



Revista Brasileira de História

ISSN: 0102-0188

rbh@edu.usp.br

Associação Nacional de História
Brasil

Franco Reis, José Roberto

"É o doutor que vem aí!": guardas sanitários, relações de trabalho e formação de
identidade (décadas de 1930 e 1940)

Revista Brasileira de História, vol. 36, núm. 71, enero-abril, 2016, pp. 57-79

Associação Nacional de História
São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=26346203004>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

“É o doutor que vem aí!”: guardas sanitários, relações de trabalho e formação de identidade (décadas de 1930 e 1940)

“Here comes the Doctor!”: sanitation guards, labor relations, and the formation of identity (1930s and 1940s)

José Roberto Franco Reis*¹

RESUMO

Neste artigo nos debruçamos sobre trabalhadores da saúde atuantes nas décadas de 1930 e 1940, mais exatamente a pequena ilha dos auxiliares de saúde identificados como guardas sanitários (embora nem sempre apareçam com esse nome), com o propósito de problematizar e investigar aspectos relevantes relacionados à identidade desses trabalhadores, sua relação profissional e seus processos formativos. Nosso objetivo geral é procurar responder a algumas questões básicas, a nosso ver negligenciadas na hoje vasta literatura que aborda a saúde em perspectiva histórica. Afinal, quem eram esses trabalhadores? Que formação recebiam? Que identidades assumiam na perspectiva de estabelecerem solidariedades, lealdades em geral e sentido de agregação social?

Palavras-chave: trabalhadores da saúde; guardas sanitários; identidade; relações de trabalho.

ABSTRACT

In this article we focus on the health workers in the 1930s and 1940s, more exactly the small island of health auxiliaries identified as sanitation guards (although they do not always appear with this name), with the purpose of problematizing and investigating aspects related to the identity of these workers, their professional relations, and their training processes. Our general aim is to answer some basic questions, which in our view have been neglected in the vast literature which deals with health in a historical perspective. Who were these workers? What training did they receive? What identities did they assume in the perspective of establishing solidarities, loyalties in general, and in the sense of social aggregation?

Keywords: health workers; sanitation guards; identity; labor relations.

* Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV) – Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Rio de Janeiro, RJ, Brasil. zerobertofrancoreis@gmail.com

Os médicos e engenheiros constituem os principais elementos superiores dos serviços de saúde pública ... É óbvio, porém que, tal qual num exército, não se compreende um efetivo composto apenas de oficiais, também na saúde pública, os funcionários técnicos graduados necessitam ser assistidos por auxiliares em número suficiente e com preparo adequado, constituído pelas enfermeiras de saúde pública, educadoras ou visitadoras sanitárias, técnicos de laboratório, inspetores ou guardas etc., para não falarmos no pessoal burocrático, não especializado, atributos de qualquer organização.

Souza; Vieira, 1936, p.24

A epígrafe, dos proeminentes sanitaristas Borges Vieira e Paula Souza, atuantes nas décadas de 1920 e 1930, ainda que saliente o lugar “superior” de médicos e engenheiros nos serviços de saúde pública, atesta também a importância e a necessidade da assistência de outros tipos de trabalhadores, sem os quais tais serviços ficariam absolutamente comprometidos, mas que, de modo geral, são muito pouco valorizados, tanto na produção acadêmica que se tem debruçado sobre a temática geral da saúde quanto no processo mesmo de organização de serviços sanitários: os genericamente chamados “auxiliares da saúde pública”,² constituídos por visitadoras sanitárias, guardas sanitários, técnicos de laboratório etc. Desvalorização que, de certo modo, repercute uma hierarquia até hoje muito presente no campo da saúde, em que os médicos exercem um lugar de autoridade e supremacia sobre os outros profissionais da saúde, particularmente – embora não só (ver o chamado *Ato Médico*) – diante daqueles que apresentam uma formação menos qualificada, vale dizer, não universitária. Atuando como auxiliares diversos, subordinam-se, tanto ontem como hoje, à autoridade do médico, vale dizer, dos “elementos superiores dos serviços de saúde”, nos termos dos sanitaristas citados, mas exercem funções cada vez mais ampliadas e decisivas como, por exemplo, os Agentes de Combate a Endemias (ACEs) e os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) na Estratégia Saúde da Família (ESF), principal programa brasileiro de atenção básica à saúde na atualidade.³

