



EDUCAÇÃO SANITÁRIA E O SERVIÇO ESPECIAL DE SAÚDE PÚBLICA (1942-1960): A DOENÇA NÃO CONHECE FRONTEIRAS.

Rogério Dias Renovato^a

Maria Helena Salgado Bagnato^b

Resumo:

A proposta dessa pesquisa histórica foi focar a compreender a educação sanitária realizada e implementada pelo Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), entre 1942 a 1960. Assim procuramos problematizar as concepções de educação, saúde e educação sanitária presentes no SESP, bem como discorrer sobre o processo de sistematização da educação sanitária: sua estrutura organizacional, as mudanças em seu organograma e os métodos de educação sanitária. Como fontes históricas, recorreremos principalmente às suas publicações nesse período, a Revista e o Boletim do SESP. A proposta sepiana para a educação sanitária teve como ênfase frear o ciclo da miséria, e assim atenuar as condições precárias de saúde dos sujeitos rurais. A educação sanitária realizada nesse contexto social foi envolta por redes complexas de relações de poder, em que ressoavam interesses federais e locais.

Descritores: educação sanitária, saúde pública, SESP.

SANITARY EDUCATION AND SERVIÇO ESPECIAL DE SAÚDE PÚBLICA (1942 – 1960): DISEASE DOES NOT KNOW BORDERS.

Abstract:

The proposal of this research was to focus the sanitary education which was implemented and held by the Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), between 1942 and 1960. This way we come after problematizing the conceptions of education, health and sanitary education being in the SESP, as well as discuss about the sanitary education systematization process: its organizational structure, the changes in its chart and the methods of sanitary education. As historical sources, we fell back on its publications at the time, the SESP Journal and Bulletin. The sepiian proposal for sanitary education had an emphasis to brake the misery cycle, and therefore lessen the precarious

^a Doutor em Educação. Professor Adjunto do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul (UEMS), Unidade de Dourados. Endereço: Rua Hilda Bergo Duarte, 296. Dourados – MS . CEP 79806-020 e-mail rrenovato@uol.com.br

^b Doutora em Educação. Professora Livre-docente da Faculdade de Educação da UNICAMP. Coordenadora do Laboratório de Estudos e Pesquisas em Práticas de Educação e Saúde (PRAESA). e-mail mbagnato@unicamp.br

health conditions of the rural subjects. The sanitary education held in this social context was wrapped by complex nets of power relationships, in which the local and federal interests rang.

Keywords: sanitary education, health public, SESP.

EDUCACIÓN SANITARIA Y LO SERVIÇO ESPECIAL DE SAÚDE PÚBLICA (1942-1960): LA ENFERMEDAD NO CONOCE FRONTERAS.

Resumen:

El propósito de esta investigación histórica fue entender el enfoque de educación sanitaria llevado a cabo y ejecutadas por el Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), de 1942 a 1960. Por lo tanto, se trató de cuestionar las concepciones de la educación, la salud y la educación sanitaria presentes en SESP, así como discutir el proceso de sistematización de la educación sanitaria: su estructura orgánica, los cambios en su estructura organizativa y los métodos de educación para la salud. Como fuentes históricas, que se basan principalmente en sus publicaciones en este período, la Revista y Boletín de SESP. La propuesta sespiana de educación para la salud tuvo un énfasis detener el ciclo de la pobreza, y así aliviar la mala salud de los sujetos rurales. Educación para la salud se llevó a cabo dentro del contexto social rodeado de complejas redes de relaciones de poder, en el que resonaban los intereses federales y locales.

Descritores: educación sanitaria, salud publica, SESP.

INTRODUCAO

No Boletim do Serviço Especial de Saúde Pública de 1945 aparece a frase: “A Doença não conhece Fronteiras” inscrita no cabeçalho de apresentação deste informativo, localizada entre as bandeiras do Brasil, à esquerda, e dos Estados Unidos, à direita⁽¹⁾. Essa frase representou momento histórico de cooperação internacional entre os dois países, em que se estabeleceram acordos bilaterais, bem como a criação do Serviço Especial de Saúde Pública, que trouxe outros e novos formatos às ações de saúde implementadas inicialmente na Região Amazônica e no Vale do Rio Doce.

Assim no cenário da Segunda Guerra Mundial, o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) foi criado em 17 de julho de 1942 decorrente de um acordo firmado entre os Estados Unidos e o Brasil, tendo como atribuições garantir as condições sanitárias no Amazonas e posteriormente, no Vale do Rio Doce, a fim de expandir a produção de matérias-primas para fins militares, como a borracha e minérios. Afinal, as doenças de fato, não respeitam fronteiras e, por isso, a cooperação entre os países vizinhos seria necessária no combate às doenças, a fim de promover o desenvolvimento dos recursos naturais, aprimorar o comércio e expandir a indústria⁽²⁾.

De acordo com Campos⁽³⁾, no decorrer de sua evolução o SESP tornou-se uma agência especializada em administração sanitária. Dentre as estratégias que determinaram a sua expansão

em território brasileiro foram: qualificação dos trabalhadores da saúde, educação sanitária, construção de uma rede horizontal integrada e permanente de unidades de serviços de saúde, além da extensão dessa rede em vários estados brasileiros.

A primeira etapa de atividades do SESP envolveu o período de 1942 a 1948, com ações voltadas para o Vale do Amazonas e o Vale do Rio Doce. De 1948 até 1960, firmaram-se diversos convênios com outros Estados – Paraíba, Bahia e Pernambuco – em etapa denominada por Nilo Chaves de Brito Bastos, de fase de expansão. Em 1950, o SESP expande suas atividades para o Vale do São Francisco, Alagoas, Minas Gerais, Mato Grosso e Goiás⁽⁴⁾.

A proposta dessa pesquisa foi compreender a educação sanitária realizada e implementada pelo SESP, visto que ela constituiu-se em um dos eixos primordiais de implantação desse modelo de administração sanitária. Assim pretendemos no decorrer desse artigo, problematizar inicialmente as concepções de educação, saúde e educação sanitária presentes no SESP. Em seguida, apresentar o processo de sistematização da educação sanitária: sua estrutura organizacional, as mudanças em seu organograma e os métodos de educação sanitária.

Método

Pesquisa histórica com aproximações ao pensamento foucaultiano, mais especificamente ao conceito de governamentalidade. A governamentalidade possibilita a compreensão das racionalidades políticas e, especificamente no caso do SESP, as tecnologias de imperialismo e internacionalismo, permitindo problematizar a constituição e o governo de espaços, além das fronteiras nacionais⁽⁵⁾. Também torna possível interrogar configurações específicas de relações de poder, que se estabelecem através de instituições, como o SESP e por meio de dispositivos, como a educação sanitária, partindo da premissa de que essas instituições internacionais, “não são entidades homogêneas e monolíticas, mas sim arenas de poder e de disputa cultural [...] não impõem, simplesmente, suas normas e procedimentos à periferia, mas sim, interagem com as realidades locais, o que faz com que suas ações sejam moldadas e negociadas pelos interesses dos países onde atuam”^(3:21).

