovsky, uma criança mal alimentada, sem orientação, escola, vacina e atendimento salutar, transformar-se-ia num adulto depauperado e ignorante, que por sua vez não teria condições de bem orientar sua prole, dando continuidade, assim, a um ciclo vicioso nomeado por ele de "Ciclo da Ignorância", impactando diretamente no mundo laboral. Nas palavras de David Boianovsky:

Nestas populações, quando não são tomadas medidas preventivas, o referido ciclo se faz presente com toda sua intensidade. A criança, nascida de gestante anêmica e contaminada passa a receber o impacto desta força monumental que é o binômio ignorância-miséria, realizando os processos de crescimento e desenvolvimento em casebres sujos, promíscuos, com alimentação inadequada, contaminando-se, chegando ao óbito com relativa facilidade no primeiro ano de vida e, livrando-se deste, acaba por apresentar-se como um distrófico de baixo quociente intelectual e mínimas condições físicas, formando concepções negativas da sociedade e desenvolvendo recalques que, na idade adulta, a par da própria incapacidade intelecto-física para o trabalho, determinam a tomada de atitudes agressivas contra os bem afortunados a que ele (consciente ou inconscientemente) julga culpados da própria descompensação. (sic). (Boianovsky, 1965: 03).

Com uma concepção eugenista e determinista, Boianovsky produziu um discurso no qual a suposta pobreza genética e a miséria econômica e intelectual dos indivíduos confluiriam para a formação de homens e mulheres distróficos e incapazes de contribuir para o desenvolvimento social e econômico. Dessa forma, para combater

esse depauperamento físico e moral seria necessário romper o “Ciclo da Ignorância”, cabendo à medicina a missão de educar, prescrever condições saudáveis para o casamento, evitar maus hábitos e supostas perversões, instrumentalizando minimamente as famílias mineiras, para que pudessem salvaguardar a população infantil. De acordo com David Boianovsky, o “Ciclo da Ignorância” era assim representado:



**Figura 01** – Ciclo da Ignorância.<sup>8</sup>

Para Boianovsky, a reversão deste processo só poderia ocorrer na Região Carbonífera se as autoridades públicas locais em comunhão com a iniciativa privada apoiassem trabalhos assistenciais como aqueles que a SATC vinha desenvolvendo na cidade de Criciúma e região. Apesar de considerar que as etapas do “Ciclo” fossem iguais ao de qualquer outra população subdesenvolvida, “êle apresenta, em seu desenrolar, condições absolutamente peculiares [na Região Carbonífera] que, sem dúvida, facilitam o desenvolvimento de um projeto assistencial honesto e bem planejado”. (Boianovsky, 1965: 04).

Essa peculiaridade à qual o médico se referia estava atrelada ao amplo plano assistencial materno-infantil elaborado pela SATC, associado ao índice salarial mediano, à concentração da população em vilas operárias e à boa assistência prestada por outros órgãos assistenciais. Com pretensões universais, o plano de assistência infantil desenvolvido pelos especialistas da SATC visava, preferencialmente, romper com o “Ciclo da Ignorância”, buscando acabar com as doenças relacionadas à desnutrição e à falta de higiene, já apontadas por médicos puericultores em décadas anteriores. As imagens a seguir mostram alguns casos clínicos de crianças distróficas atendidas pelo serviço de puericultura da SATC que foram usadas no trabalho apresentado no II Simpósio Nacional do Carvão como forma de ilustrar e alertar para a situação da infância na cidade:



**Figura 02** – Crianças distróficas atendidas pelo Serviço de Puericultura da SATC.<sup>9</sup>

Os três casos ilustrados foram atendidos pelo Serviço de Puericultura e representavam um problema típico da infância local chamado clinicamente de distrofia pluricarencial nutricional. No entendimento do puericultor, “a principal causa do triste fenômeno [era] o alto grau de ignorância das mães que levava a erros alimentares”. (Boianovsky, 1965[b]: 11). Além disso, para o referido médico, outras doenças ainda contribuíam para a elevação da taxa de mortalidade e a dilapidação da saúde infantil, além das que “costumam ser de grande incidência em lactentes, a pneumonia, broncopneumonia e derrames pleurais, como estágios mais avançados de simples estados gripais”. (Boianovsky, 1965[b]: 12).