Da mesma forma, pode-se dizer que ao longo da história dos cuidados à saúde no Brasil, tais trabalhadores auxiliares foram fundamentais para dar conta dos inúmeros desafios postos para o devido enfrentamento da questão – notadamente no campo da saúde pública – nos mais variados momentos e

circunstâncias da nossa trajetória histórica. Seja o chamado *mata-mosquitos* no contexto da ação sanitária de Oswaldo Cruz no começo do século XX, sejam os guardas sanitários, trabalhadoras da enfermagem e/ou visitadoras sanitárias nas diversas campanhas de saneamento dos sertões brasileiros nas décadas de 1920 a 1940, nomeadamente nos programas de intervenção sanitária organizados pela Fundação Rockefeller e pelo Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), tanto nas áreas rurais com os diversos Serviços Nacionais (de Malária, da Febre Amarela, da Peste etc.), quanto nos centros e postos de saúde urbanos e rurais aqui implantados durante esse período. Também nos programas de saneamento e educação sanitária empreendidos pelo Serviço Especial de Saúde Pública (Sesp), que se instala no Brasil no início dos anos 1940 e aqui exerce um papel de grande importância ao implantar uma verdadeira “rede de serviços básicos coordenados e integrados” de saúde (Mello; Vianna, 2011, p.1142), era indispensável contar com o “exército” de auxiliares de saúde.

Entretanto, com exceção das visitadoras e/ou educadoras sanitárias e das que exerciam funções subalternas na enfermagem, paira certo silêncio na historiografia da saúde brasileira sobre tais personagens, mencionados sempre, mas pouco estudados na sua dimensão de trabalhadores da saúde com interesses e identidades coletivos, particularidades profissionais face ao exercício de um mesmo ofício e possível sentimento de pertencimento diante de um conjunto de valores, práticas e saberes comuns. Mesmo as educadoras ou visitadoras sanitárias geralmente são tratadas muito mais nos estudos que abordam a introdução da enfermagem no Brasil, com destaque para o papel das enfermeiras, às vezes com certo olhar sobre questões de gênero e sobre a importância delas nos processos de educação sanitária, vistas no papel de “mensageiras da higiene”. Muito menos na perspectiva própria da história do trabalho, no sentido de capturar suas identidades coletivas, expectativas profissionais, conflitos e agregação de interesses como trabalhadoras de um campo profissional comum, na diversidade de funções que lhes são atribuídas.⁴

Nos importantes estudos que tratam do processo de formação de *trabalhadores técnicos de saúde*,⁵ em geral realizadas por pesquisadores da área da educação, elege-se o PPREPS (Programa de Preparação Estratégica de Pessoal da Saúde) e o Programa de Formação em Larga Escala, conhecido como *Larga Escala*, respectivamente das décadas de 1970 e 1980, como marcos da educação profissional em saúde no Brasil, momento em que se começaria a superar os meros treinamentos aligeirados até então vigentes (Pereira; Ramos, 2006). Sem discordar propriamente de tal periodização e do argumento que o justifica, e ainda que o objetivo explícito desses estudos não seja narrar a história mais

geral dos trabalhadores subalternos da saúde, e sim os seus processos formativos, o problema é que desse modo muitas vezes eles dão a impressão de que só a partir dos programas de qualificação mais institucionalizados e oficiais é que tais trabalhadores ganhariam direito à história. Até então, decorrência do desprezo e da desvalorização observados no tipo de formação – desqualificada e aligeirada – que recebiam, aligeiradas também acabam sendo a atenção que recebem de tais estudiosos, que de certo modo repercutem, no terreno da narrativa histórica, a desqualificação de que tais trabalhadores são alvo em termos formativos. Assim, apesar da ampla e importante literatura sobre o campo da saúde, com uma historiografia hoje pujante sobre o tema, facilmente constatável pela vastíssima bibliografia produzida, algumas lacunas permanecem. Como advertem Pires-Alves, Paiva e Hochman, “no caso brasileiro a linhagem de história dos trabalhadores e do trabalho que tem oferecido importantes interpretações sobre nosso passado recente, pouco tem dialogado com a história dos médicos, enfermeiras, visitadoras, farmacêuticos e outros profissionais da saúde” (2008, p.281).

Assim, nosso objetivo neste texto é refletir sobre os identificados genericamente como “profissionais da saúde”, notadamente a pequena ilha dos auxiliares de saúde no vasto mundo dos trabalhadores em geral. Neste caso, nos debruçaremos sobre os chamados guardas sanitários (embora nem sempre apareçam com esse nome), com o propósito de capturar alguns aspectos da identidade desses trabalhadores: quem são, que formação recebiam, que identidades de um modo geral assumiam na perspectiva de estabelecerem solidariedades, lealdades em geral e sentido de agregação social.