O recorte temporal do estudo envolve o período de 1942 a 1960, etapa em que o SESP apresentou-se como órgão com dupla nacionalidade e dotado de certa autonomia regimental e orçamentária em relação ao antigo Ministério da Educação e Saúde Pública depois, Ministério da Saúde, criado em 1953. Dentre as fontes históricas, recorreremos principalmente às suas publicações nesse período, a Revista do SESP e o Boletim do SESP.

Resultados e Discussão

Educação Sanitária: a pedra fundamental da saúde pública

Segundo Fonseca⁽⁶⁾, o SESP exerceu considerável influência no trabalho educativo realizado na saúde pública, tornando-se um marco de divulgação do pensamento sobre a educação sanitária. As ressonâncias do SESP e suas concepções podem ser atestadas nas publicações da Divisão Sanitária do Departamento Nacional de Saúde, cujo teor se assemelhava, em muito, às propostas do SESP, sem contar na participação de componentes da Divisão de Educação Sanitária do SESP na equipe que elaborou os documentos acima.

As atividades do SESP concentraram-se em regiões mais carentes, privilegiando as áreas rurais. Se na primeira fase, o SESP exerceu predominantemente ações de saneamento ambiental na região do Amazonas e do Vale do Rio Doce, na segunda fase sua atuação se expandiu para os estados do Nordeste e do Centro-Oeste.

Em 1953, a área total assistida pelo SESP somava um terço do território brasileiro. Em relação ao nível educacional dessa porção atendida, o índice de analfabetismo atingia patamares de 80% no Programa do Nordeste, que envolvia os estados de Pernambuco e Paraíba. Em outros estados, como no Amazonas e na Bahia, os níveis não eram inferiores a 70%.

Se a situação educacional apresentava um quadro de abandono, a saúde não se diferenciava quanto ao seu panorama. Assim, a idéia de que a zona rural brasileira, conhecida metaforicamente, como o sertão brasileiro, ainda permanecia um imenso hospital:

Há lugares em que não se encontra um único indivíduo que se possa ter como normalmente são. A situação é bem definida nos seguintes conceitos há pouco emitidos por Baeta Viana: A doença incorporou-se organicamente ao indivíduo que a exhibe como uma propriedade intrínseca. Sanear um desses lugares seria declará-lo, preliminarmente, um hospital de ponta a ponta. Não é nenhum fenômeno encontrar-se entre os seus habitantes uma amostra genuína da patologia regional completa^(7:572).

A concepção de saúde evidenciada nas ações desenvolvidas pelo SESP, incluindo aí a educação sanitária, teve como fundamento o ciclo econômico das enfermidades, isto é, “uma baixa produção acarreta salários baixos e estes, por sua vez, dão lugar a uma alimentação deficiente, condições de instrução e educação deficientes, moradia má e baixo nível de vida”^(8:74). Assim, sob essa premissa, tornava-se um círculo vicioso, em que as más condições de vida gerariam doenças que, por sua vez, levariam à pobreza, ao analfabetismo e à instabilidade política e novamente a pobreza produziria mais doença, o que aumentaria o valor das despesas na medicina curativa e desencadearia baixa produtividade no trabalho.

Para Bastos ^(8:67), os pontos essenciais da saúde fundamentavam-se em uma perspectiva biopsicológica – “saúde é a corrente normal de todos os órgãos do corpo” – e individualista, visto que o objeto saúde dependia do indivíduo em buscar a harmonia consigo mesmo e com o meio. A educação era tida como um instrumento de aquisição de conhecimento, ou melhor, de cultura, uma vez que a falta de cultura era a causa de doenças.

O autor ressaltava o papel da educação, como elemento de valorização da ciência, arsenal de informações responsáveis pela construção de atitudes e comportamentos saudáveis:

O cientista e o educador devem contribuir para o avanço da cultura: um, descobrindo a natureza do homem em seu mundo e o outro, revelando os fatos descobertos, propagando interpretações apropriadas, sugerindo suas aplicações, divulgando conhecimentos das questões de medicina e das ciências naturais, para a conservação da saúde, para o desenvolvimento da cultura, e para o melhor conhecimento da natureza em geral, e do homem em particular ^(8:87).

Desse modo, a educação moderna tinha como objetivos principais: a formação da nacionalidade; a defesa da saúde; a adaptação social e a preparação para o trabalho. Porém, sem a saúde, o papel da educação era inoperante. Somente uma nação de homens fortes e sadios, uma nação de homens aptos para o trabalho seria capaz de atingir o primeiro objetivo da educação apontado acima – a formação da nacionalidade ⁽⁹⁾.

Conforme Bastos e Silva ^(10:243), o ciclo vicioso das enfermidades seria fácil de ser rompido, bastando aproximar a Nova Medicina da Nova Pedagogia, dando o conjugado ‘Educação Sanitária’, “como uma nova disciplina, servindo de eixo vivo, dinâmico e flexível entre aquelas duas ciências e constituindo a base fundamental da medicina preventiva e da saúde pública moderna”.

A educação sanitária como integrante da medicina preventiva parecia ressoar o discurso norte-americano sobre saúde pública, em que privilegiava as medidas preventivas em detrimento das medidas curativas. Desse modo, a adoção de estratégias preventivistas seria importante para o desenvolvimento econômico das Américas, permitindo avançar no combate às principais endemias que grassavam o continente americano: a malária, o tifo, a boubá e a varíola ⁽²⁾.

Assim, sob a perspectiva sespiana, toda obra de saúde pública que não colocasse a educação sanitária como base de suas ações, somente poderia ser considerada como ação de emergência. Então, diante das concepções de educação, de saúde e das PES acima apresentadas, qual seria o papel da educação sanitária nas políticas de saúde pública do SESP?

No Boletim do SESP ⁽¹¹⁾, esse papel foi alardeado pelo título de ‘Conseqüências da falta de educação sanitária’. Apareceram transcritas duas observações de óbito, que demonstravam

claramente a importância desse tipo de informação para o SESP, e neste caso, a educação das mães. Aproveitamos para citar apenas um dos casos descritos:

Menina parda de 9 meses, 15º filho. Antecedentes pessoais: gripes e diarreias freqüentes. Internou-se na enfermaria em 24 de fevereiro, com diarreia intensa, vômitos, anorexia e febre. Criança com diarreia acentuada. Panículo adiposo escasso, pele seca, hipotonia muscular. Ficou constatado o diagnóstico de diarreia dispéptica, por erro qualitativo de alimentação. Instituímos terapêutica reidratante e vitaminada e regime dietético [...] Ao término de oito dias estava restabelecida da dispepsia, continuando com tratamento dietético [...] A 3 de março, teve alta, tendo nós recomendado à progenitora o máximo cuidado [...] A progenitora procurou-nos novamente, no dia 25, com a criança em condições precárias. Ao interrogatório confessou que “ajudara” a alimentação recebida na enfermaria com leite condensado. Internada no mesmo dia, percebemos ser grave o seu estado [...] A criança faleceu no dia imediato. Diagnóstico: intoxicação alimentar. ^(11:4).