Em consonância com outros empreendimentos desenvolvidos em grandes centros urbanos, era preciso romper de uma vez por todas com o atraso que significava a mortalidade infantil e, concomitantemente, com o “Ciclo da Ignorância” tão debatido pelo puericultor Boianovsky. Para ele, apenas com a efetiva participação do Estado,

juntamente com as instituições assistenciais, é que seria possível reverter a situação de descaso com a maternidade e a infância que fomentava a existência de uma massa populacional infantil degradada, além de diminuir consideravelmente as possibilidades de formar uma população de trabalhadores inapta às atividades laborais, exigidas pela indústria do carvão.

Com a finalidade de facilitar o atendimento materno-infantil, um plano médico foi minuciosamente elaborado para atender as populações carentes da cidade de Criciúma e, conforme os resultados positivos fossem aparecendo, estas ações seriam expandidas para as demais cidades da região. O plano assistencial consistia em construir em diferentes bairros da cidade pequenos postos de puericultura que teriam suas atividades coordenadas a partir do Posto de Puericultura Central, com sede na Sociedade de Assistência aos Trabalhadores do Carvão. Com financiamento previsto em seu regime estatutário, a SATC construiu nove pequenos postos distribuídos nos bairros mais populosos nos quais a população infantil se encontrava mais vulnerável. Estes bairros eram Rio Maina, Boa Vista, União, Metropol, São Marcos, Mina Bainha, Napolini, Linha Batista, Próspera, Operária Velha e Operária Nova. (SATC, 1966).

Por meio de um atendimento quinzenal, as crianças eram levadas pelas mães para o acompanhamento de suas condições de saúde e crescimento. Atendidas por assistentes sociais, eram pesadas, vacinadas contra a paralisia infantil, o tétano, a coqueluche e crupe (difteria), além de passar por uma avaliação geral de seus aspectos físicos e emocionais. No entanto, o atendimento exclusivo aos infantes não se fazia proveitoso sem que as mães fossem também corretamente guiadas segundo os preceitos da puericultura.

Ao se encaminharem com seus filhos e filhas para as unidades de saúde, as mães eram entrevistadas e orientadas sobre os cuidados básicos a serem dispensados aos bebês e infantes, além de noções elementares de dietética infantil. Apenas em casos especiais as crianças eram enviadas ao Posto Central, onde eram atendidas pelo médico David Boianovsky, que avaliava a situação de cada uma delas e, conforme o prognóstico, as enviava para serem internadas nos hospitais da região. Em 1965 o Serviço de Puericultura da SATC apresentava os seguintes números de atendimento infantil:

**TABELA 2 – SERVIÇOS DE PUERICULTURA OFERTADOS PELA SATC EM 1965**

Posto	Crianças fichadas	Consultas em Postos locais	Consulta no Posto central	Vacina Tríplice	Vacina Sabin	Curativos	Hospitalizações	Óbitos
Rio Maina	100	614	25	65	29	15	2	1
Boa Vista	47	280	15	22	19	10	1	1
União	65	294	18	33	21	10	3	0
Metropol	105	616	20	51	34	15	0	0
São Marcos	53	320	12	31	28	10	2	1
Mina Bainha	8	50	5	5	3	2	1	0
Napolini	10	112	5	5	3	2	0	0
Linha Batista	47	286	5	7	3	2	0	0
Próspera	200	1.088	30	68	33	15	5	2
Operária Velha	42	320	12	22	12	5	0	0
Operária Nova	16	132	4	5	1	2	1	1
<b>Total</b>	<b>693</b>	<b>4.112</b>	<b>151</b>	<b>314</b>	<b>186</b>	<b>88</b>	<b>15</b>	<b>6</b>

**FONTE – SATC. Relatório apresentado pela diretoria referente ao exercício de 1965.** Criciúma, 1966

Num relato sobre os diversos avanços do Serviço de Puericultura apresentado ao diretor executivo da SATC, Wilson Barata, em 1965, Boianovsky congratulava o Serviço pelas expressivas conquistas e pela diminuição da taxa de mortalidade entre aquelas crianças socorridas por seus técnicos. Além da alimentação inadequada, que debilitava o sistema imunológico, as crianças eram atendidas devido ao agravamento de estados gripais não tratados, o que ocasionava mortes por complicações pulmonares. (Boianovsky, 1965[b]). De acordo com o relato, de 230 crianças recém-nascidas atendidas pelo Serviço de Puericultura até junho de 1965, 174 haviam adoecido, 14 foram considerados casos graves e foram encaminhados para hospitalização.