As perguntas que me incomodam desde quando iniciei minhas leituras sobre o tema são estas: o que explica a ausência de qualquer forma de associação entre esses trabalhadores, de falta de “cultura associativa” nos termos de Batalha (2004), seja com características recreativas, de mobilização política, caráter beneficente ou de auxílio mútuo, até o momento não identificados em nenhuma documentação ou trabalho sobre o tema? Que laços de solidariedade estabeleciam entre si? Que lealdades eram suscitadas pelo fato de viverem experiências comuns de trabalho? Que elementos conferiam sentido de agregação social a esses trabalhadores, portanto de alguma identidade coletiva? Submissão à autoridade médica, orgulho da função, busca de prestígio social ou *status*, estratégias pessoais de ascensão diante de situações hierárquicas e de grande insegurança, obstruíam ou inibiam as possibilidades de agregação social e de identificação coletiva? Peso das tradições paternalistas e clientelistas operando como *habitus*,⁶ nos termos de Bourdieu, ou *estruturas de*

sentimento,⁷ de acordo com Williams, sobre homens simples recrutados em áreas rurais atrasadas? Questões e dúvidas que nossa pesquisa pretende enfrentar, obviamente sem a pretensão de dar conta de todas elas, e aqui damos apenas os primeiros e arriscados passos.

Nesse caso, a perspectiva analítica aberta pelas reflexões de Mike Savage em torno da noção de *insegurança estrutural* (2004, p.33) como traço distintivo do processo de constituição das relações de classe vivido pelos trabalhadores no capitalismo, vale dizer, de “aguda incerteza”, na reprodução da vida diária, parece-me importante chave de leitura para tratar da situação dos guardas, porquanto sugere que, mesmo diante de relações de trabalho marcadas por fortes constrangimentos como parece ter sido a que envolveu sanitaristas e seus auxiliares da saúde – e o trabalho pretende mostrar isso – é tanto possível como necessário reconhecer a “enorme variedade de táticas que os trabalhadores pod[iam] escolher para cuidar de seus problemas” (ibidem). E logo a seguir acrescenta:

O dado básico da insegurança não implica forma específica alguma de desdobramento na consciência de classe ou na política expressas pelos trabalhadores. Não implica união do operariado, em detrimento de suas rivalidades internas. Mas reforça a necessidade de olhar para fatores contextuais que explicam como a própria carência geral dos trabalhadores em lidar com tal insegurança conduz a diferentes tipos de resultados culturais e políticos. (ibidem)

Quer dizer, “fatores contextuais” determinantes de certas “carências gerais” ou em outras palavras, “pressões estruturais” que possibilitam diferentes repertórios de ação, desde processos de “luta contra seus empregadores à formação de cooperativas, à demanda de amparo estatal, à tessitura de redes de apoio nas vizinhanças” (ibidem). Nos termos de Williams, “opções sobre pressão” (2011, p.328), ou seja, homens e mulheres que diante de contextos reais com fortes constrangimentos e possibilidades muito “restrita[s] de inserir sua própria ação”, de acordo com Thompson (2012, p.140) – “urgência esmagadora de relações e deveres” segundo o mesmo autor – procuram com forte senso de oportunidade, articular seus interesses e cuidar das suas vidas, tanto do ponto de vista coletivo como do individual.

Com o objetivo, pois, de enfrentar a questão, recortamos certo período histórico marcado por importantes ações no campo da saúde pública com seus programas de formação e recrutamento de “auxiliares de saúde”, no quadro mais geral de formulação de políticas que propunham intervir nesse campo

com forte viés de educação e prevenção, tendo em vista a necessidade de implementação de uma “consciência sanitária” nas populações assistidas. Referimo-nos ao período de vigência dos programas de saúde pública levados a cabo pelo Estado brasileiro nas décadas de 1930 e 1940 pelo Departamento Nacional de Saúde (DNS) – órgão subordinado ao Ministério de Educação e Saúde Pública (criado em 1930), depois Ministério da Saúde (de 1953) –, mas também por uma das agências sanitárias mais importantes do período, o Serviço Especial de Saúde Pública (Sesp), criado em 1942, no contexto do envolvimento do Brasil na Segunda Guerra Mundial e de aproximação aos Estados Unidos, mas que aqui permanece nas décadas seguintes, intensificando suas ações e exercendo um papel cada vez mais relevante. Tal recorte se justifica pelo fato de esse período, marcado pela atuação de Gustavo Capanema no Ministério da Educação e Saúde Pública, ser considerado, de acordo com Hochman, “o marco mais definitivo no processo de construção institucional da saúde pública” (2001, p.135), quando se definiu e consolidou a “estrutura administrativa que ... permaneceu quase inalterada até a criação do Ministério da Saúde em 1953 e, de certo modo ... até os anos 60” (ibidem). De fato, com as duas reformas realizadas na gestão Capanema, a de 1937 e, sobretudo a de 1941, se consagrou, de acordo com Fonseca, “um modelo de gestão em saúde pública que deixaria marcas nessa área durante décadas e do qual ainda somos herdeiros” (2007, p.244). Tal modelo, acrescenta a autora, teria sido