O exemplo acima corrobora as ações do SESP em promover a educação sanitária a fim de resolver os problemas de saúde decorrentes da pobreza. Por esse motivo, investiu inicialmente em estratégias educativas, consideradas tradicionais e até impositivas, como a realização de palestras, distribuição de folhetos e cartazes, além da exibição de filmes. Segundo Bastos, “as altas posições do SESP, em nível nacional e regional, eram geralmente, ocupadas por sanitaristas que tinham sido formados nas velhas escolas de controle epidemiológico, que davam grande ênfase aos métodos autoritários nas campanhas, caminhavam investidos de poderes ditatoriais. Eram, antes de tudo, representantes do Estado, podendo a qualquer momento usar força policial contra os recalcitrantes” ^(4:338).

A preocupação meticulosa com os aspectos didático-pedagógicos, inclusive a utilização de recursos audiovisuais sofisticados para a época, como filmes, teve como fundamento a convicção no poder da educação para a solução dos problemas de uma população marginalizada: escolares das áreas rurais e adultos, sob a tutela de uma sociedade agrária fortemente centrada em lideranças locais.

Charles Wagley, antropólogo norte-americano que assumiu a Divisão de Educação Sanitária do SESP em 1944, em sua obra ‘Uma comunidade amazônica’, apresenta o desencontro entre o conhecimento científico e os saberes locais e conclama como papel da educação sanitária, tornar compreensível às pessoas, essa nova racionalidade ⁽¹²⁾.

Desse modo, a aquisição desse conhecimento possibilitaria ao homem da Amazônia a transformação de crenças e atitudes, por exemplo, saber que a transmissão da malária é feita pelo mosquito anófeles e não pelo banho em determinados locais ou pela ingestão de água parada, como se pensava. Neste caso, a solução considerada adequada na época consistia na aplicação do inseticida DDT ⁽¹²⁾.

A visão e a tradução que Charles Wagley fez do homem amazônico reproduzia uma perspectiva imperialista, em que a Amazônia era uma comunidade pobre, atrasada, faminta, dotada de credences absurdas e, portanto, requeria a intervenção do outro para sair dessa ociosidade e estagnação em que se encontrava. A educação sanitária seria assim, uma das possibilidades de se reverter o atraso verificado por Wagley⁽¹³⁾.

A transmissão desses conhecimentos científicos, através da educação sanitária, ecoou ideários, que não se limitaram a fronteiras, mas atravessaram os espaços nacionais e procuraram promover e desenvolver práticas no cotidiano das crianças e adultos assistidos pelo SESP. Esses discursos tiveram na prosperidade, seu eixo central. Isto é, o desenvolvimento dessas áreas subdesenvolvidas poderia ser alcançado pela expansão da tecnologia e do estilo de vida do Ocidente desenvolvido. Porém, o modelo preconizado por órgãos internacionais – caso da Organização das Nações Unidas – desconsiderava, ou melhor, ignorava as desigualdades sociais e a distribuição irregular da riqueza, elementos que faziam perpetuar a condição lamentável dessas populações historicamente excluídas.

A educação sanitária veiculada pelo SESP, como recurso e instrumento de transformação dessa realidade de pobreza, tiveram como principais referências a pedagogia renovada de John Dewey, William Kilpatrick e Lourenço Filho. Segundo Oshiro⁽¹⁴⁾, essas correntes pedagógicas aliadas à psicologia funcionalista possibilitaram que a educação sanitária buscasse na tríade – motivação, percepção e personalidade – elementos norteadores de sua práxis. Através dessa concepção funcionalista, a educação consistia em desenvolver comportamentos que levam em conta as necessidades dos indivíduos, tendo como fim a sua adaptação à vida social.

Em meados da década de 50, as concepções tradicionais da educação sanitária foram revistas a partir da incorporação do acervo das ciências sociais, de técnicas de educação de adultos, cujo lema era a mobilização das forças locais, por meio da criação de uma consciência sanitária.

Essa nova mentalidade educacional concretizou-se após a inserção do sociólogo José Arthur Rios, em seu quadro de recursos humanos. Sua importância consistiu em acrescer a idéia de cooperação e participação, não apenas no âmbito dos serviços federais e estaduais, mas sobretudo nos serviços locais, graças ao contato com as autoridades municipais e com as pessoas de influência das localidades⁽⁴⁾.

Percebe-se então, um deslocamento do conceito inicial da educação sanitária, considerada atividade primordial no trabalho de saúde pública, todavia não mais restrita à mera divulgação de informações científicas ou ao emprego de recursos de propaganda, como audiovisuais. A

educação sanitária deixou de ser tão somente uma técnica que a equipe utilizava para ensinar as pessoas a assumirem responsabilidades ⁽¹⁵⁾.

Assim, longe de procurar resolver os problemas de saúde com o uso de métodos coercitivos, a educação sanitária, deveria estimular a participação ativa dos sujeitos para atingir a saúde, como sendo um completo estado de bem-estar mental, físico e social⁽¹⁵⁾. Sua finalidade principal seria a de “ajudar os indivíduos a alcançarem a saúde, por meio de seus próprios atos e esforços” ^(8:106).

Para Bastos e Grossman ^(16:322), a mudança no conceito de educação sanitária promovido pelo SESP em suas atividades programáticas trazia o seguinte lema: “fazer as coisas para os indivíduos, mas com os indivíduos, ajudando-os a solucionar os seus problemas, envolvendo-os no processo de sua solução”. Tal discurso, que conclamava a participação desse sujeito e de sua comunidade, ainda era permeado de enunciados que atribuíam a esse indivíduo toda a responsabilidade por sua falta de saúde:

Todos são, portanto, problemas de ordem individual e para a sua solução o indivíduo tem de assumir sua própria responsabilidade e esta somente é conseguida através de informação, conhecimentos e participação efetiva, de modo que ele, compreendendo os problemas de saúde, saiba utilizar as facilidades oferecidas pelos órgãos públicos, ou aquelas que eles próprios conquistam com esforço e sacrifícios muitas vezes. Participando diretamente, portanto, da solução dos problemas, o indivíduo torna-se mais interdependente e mais cômico da sua responsabilidade pessoal na prática da defesa da saúde e do bem-estar de sua família, de seus vizinhos e da comunidade em geral, coisa que, no passado, era da responsabilidade do indivíduo isolado ^(15:638).

Essa proposta ambivalente, indivíduo-coletivo, agregou outra abordagem à prática sanitária: o trabalho em comunidade, o trabalho em família. Por conseguinte, o SESP passa a desenvolver políticas educativas em saúde voltadas para a comunidade, assumindo como prerrogativa preparar “um profissional capaz de, em mais estreito e permanente contato com o pessoal da saúde, orientá-lo e apoiá-lo nos aspectos educacionais e com condições de motivar as lideranças locais para uma vida melhor” ^(4:338).

Os referidos profissionais se integrariam às equipes de saúde em nível local e exerceriam suas atividades com o apoio de projetos de desenvolvimento da comunidade. A proposta era promover um distanciamento do educador em saúde propagandista, e estimular a participação e a cooperação das pessoas, bem como das organizações municipais ou privadas em programas de construção de redes de serviços de abastecimentos de água, de esgotos e até de postos de saúde.

Com a entrada do sociólogo José Arthur Rios no SESP, em 1953, a proposta da organização ou educação das comunidades expandiu-se. Para ele, a educação da comunidade era uma modalidade que estimulava a participação entre grupos e indivíduos, levando à consciência e à

solução conjunta de seus problemas, a fim de se obter o bem comum e a paz social. A finalidade da educação desses grupos é provocar mudanças em suas relações sociais, despertando seus membros para novas necessidades, atingindo o progresso social ⁽¹⁴⁾.