Das 14 crianças hospitalizadas, 12 tiveram alta, 1 encontra-se em incubadora e 1 faleceu apresentando extensa gangrena do membro inferior direito, após a drenagem de abscesso e a realização de curativos fora de nosso serviço. [...] atendemos 230 crianças e ocorreu apenas um óbito [...] o que nos faz prever

um índice de mortalidade infantil (1º ano de vida) muitíssimo mais baixo que o nacional, concorrendo, assim, para diminuição dêste. Acresça-se ainda o fato de que a criança falecida foi assistida de todas as formas ao alcance da atual evolução da pediatria local. (sic) (Boianovsky, 1965[b]: 10-11).

O excerto destacado não revela apenas os êxitos do Serviço de Puericultura e as contribuições da SATC para a diminuição da mortalidade que sempre foi tão alta na região. A fala do médico pediatra ressalta, sobretudo, os resultados negativos para as crianças quando suas mães insistiam em buscar ajuda em lugares não alinhados aos modernos preceitos da medicina, como benzedeiras ou curandeiros. De acordo com o seu relato, uma única criança foi levada a óbito depois de haver feito drenagem e curativos fora das instalações da SATC, que depois do ocorrido empreendeu todos os recursos para salvar sua vida.

Por meio do discurso de Boianovsky é possível perceber como a medicina local ainda competia com outras práticas curativas e assistenciais populares, apresentando-se como a única capaz de gerenciar os distintos estágios da vida, prolongando-os e maximizando-os em proveito da família, das empresas e do Estado. No entanto, para sustentar este *status* de poder, as ciências médicas tiveram que combater todos os resquícios de formas tradicionais de cura para que a medicina pudesse ser exercida de maneira plena e controlada.<sup>10</sup>

Corroborando com o pensamento médico, cada vez mais predominante em todo o país, os especialistas locais visavam acabar com práticas maternas consideradas nocivas e que faziam parte do conhecimento popular, consideradas sem embasamento científico algum e que fragilizavam ainda mais a precária condição de saúde das crianças na Região Carbonífera.

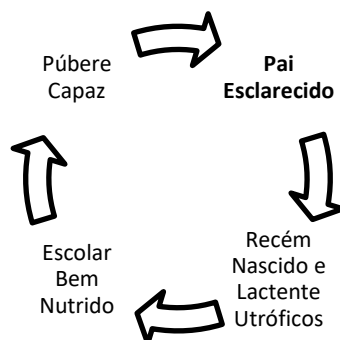
Por meio de práticas pedagógicas que muitas vezes descontextualizavam a problemática sanitária do conjunto de carências e da miséria que circundava a população local, os especialistas da SATC formularam um juízo moral sobre o comportamento de seus atendidos, pautando-se na tradicional vinculação entre higiene e moral, que sustentava a ideia de que as famílias pobres estavam mais propensas a viver em ambientes insalubres, gerando, por conta disso, uma raça orgânica e psicologicamente depauperada. A partir do Posto Central da SATC, David Boianovsky buscava cercar tanto as crianças quanto as mães dos preceitos científicos por meio do controle pormenorizado de todos os aspectos da vida infantil, principalmente no período que contemplava o primeiro ano de idade.