Pelo fato de a participação ser pequena nas áreas rurais, em decorrência do processo de opressão histórica, o SESP teria o papel de catalisador, que consistiria em formar e orientar pequenos grupos, desenvolvendo sentimentos de cooperação e de espírito comunitário, a fim de obter sua própria autonomia.

Com isso, a organização da comunidade tornou-se a principal estratégia de educação sanitária do SESP, dirigida a agrupamentos rurais imaturos, muitos deles desintegrados e vivendo uma decadência econômica. E assim, oferece a possibilidade de mudanças em seu capital cultural e social, pela adoção de novas práticas e tecnologias: vacinas, hábitos de higiene, construção de fossas. O incremento de seus níveis culturais teria importante efeito na redução da pobreza e possibilitaria o avanço do progresso e modernização dessas áreas.

No entanto, o trabalho educativo voltado para a comunidade reforçava apenas a dimensão técnica dos problemas vivenciados no local. Em geral, o educador da comunidade promovia a despolitização desses problemas, diluindo os direitos de cidadania apontados pelos líderes. O resultado final pautava-se em uma participação acrítica, com ênfase na responsabilidade individual, como saída para solucionar as questões encontradas ⁽⁶⁾.

Ao contrário das considerações apontadas por Fonseca ⁽⁶⁾ e Oshiro ⁽¹⁴⁾, que atribuem ao SESP a continuidade de uma concepção saúde-doença individualista e homogeneizante e até impositiva, desqualificando a população, considero a política de educação sanitária promovida pela instituição, inovadora, ao desenvolver todo um aparato organizacional em sua estrutura, inserindo concepções – como a educação da comunidade – e que tiveram outras leituras nas décadas seguintes. A proposta sespiana atingiu uma parte da população comumente abandonada pelos principais órgãos de saúde, que privilegiavam apenas o saneamento do meio de regiões centrais. Além disso, diante do modelo do SESP, a educação sanitária passou a integrar as atividades rotineiras dos postos de saúde, com o auxílio de outros profissionais, como as enfermeiras, as visitadoras sanitárias e os guardas sanitários.

Para Fausto ⁽¹⁷⁾, o modelo de atenção em saúde do SESP pode ser considerado como embrionário na atenção básica, envolvendo ações preventivas e curativas, com a implantação de redes hierarquizadas de atenção integrada à saúde. Ainda segundo a autora, o SESP apresentou o primeiro modelo de organização de ações baseado na atenção primária, tendo a educação sanitária como uma das ações mais relevantes. Todavia, conforme aponta Campos, “o Programa

de Educação Sanitária do SESP também deve ser entendido como instrumento de fortalecimento do Estado nacional e da ampliação da autoridade pública, na medida em que se constituiu em fator de construção de uma homogeneidade cultural das populações rurais do Brasil”^(3:234).

No seguimento do texto, trataremos da organização da educação sanitária na estrutura do SESP, detalhando a respeito da inserção da educação sanitária nos postos de saúde.

A organização da educação sanitária no SESP

Inicialmente, a educação sanitária ficou acomodada na Divisão de Educação Médica, sob a responsabilidade do médico Marcolino Gomes Candau. Em 1944, algumas alterações na administração do SESP desencadearam a criação de uma divisão específica para a educação sanitária, agora dirigida pelo antropólogo norte-americano Charles Wagley.

Apenas em 1952, ocorreu outra modificação no organograma do SESP, sendo a Divisão de Educação Sanitária reorganizada em dois segmentos administrativos – a Seção de Aperfeiçoamento e Bolsas de Estudo e a Seção de Produção de Materiais Educativos – persistindo esta disposição até 1960.

Charles Wagley imprimiu à atividade educativa uma nova feição, voltando-se prioritariamente para o homem rural, o homem do interior. As atribuições da divisão comandada por esse antropólogo texano incluíam a confecção de materiais educativos, atividades de capacitação, consultorias e manutenção de uma biblioteca no escritório central⁽⁴⁾.

As funções da Divisão de Educação Sanitária não tinham caráter executivo, pois as ações educativas em saúde deveriam ser realizadas por toda a equipe responsável. A divisão teria por objetivos: propor normas gerais para os serviços, fornecer assistências técnicas aos programas do SESP, ajudar na formação e treinamento do pessoal e produzir ou adquirir materiais educativos⁽¹⁰⁾.

Durante a fase inicial, percebeu-se estreito intercâmbio com especialistas americanos em educação sanitária, fortalecendo a transição de idéias entre os dois países. A visita de Clair E. Turner, professor de educação sanitária do Instituto de Tecnologia de Massachusetts, em 1944, acompanhado de Charles Wagley, exemplifica a interação de especialistas com a equipe do SESP e a comunidade, representada por autoridades municipais, professoras primárias e ‘gente do povo’. A visita de Clair E. Turner ao estado do Pará constituiu-se em uma das missões de reconhecimento, procurando observar o que estava sendo feito para elevar os níveis de educação, além de prestar auxílio técnico aos programas de educação sanitária no Brasil⁽¹⁸⁾.

Como o SESP implementou um sistema pioneiro de atenção primária em saúde, por meio de centros e de postos de saúde^{ca} a educação sanitária foi integrada nesse formato de atenção básica. Em 1942, na região do Amazonas, já existiam cerca de 30 distritos sanitários, cada um com seu respectivo centro de saúde, equivalente a um departamento de saúde local. Nestes centros, eram prestados serviços curativos e preventivos, sendo a campanha educacional a coluna mestra: “levada a efeito principalmente pelos guardas e visitadoras, em seu contato pessoal com os habitantes, esse sistema tem sido o mais efetivo em seus resultados práticos [...] dos métodos auxiliares constam os cartazes e filmes educativos”^(19:11).

Os distritos sanitários^{db} tinham na equipe, pelo menos um médico sanitarista, um engenheiro, uma enfermeira e um auxiliar de educação sanitária, todos trabalhando em tempo integral e sob a chefia do médico, reafirmando sua posição hegemônica. A cada distrito caberia o papel de supervisionar as unidades sanitárias – centros e postos de saúde – bem como algumas unidades hospitalares⁽¹⁰⁾.

Em conformidade com o modelo sespiano, as práticas educativas deveriam ser exercidas por todos os profissionais do distrito sanitário e da unidade sanitária. Cada componente da equipe seria um educador sanitário, dotado de um *modus operandi* e disposto a seguir uma filosofia, a filosofia do educador sanitário:

Como educador sanitário:

- 1- Compreenderei que todas as pessoas da minha unidade sanitária fazem educação sanitária e que minha principal tarefa é ajudá-las a fazê-lo da maneira mais eficiente possível.
- 2- Terei um sincero interesse pelo povo e seus problemas.
- 3- Terei fé na minha tarefa e na sua execução agirei democraticamente.
- 4- Tratarei os outros como gosto de ser tratado.
- 5- Estarei sempre disposto a servir à minha comunidade e a todos os outros membros da unidade sanitária.
- 6- Agirei sempre como um bom exemplo dos princípios pelos quais me bato.
- 7- Não me importarei para quem caberão as glórias de uma realização, contanto que a coisa seja feita.
- 8- Compreenderei que a verdadeira educação envolve a motivação para a ação e não apenas a mera divulgação da informação.
- 9- Reconhecerei que ajudar as pessoas a aprender como fazer as coisas é mais útil que fazer as coisas para elas.
- 10- Respeitarei as habilidades e contribuições do público tanto quanto as do pessoal profissional.

^c Após reorganização da estrutura dos Programas do SESP, em 1952, os centros de saúde e postos de higiene passaram a ser denominados de unidades sanitárias, apresentando níveis crescentes de complexidade quanto aos serviços prestados, entre os quais, a educação sanitária⁽¹⁰⁾.

^d Em 1953, o Programa da Amazônia contava com os distritos sanitários de Belém, Santarém, Igarapé-Açu e Manaus. Nesse Programa do SESP, o distrito de Manaus contava com o maior número de unidades sanitárias, sendo ao todo vinte e quatro unidades. Já o Programa do Nordeste, apresentava os distritos sanitários de Alagoa Grande, Palmares, Penedo e Próprio. O Programa da Bahia tinha apenas os distritos de Ilhéus e Juazeiro. E o Programa de Minas Gerais, os distritos do Rio Doce, São Francisco e Colatina⁽¹⁰⁾.

- 11- Procurarei conquistar o público para o trabalho do programa de saúde, pois a verdadeira educação é um processo mais ativo que passivo e o povo aprende melhor fazendo.
- 12- Estimularei sempre a conduta humana e aplicarei tais conhecimentos no meu trabalho.
- 13- No meu trabalho de todo dia aprenderei e aplicarei os princípios da boa higiene mental.
- 14- Desenvolverei uma filosofia definida de vida e de educação.
- 15- Estarei sempre disposto a dar ao meu trabalho mais que o normal.
- 16- Mantereí um espírito alerta e pesquisador.
- 17- Estarei sempre ativamente interessado em aumentar os meus conhecimentos profissionais.
- 18- Serei mais uma pessoa disposta a ouvir do que sempre disposta a emitir opiniões.
- 19- Mantereí sempre bom humor e não me tornarei demasiadamente sério.
- 20- Cooperarei com outros campos reconhecendo que a melhoria constante da saúde pública deve ser acompanhada por conquistas na educação, na agricultura e no padrão geral da vida ^(20:8).

Desse modo, descreveram as atribuições individuais de cada componente, a respeito de suas funções educativas. Ao médico caberia a função de elaborar conjuntamente com a equipe o programa de educação sanitária, supervisionar, facilitar recursos para a execução das atividades, estimular os demais componentes e promover reuniões para discutir as ações realizadas⁽¹⁰⁾.

O engenheiro teria como principais funções, aquelas referentes ao saneamento do meio. Além de supervisionar a equipe de enfermagem, a enfermeira seria responsável pela formação inicial de auxiliares como as visitadoras sanitárias e ainda pela formação continuada desses profissionais. No caso do auxiliar de educação sanitária, as atividades de execução incluíam, desde o auxílio na elaboração de cursos de educação continuada, até a distribuição de materiais educativos: livros, folhetos e cartazes.

Papel especial relevante e supervisionado pela enfermagem foi a participação das visitadoras sanitárias. Eram “os elementos educacionais da unidade sanitária”, cabendo a elas realizar as visitas domiciliares e rotineiras, ouvindo atenciosamente “os anseios e as queixas das famílias”, devendo aconselhar e orientar o povo ^(21:5).

Pela perspectiva do SESP, o papel educativo das visitadoras sanitárias realizava-se devido ao “estreito contacto com o povo”, de modo a “adquirir sua confiança e amizade, para então, educando-o, interpretar junto a cada membro da comunidade os sadios propósitos de nosso Serviço” ^(22:1). A abnegação esperada das visitadoras e seu papel em combater o abandono e a tragédia do homem rural, plasmado de doenças, podem ser claramente ilustrados pelo discurso do médico Ernani Braga, paraninfo da turma de visitadoras, na cidade de Colatina, Espírito Santo:

Sois dignas representantes do Vale do Rio Doce, posto que fostes trazidas de diversas de suas florescentes localidades. Conheceí, portanto, o terreno que ides palmilhar e sabeis melhor do que ninguém as dificuldades que ides encontrar. Tendes agora um cabedal de conhecimentos técnicos perfeitamente adequado às tarefas de que sereis incumbidas. A vossa capacidade, no que se refere ao trabalho de enfermagem de saúde pública, especialmente na sua parte educativa, já foi posta à prova através do período de treinamento a que fostes submetidas. Estais, portanto, em condições de receber os

honrosos certificados de conclusão deste curso e a ingressar num dos quadros técnicos do Programa Rio Doces, o das *Visitadoras Sanitárias*^(22:2).

Todavia, as atividades educativas realizadas dependiam do porte da unidade sanitária e da presença de profissionais de saúde. No subposto e postos médicos, as atividades educativas realizadas eram: palestras, esclarecimentos e conselhos individuais, distribuição de materiais educativos, demonstrações, projeções, visitas domiciliares, elaboração de projetos, como implantação de hortas, orientação de clubes de saúde e campanhas de vacinação.

Já as unidades sanitárias tipo C^{ec} contavam com vários profissionais: médico sanitarista, médico clínico, dentista, enfermeira, visitadora sanitária, auxiliar hospitalar, auxiliar de saneamento, atendente, encarregado do lactário, secretária-caixa, encarregado do registro, auxiliar de escritório e servente. Assim as atividades educativas apresentavam ações mais complexas, atingindo outras clientelas.

Nessas unidades sanitárias, as atividades educativas incluíam, além daquelas já citadas anteriormente: reuniões de pessoal; cursos para curiosas, gestantes, pais, escolares e professores; exposições; concursos; implantação de bibliotecas; organizações de grupos, como associações, clubes e grêmios; comemorações de datas especiais; atividades voltadas para a prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, atividades de higiene materna e higiene infantil; cursos para noivas, atividades sobre higiene mental; trabalhos manuais e economia doméstica; atividades de higiene dos matadouros, mercados, açougues e estabelecimentos de gêneros alimentícios; higiene pré-escolar e escolar e higiene da boca.

Sob essa perspectiva, a educação sanitária realizada nas unidades sanitárias estendia-se a diferentes espaços, tais como, os domicílios, as escolas e a própria unidade sanitária. Além das atividades educativas, para as unidades sanitárias do SESP ocorriam as atividades de administração, inquéritos e estatísticas, investigações epidemiológicas e ambulatório⁽¹⁾.

Os métodos educativos em saúde do SESP

Para o SESP, os problemas de saúde poderiam ser resolvidos por meio da educação sanitária e, portanto, a eficácia de seu programa educativo dependia, consideravelmente, da utilização de materiais e métodos educativos para suscitar no homem brasileiro a consciência

^e As unidades sanitárias do SESP eram classificadas quanto ao nível crescente de complexidade dos serviços prestados: subpostos e postos de saúde, unidade sanitária tipo A, unidade sanitária tipo B e unidade sanitária tipo C. No artigo citado, os autores ainda apresentaram um organograma de centro de saúde, que teria um nível de complexidade superior à unidade tipo C, porém as diferenças quanto à estrutura e organização eram muito pequenas e até irrisórias⁽¹⁰⁾.

sanitária, a fim de que “possa usufruir das vantagens que lhe podem ser conferidas pelo regime político democrático e assim possa ele cooperar na formação dos alicerces da Nação” ^(23:7).