Embarcando numa espécie de cruzada em favor da infância, o médico buscava difundir em todos os bairros da cidade regras elementares de puericultura como, por exemplo, os cuidados com o umbigo, troca de fraldas, noções de saúde e higiene, entre outros, aculturando as mães com noções básicas de saúde infantil, pois elas eram consideradas mais capazes e únicas responsáveis pela saúde de seus rebentos, uma vez que a responsabilidade dos homens era direcionada ao trabalho nas minas. A ideia central do Serviço de Puericultura da SATC era investir maciçamente em profilaxia, evitando o uso contínuo dos desorganizados sistemas públicos de saúde, bem como diminuir a presença de crianças enfermas no Posto Central. Em 1965 Boianovsky resumiu o plano assistencial e de puericultura que deveria nortear as ações salutaras desenvolvidas junto às mães e às crianças da Região Carbonífera Catarinense:

- a) Todo o nascimento de filho de mineiro é imediatamente comunicado ao Serviço e, após, as irmãs visitadoras vão ao domicílio, ocasião em que é feita a matrícula da criança, são tomados todos os dados referentes à mesma, aos pais, ao domicílio, à família e ao ambiente em geral.
- b) A seguir, a criança é levada pela mãe ao pôsto de atendimento localizado no bairro onde reside, obrigatoriamente, na segunda semana, ao fim do primeiro mês, aos dois meses, aos três meses, aos quatro meses, aos seis meses, aos nove meses, com um ano, e assim por diante. Nestas ocasiões, as crianças são pesadas, medidas, examinadas, vacinadas, recebem orientação alimentar de acordo com as necessidades e, nos casos em que é exigido, tratamento médico.
- c) As mães recebem orientação específica de puericultura nos próprios postos de atendimento e, também, aulas de corte e costura, arte culinária, etc., em cursos ministrados pelas mesmas irmãs, fazendo parte do mesmo setôr assistencial.
- d) O serviço é realizado mediante prévios entendimentos com outras instituições, de tal forma que são usados ambulatórios do IAPTEC, bem como os serviços complementares (laboratórios, Raio X, hospitais, etc.) de que êste dispõe e são aplicadas vacinas fornecidas pelo Departamento de Saúde Pública do Estado, através do Pôsto de Saúde local.
- e) Também mediante acordo, duas farmácias já estão fornecendo leites em pó e medicamentos a preços baixos, uma de propriedade da Soc. Carbonífera Próspera e outra das próprias irmãs, do serviço. (Sic). (Boianovsky, 1965: 07).

De acordo com o plano de atenção materno-infantil acima exposto, a SATC, por meio de um atendimento que buscava ser universal, visava abarcar as diversas etapas do tratamento e da profilaxia de enfermidades relacionadas à primeira infância, pois, conforme Boianovsky, o "Ciclo da Ignorância" deveria ser rompido ainda

durante esse período, fase do desenvolvimento psicossomático da criança e, de acordo com a medicina, o momento em que ela formava os primeiros traços de sua identidade. Desta forma, de acordo com o referido médico, somente a partir da criança “podemos transformar o ciclo da ignorância, formando adultos bem orientados que, por sua vez, melhor orientarão os próprios filhos e assim por diante”. (Boianovsky, 1965).



**Figura 3 – Reversão do Ciclo da Pobreza<sup>11</sup>.**

De maneira geral, o discurso difundido pela SATC, tanto sobre a maternidade quanto sobre um ideal de infância, visava adequar a população trabalhadora às necessidades da nascente indústria nacional. Ao atrelar o progresso à criança saudável e bem nutrida, criava-se uma expectativa demasiadamente pesada sobre as mulheres, pois sua importância política junto à nação estava em sua função maternal, sendo seu maior serviço gerar, criar e educar futuros cidadãos, estreitando elos simbólicos entre a maternidade e a pátria.

### Considerações finais

Sendo o grande problema da Região Carbonífera Catarinense, a mortalidade infantil foi por anos alvo de um enérgico discurso moral que responsabilizava as famílias e principalmente as mulheres pobres pelo elevado número de mortes entre a população infantil. Colocando a assistência que deveria ser prestada pelo Estado em um plano secundário, a pobreza e a ignorância foram elencadas como fatores preponderantes para tão elevados índices.

Em nome da nacionalidade e da construção de um país de homens hígidos, as mulheres mães tiveram suas vidas esmiuçadas pelo poder médico que transformou toda e qualquer prática de cuidados não avalizadas pela medicina em um ato de transgressão e descaso com o futuro do país. Inseridas em um contexto de miséria as mulheres das vilas operárias foram alvo de um forte discurso moral e de gênero que lhes impunham um modelo normativo de maternidade que quando não observado e praticado em seus mínimos detalhes justificava a ação impositiva da corporação médica sobre as tradicionais formas de vida, transformando-as em únicas culpadas do atraso pela depauperação física e moral do país.