A educação sanitária inicialmente reproduziu os métodos tradicionais, com o emprego de cartazes, folhetos, palestras e conselhos de saúde, mas já foi possível atentar para a incorporação de outros recursos, como o rádio, o cinema e os diapositivos ou ‘slide sounds’.

Em relatório sobre as atividades da educação sanitária, verificamos o investimento no emprego da propaganda sanitária, como o principal dispositivo para levar aos habitantes do Amazonas e do Vale do Rio Doce, os saberes da higiene. Até agosto de 1947, foram confeccionados 133 mil cartazes, cuja distribuição deu-se por intermédio das unidades sanitárias do SESP. Esses cartazes tratavam de temas locais, como a malária e a opilação ou ancilostomíase e de higiene – “Mãos sujas”, “Matem as moscas” e “Alimente-se bem” ⁽²⁴⁾.

A produção de folhetos e boletins alcançou um total de 722 mil exemplares, tratando também de temas regionais ou narrativas de pequenas histórias, como a “História de Maria Pernilonga”, que contava o processo de transmissão da malária pelo mosquito anófeles.

As práticas educativas em saúde veiculadas pelo SESP podem ser compreendidas na fase inicial da educação sanitária, como constituintes de sujeitos docilizados, legitimando apenas o saber científico, em detrimento dos saberes locais dessa população do sertão brasileiro, sem assistência alguma.

Pinheiro et al. ⁽²⁵⁾ descreveram os dois princípios básicos que deveriam nortear qualquer campanha sanitária: os recursos com a palavra escrita, na forma de folhetos, cartazes e boletins, não deveriam ser utilizados isoladamente, por causa dos altos índices de analfabetismo nas regiões rurais assistidas pelo SESP; em segundo lugar, as escolas primárias deveriam ser o ponto de partida de qualquer campanha educativa, visto que a maioria das crianças de 7 a 13 anos freqüentava essas escolas.

Mesmo com a inserção de outros métodos, como os diapositivos sonorizados, o emprego de tais recursos não foi abandonado, pois o material gozava de certo privilégio entre os moradores dessas regiões. Desse modo, a solução encontrada foi utilizar linguagens simples, com textos reduzidos, sem muitos detalhes técnicos, com fotografias e desenhos, mostrando realmente o que se desejava transmitir ⁽⁴⁾.

Como essas estratégias educativas eram um dos pilares do modelo sespiano, os métodos eram minuciosamente descritos aos profissionais de saúde, para que pudessem aplicá-los com eficácia. O formato prescritivo pode ser verificado no artigo de Jacques Noel Manceau et al. ⁽²⁶⁾, que relatava o papel da palestra como instrumento educativo. Esse artigo ilustrava com clareza as

concepções sepianas sobre saúde e educação, além do papel hegemônico do médico no exercício da educação sanitária, não levando em conta os demais componentes – “mesmo quando esse trabalho de educação é realizado por outros técnicos, como enfermeiras, educadoras sanitárias, visitadoras etc, é ainda ao médico que compete determinar o que deve ser ensinado ao povo”^(26:713). Dentre as recomendações dos autores acima para a realização da palestra, estavam: convidar as pessoas, utilizando cartazes exibidos nas unidades sanitárias ou com a ajuda das visitadoras sanitárias; as escolas constituem-se o espaço mais adequado para empregar o método; escolher assuntos que despertem a atenção e sejam de interesse do público; escolher, preferencialmente, ambientes fechados para a realização do evento; o melhor horário para atrair o público adulto é após o jantar; o limite máximo de tempo de exposição é de 45 minutos e o número de ouvintes deve ser pequeno, no máximo 20 pessoas.

Outras sugestões foram acrescentadas pelos autores, de maneira a se utilizar outros recursos, como demonstrações e projeções. As últimas deveriam ser feitas somente após a palestra, contribuindo para reforçar o tema abordado pelo ministrante e evitando o esvaziamento do local, antes da apresentação do ‘cineminha prometido’.

Como exemplo de palestra, apresentamos o seguinte título é *A responsabilidade de cada um na conservação da saúde*. A saúde é um bem que todos devem possuir. A conservação da saúde depende muito da vontade de cada um. O governo, o médico e a visitadora não podem estar a todo o momento ao lado de cada pessoa, acompanhando-a por toda a parte e vigiando seus atos para obrigá-la a cumprir os conselhos que lhe foram dados sobre higiene. Cada um deve ser seu próprio vigia. Cada um deve cumprir os conselhos dados. Procure compreender a razão destes conselhos. Verá que o médico e a visitadora querem o seu bem. Eles são seus amigos. Ajude o governo, o médico e a visitadora, seguindo os seus conselhos sobre higiene”^(26:718).

Em relação ao uso de métodos audiovisuais, já bem no início das atividades do SESP no Brasil, em 1944, sob o comando de Charles Wagley, a Divisão de Educação Sanitária procurou nos métodos de comunicação de massa, entre os quais, o cinema, a saída para conseguir resultados que divulgassem com rapidez, as mensagens educativas sobre saúde, rompendo com os obstáculos decorrentes do baixo índice de escolaridade encontrado nas áreas rurais. Diante disso, passou a agregar em seus quadros vários especialistas em comunicação: artistas, desenhistas, redatores, técnicos de educação, de cinema e radiodifusão.

Nesse mesmo ano, Charles Wagley viajou a Los Angeles, para uma reunião com o famoso desenhista Walt Disney, a fim de orientá-lo sobre a confecção de filmes educativos. A idéia consistia em levar filmes às populações da zona rural, que tratassem de temas sobre saúde e

assim explicar a uma população analfabeta, o que seria, por exemplo, uma bactéria. Desse modo, os desenhos de Disney explicavam de modo simples, prendendo a atenção do público-alvo, com seus desenhos animados cheios de graça ⁽²⁷⁾.

Como iniciativa de implementar o uso de audiovisuais, o SESP considerou inicialmente o cinema, como recurso educativo. No entanto, em decorrência de seu elevado custo, dificuldades em se obter eletricidade nos locais de projeção, aparelhagem complexa e cuidados no transporte do equipamento, optou-se pelo emprego de diapositivos ou slides sonorizados, como alternativa.

Pinheiro et al. ⁽²⁵⁾ descreveram com pormenores a preparação e o custo desses diafilmes sonorizados, que também incluíam um roteiro. Inicialmente era preciso escolher o assunto, preparar a história, fazer a fotografia e a filmagem, para depois, finalizar a gravação. Alguns detalhes eram necessários para assegurar que o recurso se enquadrasse como educativo, por exemplo, construir frases simples, evitar cenas cômicas e a apresentação não deveria exceder o tempo de 15 minutos.

A escolha dos diafilmes sonorizados também encontrava apoio quanto ao custo da produção, infinitamente menor que o do cinema, além do prazo de confecção ser reduzido a dois meses ou menos. Tais recursos serviam de base para as campanhas de educação sanitária, atingindo grandes grupos de indivíduos, principalmente os escolares, as pequenas comunidades e os residentes nas zonas rurais ⁽²⁵⁾.