### Referências bibliográficas e Fontes

Alves, Ismael Gonçalves. “Da soberania às biopolíticas: a medicina como instrumento de governo e a inserção da vida biológica na contemporaneidade”. *Revista Contemporânea: Revista de Artes e Humanidades* 09 (2011):01-26.

Boa Nova Junior, Francisco de Paula. *Problemas médico-sanitários da indústria carvoeira*. Ministério da Agricultura: DNPM, 1953.

Boianovsky, David Luiz. *Serviço de Puericultura*. Criciúma: SATC [b], 1965.

Boianovsky, David. “A SATC e a Assistência Social na Zona Carbonífera de Santa Catarina”. (Trabalho apresentado no II Simpósio Nacional do Carvão, Santa Catarina, Florianópolis, 1965).

Brasil. 1959. “CPI do Carvão”. *Diários do Congresso Nacional*. p. 946-954.

Carvão aumenta este ano. *Correio da Manhã*. Março 22, 1966, 11.

Goularti Filho, Alcides. “Relações de trabalho e formação da mão-de-obra mineira em Santa Catarina, 1918-1929”. In: GOULARTI FILHO, Alcides (Org). *Memória e cultura do Carvão em Santa Catarina*. Florianópolis: Cidade Futura, 2004.

Larsen, Eirinn. *Gender and welfare state. Maternalism – a new historical concept?*. 1996. Mimeo

Lenharo, Alcir. 1986. *Sacralização da política*. Campinas: Papyrus.

Lis, Irene Palacio. *Mujeres ignorantes: madres culpables, adoctrinamiento y divulgación materno-infantil en la primera mitad del siglo XX*. Valencia: Universidad de Valencia, 2003.

Manif, Zacharias. "Mortalidade infantil em Criciúma". *Tribuna Criciumense*. Maio 20, 1957, 01 e 03. [a]

Manif, Zacharias. "Mortalidade infantil em Criciúma". *Tribuna Criciumense*. Maio 27, 1957, 07. [b]

Manif, Zacharias. "Mortalidade infantil em Criciúma". *Tribuna Criciumense*. Abril 30, 1957, 07. [c]

Mumford, Lewis. *A cidade na História: suas origens, transformações e perspectivas*. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

Rago, Margareth. *Do Cabaré ao Lar: a utopia da cidade disciplinar, Brasil 1890-1930*. São Paulo: Paz e Terra, 1997.

SATC. "Relatório apresentado pela diretoria referente ao exercício de 1965". Criciúma, 1966.

SATC. **Estatutos da Sociedade de Assistência aos Trabalhadores do Carvão**. Criciúma, 1959.

## Notas

---

<sup>1</sup> Doutor em História, Cultura e Sociedade pela Universidade Federal do Paraná (2014), possui Mestrado em História do Tempo Presente pela Universidade do Estado de Santa Catarina (2009) e graduação em História (Bacharelado e Licenciatura) pela Universidade do Extremo Sul Catarinense (2006). É Professor do Departamento de História e do Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Socioeconômico - PPGDS - na Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC). Desenvolve pesquisas relacionadas à História Contemporânea, História Regional e Políticas Assistenciais no Brasil com ênfase particular para os impactos socioeconômicos das políticas assistenciais sobre o desenvolvimento regional. Tem experiência na área de História Contemporânea e Regional, Sistemas Assistenciais, Estado e Políticas Públicas atuando principalmente nos seguintes temas: Família; Grupos Populares Urbanos; Assistência à mulher e à criança; Estado de Bem-Estar; Políticas Assistenciais e Desenvolvimento Regional; Gênero, Filantropia e Assistência.