Diante desses métodos da educação sanitária como, então, esses sujeitos recebiam e ressignificavam as informações sobre saúde? Para Pinheiro et al. ⁽²⁵⁾, o 'caboclo' não raciocinava com a devida rapidez para compreender o que lhe era apresentado pelo cinema. Seu olhar se prendia a detalhes do filme, deixando, assim, de compreender o assunto como um todo:

Temos observado também que o caboclo ri com muita facilidade, a propósito de cenas destituídas aos nossos olhos de qualquer comicidade. Por exemplo, o simples aparecimento de uma voz feminina, onde os diálogos ou explicações vem sendo feitas por vozes masculinas, é motivo de grande hilaridade; a cena de uma pessoa que mergulha uma lata no rio para enchê-la d'água é para ele cômica, apesar de ser observada freqüentemente na vida real. As gargalhadas chegam a abafar a voz do locutor prejudicando a exibição ^(25:922).

Em outro momento, o antropólogo Darcy Ribeiro relatou que após a apresentação de diafilmes sobre o mosquito transmissor da malária, um caboclo teria afirmado a Charles Wagley que ele estava equivocado e não tinha com que se preocupar, pois na Região Amazônica não existiam mosquitos daquele tamanho. Esse fato deve-se ao fato que a imagem veiculada do inseto encontrava-se ampliada em relação às suas dimensões naturais e demonstrava as outras re-

elaborações de um conhecimento científico, bem como as reações de uma população aos modernos recursos tecnológicos trazidos pelo estrangeiro ⁽²⁸⁾.

Por sua vez, Nilo Bastos ⁽⁴⁾ discorreu sobre o poder midiático dos recursos audiovisuais empregados pelo SESP. Segundo o autor, uma exposição de diafilmes foi apresentada em uma festa religiosa. Já no dia seguinte, constatou-se que um contingente de pessoas, acima do normal, procurou a unidade sanitária da cidade para pedir auxílio médico sobre as doenças, como a malária. Em 1958, Bastos, Grossman e Medina realizaram testes para avaliar os folhetos que tratavam do tema diarréia. Em geral, as respostas obtidas eram evasivas, elogiosas e demonstravam passividade:

- A senhora leu todo o folheto?
- Sim, senhor.
- Eu gostaria de conversar um pouco consigo sobre esse folheto. Precisamos da sua ajuda, para mostrar-nos se há alguma parte pouco clara ou confusa...
- Está tudo muito claro, sim senhor.
- É que nós trouxemos para Pirapora apenas alguns desses folhetos e queríamos conversar com algumas mães, para sabermos o que devemos modificar, antes de fazermos um número maior, que será distribuído em todos os lugares onde o S.E.S.P. trabalha.
- Sim, senhor.
- A senhora achou alguma dificuldade na leitura, ou alguma coisa não lhe agradou?
- Está muito fácil. Todas as mães deviam saber disso. Está muito bom.
- A senhora leu todo o folheto? Poderia me dar um resumo, uma explicação geral do que achou mais importante.
- É que devemos dar tudo limpo para a criança.
- Nem sempre a gente pode, não é verdade?
- Mas deve, não é? A mamadeira, a comida, não deixar botar as mãos sujas na boca...
- A senhora achou que há muita coisa no folheto, que podia ser menor?
- Não, tudo está muito bom.
- É que, às vezes, a mãe não tem tempo para ler, e se fosse menor, seria mais fácil?
- Não: é bom ler essas coisas. Até depois do almoço, quando a gente descansa. É preciso que as pessoas que sabem nos ensinem.
- A senhora acha que as letras deviam ser diferentes, menores, maiores?
- Está muito bom assim. Eu compreendi tudo.
- Mas talvez, para outras mães, aqui em Pirapora, outra letra fosse melhor.
- Acho que está muito boa, mesmo para quem mal sabe ler.
- E se fossem coloridas?
- Preto e branco é melhor. Nós estamos acostumadas. O colorido pode atrapalhar.
- E se o fundo fosse colorido
- Não entendi, senhor.
- Se esta parte branca fosse colorida?
- Vai nos dar mais trabalho para ler ^(29:305).

Através das respostas desse inquérito, seria possível perceber subordinação, concordância, ausência de criticidade, e dificuldade em compreender o texto, já que a leitura era limitada? Ou estratégias de resistência, em relação à opressão vivenciada por muitos anos, o que pode ter contribuído na constituição de sujeitos silenciados, possivelmente estabelecendo porosidades nas relações de dominação em termos de classe social, gênero, dentre outros?

A utilização desses testes demonstrou um deslocamento da educação sanitária realizada pelo SESP para os adultos, como alvos dessas ações, que antes privilegiava as crianças e os escolares. Assim, as pesquisas da época comprovaram que os adultos podiam aprender, apenas bastaria estimulá-los a aceitar os conhecimentos e incorporá-los em suas vidas⁽¹⁶⁾.

Sob essa prerrogativa, todos os métodos utilizados na educação de adultos deveriam seguir os seguintes princípios: tornar esses sujeitos conscientes de suas necessidades individuais e da comunidade e dar a educação necessária para que eles possam encontrar suas próprias soluções.

Desse modo, percebe-se que ao longo do período estudado, algumas perspectivas sobre como essas práticas educativas em saúde sofreram mudanças, ou seja, partindo de uma metodologia mais tradicional para o enfoque sobre a educação da comunidade. Mesmo em relação aos métodos tradicionais, como as palestras, os recursos audiovisuais encontraram visibilidade e relevância, diante do avanço do cinema no Brasil e no mundo. Se no início, a educação sanitária focalizava apenas as crianças e os espaços escolares, na década de 50, os adultos passam a ser considerados como atores ativos no processo educativo. Assim, os métodos empregados pelo SESP, nas atividades educativas em saúde, espelham uma dinâmica permeada de novos saberes, principalmente aqueles oriundos da psicologia e da sociologia funcionalista.

Considerações Finais

Talvez fosse mais tranqüilo explicar as ações sespianas sob a perspectiva do imperialismo, ou seja, de uma nação, que se pretende hegemônica, adentrando o quintal do vizinho e, apoiada no discurso da cooperação e do auxílio mútuo, interpreta sua realidade, traduz seus problemas e propõe soluções que somente ela seria capaz de encontrar, para este Brasil, ainda visto como um imenso hospital. Porém, ao desconsiderarmos tais possibilidades não seria adequado.

Todavia, o SESP, como agência bilateral, não se constituiu somente em transposição cultural e sim, como estratégia do próprio governo em promover a integração nacional, capilarizando-se nos mais variados rincões brasileiros, fazendo-se presente em espaços outrora abandonados pelo Estado, ainda sob a tutela das lideranças locais.

O acolhimento das ações do SESP e do seu modelo ocupou as lacunas não preenchidas pelo Estado brasileiro. Sua eficácia e competência alcançaram regiões, como as áreas rurais do Amazonas e do Vale do Rio Doce, levando não somente ações preventivas, como preconizavam os americanos, mas práticas assistenciais curativistas, denotando, assim, as adaptações necessárias diante da realidade brasileira.

Esse modelo de saúde também disseminado a partir da educação sanitária tinha como ênfase frear o ciclo da miséria através da medicina preventiva. Assim, o processo educativo em saúde deveria romper com a ignorância reinante nesse sertão. Portanto, a educação sanitária, suas concepções e suas construções discursivas, era considerada como a solução para vencer as condições precárias de saúde dos sujeitos rurais.

As representações sobre o outro rural se refletiam nas técnicas pedagógicas, nos instrumentos de ensino, nos métodos desenvolvidos. Se o caboclo era analfabeto, tinha raciocínio lento, a saída seria utilizar imagem e som para tentar inserir os saberes da saúde naquela população iletrada. No período estudado, percebemos a fluidez nas concepções sobre a educação sanitária, bem como a inserção de novas e outras estratégias. Se no início, o enfoque da educação sanitária recaía sobre as crianças, em outro momento, o adulto – antes considerado como obra pronta, incapaz de aprender novos saberes – foi selecionado como sujeito dessas práticas educativas.

Também outras estratégias foram incorporadas, tentando afastar o uso dos métodos tradicionais, como as palestras, trazendo a perspectiva da participação, do aprender a fazer, do conceito de comunidade. Não se tratava mais de apenas transmitir informações, conhecimentos e sim, promover a ruptura dessa suposta inércia, incentivando a problematização de sua realidade e a encontrar a solução para as dificuldades apontadas.

No entanto, as condições sociais ainda eram muito precárias. A histórica opressão do caboclo, do sertanejo, do homem rural obstruía a *boa* intenção da educação sanitária que, mesmo evocando a participação da comunidade, se restringia à proposição de soluções em nível técnico. Sem contar a extensa área de atuação do SESP, que dificultava a disseminação dessa concepção, em um Brasil tão heterogêneo, cenário de negociações e disputas locais.

Por outro lado, a educação sanitária promovida pelo SESP deu novo realce às unidades sanitárias, não apenas como palco de medidas curativas, mas como local e espaço de ações preventivas, estabelecendo redes sociais locais, procurando envolver toda a comunidade daqueles pequenos municípios do Vale do Amazonas e do Rio Doce.

Assim, a educação sanitária realizada nesse contexto social precário foi envolta por redes complexas de relações de poder, não apenas abarcando nações, como os Estados Unidos e o Brasil, não apenas os estados brasileiros, mas também as lideranças locais, a comunidade, os profissionais de saúde, que ressoavam os saberes da saúde e os comportamentos saudáveis legitimados pela ciência.

Agradecimento

À FUNDECT pela cessão da bolsa de doutorado.

Referências

- 1- Serviço Especial de Saúde Pública. Boletim do SESP. Os Centros de Saúde. 1945; 21:1-5.
- 2- Serviço Especial de Saúde Pública. Boletim do SESP. Dois anos de cooperação continental. 1944; 9:1-3.
- 3- Campos ALV. Políticas internacionais de Saúde na Era Vargas: o Serviço Especial de Saúde Pública, 1942- 1960. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006.
- 4- Bastos NCB. SESP/FSESP, Evolução histórica: 1942-1991. Recife: s.n.; 1993.
- 5- Larner W, Walters W. (editors). Global governmentality: governing international spaces. London: Routledge; 2006.
- 6- Fonseca CMO. As propostas do SESP para educação em saúde na década de 50 – uma concepção de saúde e sociedade. Cadernos da Casa Oswaldo Cruz. 1989; 1(1):51-58.
- 7- Candau MG, Braga E. Novos rumos para a Saúde Pública Rural. Revista do Serviço Especial de Saúde Pública. 1948; 2(2):569-590.
- 8- Bastos, NCB. Educação Sanitária: fundamentos, objetivos e métodos. Rio de Janeiro: Fundação Serviço Especial de Saúde Pública; 1963.
- 9- Serviço Especial de Saúde Pública. Boletim do SESP. Educadores e sanitaristas. 1945; 22:p.3-4.
- 10 – Bastos NCB, Silva, OJ. Programas educativos nas Unidades sanitárias do Serviço Especial de Saúde Pública. Revista do Serviço Especial de Saúde Pública. 1953; 6(1):219-284.
- 11- Serviço Especial de Saúde Pública. Boletim do SESP. Conseqüências da falta de educação sanitária. 1944; 9:4.
- 12- Figueiredo RED. Cuidando da saúde do vizinho: as atividades de antropólogos norte-americanos no Brasil [dissertação]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 2004.
- 13- Agra KLO. Tradução e representação da Amazônia. Biblioteca on-line de Ciências da Comunicação. Disponível em: www.bocc.ubi.pt. Acesso em: 30/06/2007. 2006
- 14- Oshiro JH. Educação para a saúde nas instituições de saúde pública [dissertação]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 1988.
- 15- Bastos NCB. A Educação Sanitária nos Programas de Saúde Pública. Revista do Serviço Especial de Saúde Pública. 1958; 10(1):633-654.
- 16- Bastos NCB, Grossman J. Métodos, técnicas e meios na Educação Sanitária de Adultos. Revista do Serviço Especial de Saúde Pública. 1958; 10(1):313- 324.

- 17- Fausto MCR. Dos Programas de Medicina Comunitária ao Sistema Único de Saúde: uma análise histórica da atenção primária na política de saúde brasileira [tese]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social; 2005.
- 18- Serviço Especial de Saúde Pública. Boletim do SESP. Notícias pessoais. 1944; 7:7-8.
- 19- Serviço Especial de Saúde Pública. Boletim do SESP. Uma cruzada de saúde. 1945; 22:10-11.
- 20- Serviço Especial de Saúde Pública. Boletim do SESP. Filosofia de um Educador Sanitário. 1951; 8:1.
- 21- Serviço Especial de Saúde Pública. Boletim do SESP. Diretrizes para a Educação Sanitária nas unidades do SESP. 1951; 11:1.
- 22- Serviço Especial de Saúde Pública. Boletim do SESP. O papel da visitadora sanitária. 1947; 46:1-2.
- 23- Serviço Especial de Saúde Pública. Boletim do SESP. Diretrizes para a Educação Sanitária nas unidades do SESP. 1951; 10:1.
- 24- Serviço Especial de Saúde Pública. Boletim do SESP. Resenha das realizações do Serviço Especial de Saúde Pública. 1948; Número especial.
- 25- Pinheiro EC et al. Utilização do diafilme sonorizado como meio de educação sanitária em pequenas localidades e áreas rurais do Brasil. Revista do Serviço Especial de Saúde Pública. 1948; 2(2):917-940.
- 26- Manceau JN, Pinheiro EC, Silva OJ, Moraes NLA.. A palestra como meio de Educação Sanitária nas áreas rurais da Amazônia. Revista do Serviço Especial de Saúde Pública. 1948; 2(2):713-724.
- 27- Serviço Especial de Saúde Pública. Boletim do SESP. Filmes de Walt Disney. 1944; 9:5.
- 28- Rosa FTRS. A aliança e a diferença: uma leitura do itinerário intelectual de Charles Wagley [dissertação]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 1993.
- 29- Bastos NCB, Grossman J, Medina CA. Avaliação de material de Educação Sanitária. Revista do Serviço Especial de Saúde Pública. 1958; 10(1):293-312.