<sup>2</sup> Mestre em Educação pela Universidade Federal de Santa Catarina (1997) e doutorado em Educação pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (2008). Professora titular da Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC), desde 1996. Atua no Curso de Pedagogia e no Programa de Pós-Graduação em Educação. No PPGD/UNESC ocupa a função de coordenadora adjunta. Tem experiência na área de Educação, com ênfase em História da Educação, atuando e pesquisando, principalmente, nos seguintes temas: História, Memória e Educação; Memória Docente; Gênero e Educação; Religião e Educação; História das Instituições Escolares; História da escrita e da leitura e Cultura Escolar.

<sup>3</sup> O complexo era formado pelas seguintes unidades: Companhias carboníferas localizadas em Criciúma, Urussanga, Içara, Lauro Müller, Siderópolis e Nova Veneza. No final dos anos de 1970 o setor concentrou-se em 11 carboníferas, com a presença de uma estatal (CSN), a maior de todas com quase 30,0% das reservas, e outras de porte grande e médio; Estrada de Ferro Dona Tereza Cristina (inaugurada em 1880), que transportava o carvão das minas passando pelo lavador e termoelétrica em Tubarão, até o porto de Imbituba que escoava o carvão energético e metalúrgico para o Sudeste; Lavador construído junto com a unidade da CSN de Volta Redonda em 1946 que beneficiava o carvão separando-o do rejeito; Termoelétrica (inaugurada em 1965) que produzia energia a partir do carvão vapor; Carboquímica (inaugurada em 1979) que extraía do enxofre insumos para indústria de fertilizantes; Porto de Imbituba, que começou a operar junto com a ferrovia, e escoava toda produção de carvão energético e metalúrgico para o Sudeste do país, onde estavam localizadas as principais ferrovias e siderurgias.

<sup>4</sup> Este excerto foi extraído do pronunciamento do Relator da CPI do Carvão em discurso ao Plenário da Câmara em 1959, quando o mesmo se apropriou das palavras do Deputado Jorge Lacerda que anos antes havia visitado diversas cidades da Região Carbonífera com a finalidade de fazer um levantamento sobre as condições de vida e trabalho da população mineira. Jorge Lacerda foi duas vezes Deputado Federal por Santa Catarina (1950/1954), quando foi um dos responsáveis pelo planejamento e execução do Plano de Carvão Nacional. Foi também Governador do Estado entre 1956 e 1958.

<sup>5</sup> Em 1957 foi instaurada uma Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI do Carvão), com a finalidade examinar as condições de vida e trabalho dos mineiros catarinenses, a fim de propor mudanças e maior fiscalização sobre as operações envolvendo a extração do minério.

<sup>6</sup> A mortalidade infantil avalia-se pelo chamado *coeficiente*, isto é, pela relação do número de nascimentos vivos e óbitos de crianças entre 0 e 1 ano de idade, durante o período de um ano civil, calculando-se o número de óbitos a cada 1000 nascimentos. A mortalidade infantil é considerada *baixa* ou *fraca* quando o coeficiente é inferior a 40;

---

*média* ou *moderada* quando entre 40 e 70; *alta* ou *forte* entre 70 e 100, *muito elevada* ou *muito forte* acima de 100.

<sup>7</sup> Cabe ressaltar que os números encontrados por Manif Zacharias são referentes apenas aos nascimentos e óbitos legalmente registrados em cartórios oficiais. No entanto, uma característica comum no período e que ainda hoje persiste entre muitas famílias pobres urbanas e rurais é a falta do costume de impetrar junto às autoridades competentes o registro nascimento e óbitos, o que distancia muitas estatísticas elaboradas no século passado da realidade local.

<sup>8</sup> Reprodução extraída do Relatório A SATC e a assistência social na zona carbonífera de Santa Catarina, 1965.

<sup>9</sup> Reproduzida de BOIANOVSKY, David. **A SATC e a Assistência Social na Zona Carbonífera de Santa Catarina**. In: II Simpósio Nacional do Carvão. Florianópolis: 1965. p.19.

<sup>10</sup> ALVES, Ismael Gonçalves. Da soberania às biopolíticas: a medicina como instrumento de governo e a inserção da vida biológica na contemporaneidade. In: **Revista Contemporâneos**: Revista de Artes e Humanidades. v. 09. Santo André: UFABC, 2011.

<sup>11</sup> Reprodução extraída do Relatório A SATC e a assistência social na zona carbonífera de Santa Catarina, 1965.