construído com base em uma forte centralização, hierarquização, normatização e controle sobre as tarefas executadas, o que possibilitou estabelecer os pilares de um projeto de universalização da saúde pública, uma vez que as atividades se destinavam a todas as parcelas da população. A partir de então assentaram-se as bases para a expansão dos serviços, para a identificação das necessidades mais urgentes no setor e para as estratégias de ação coordenadas em todo o território brasileiro. (ibidem)

Um ponto importante a destacar especificamente quanto à atuação dos guardas sanitários, nosso efetivo objeto de investigação, se refere à própria documentação disponível para observá-los. Além de alguns manuais voltados à sua formação⁸ e as instigantes imagens retratando-os em seu cotidiano profissional (Hochman; Mello; Santos, 2002), de modo geral o acesso a tais trabalhadores só tem sido possível (e foi esse o nosso caso) pela voz dos atores da saúde hierarquicamente superiores, os médicos sanitaristas e os agentes do poder público.⁹ Sendo assim, nos valeremos aqui fundamentalmente de textos

e artigos que apresentam as impressões e/ou olhares que importantes sanitaristas envolvidos nas ações sanitárias do período tinham sobre a atuação dos guardas, tendo em vista a proximidade que estabeleceram diante de atividades comuns de trabalho. Entretanto, a meu ver, tal situação não exatamente impediu que se pudessem encontrar evidências suficientes que nos permitisse revelar pelo menos alguns aspectos importantes acerca dos modos de existência e relacionamento social e profissional desses trabalhadores, ainda que, em função da especificidade da documentação, isso tenha exigido uma leitura atenta e cuidadosa de modo a capturar sentidos e significados presentes por vezes de maneira sutil nas entrelinhas dos materiais consultados. Afinal, como dissemos, nossos falantes serão, em boa medida, os médicos sanitaristas, ou seja, os tais “elementos superiores dos serviços de saúde pública”, que olhavam seus auxiliares de modo contraditório, às vezes com admiração e respeito, mas frequentemente com pouca tolerância, razoável desconfiança e sobretudo de cima para baixo.

TAYLORISMO SERTANEJO: MÉDICOS, GUARDAS SANITÁRIOS E RELAÇÕES DE PODER¹⁰

Para a execução do ambicioso projeto definido na reforma de 1941, cujo objetivo era “montar uma ampla rede de serviços de saúde e atingir todos os estados do território nacional de forma coordenada”, seria necessário um amplo “investimento na especialização e profissionalização das carreiras diretamente vinculadas à saúde” (Fonseca, p.244). Para tanto, apostou-se, de acordo com Fonseca, na formação de sanitaristas, com “carreiras em tempo integral e dedicação exclusiva ao serviço, aliadas à disponibilidade para viajar”, o que os consolidava como especialistas de “prestígio na carreira médica” e os alçava à condição de “lideranças e agentes implementadores das mudanças projetadas” (ibidem, p.245). No entanto, como vimos na fala dos sanitaristas Vieira e Borges, mencionada no início do texto, “tal qual num exército”, também na saúde pública os “elementos superiores dos serviços”, “funcionários técnicos graduados”, necessitavam ser assistidos por auxiliares em “número suficiente e preparo adequado”. Com isso assentia nada mais nada menos que o diretor do Departamento Nacional de Saúde (DNS), mentor da reforma de 1941, o sanitarista Barros Barreto, quando indicava, de acordo com Fonseca, que para o bom andamento da saúde pública, outras carreiras eram necessárias, como “técnicos de laboratório, dentistas, veterinários, enfermeiras, guardas sanitários,

práticos de laboratório e atendentes” (Fonseca, 2007, p.200). Afirmava, pois, que para estes também estavam sendo “realizados cursos de especialização em diferentes estados do Brasil, assim como se passou a exigir concurso para ingresso na carreira pública” (ibidem).¹¹

De modo geral, o processo de seleção e recrutamento dos guardas exigia a passagem por uma rápida formação técnica, com duração de um mês, que até o ano de 1938 teria formado em torno de 130 guardas (Fonseca, 2007, p.202). De acordo com Barros Barreto, o curso exigia conhecimentos variados que iam de

hábitos higiênicos, das condições gerais de construção, conservação e asseio de prédios e suas dependências, terrenos baldios, quintais, hortas, abastecimento de água e destino das águas da chuva e de esgoto; saneamento de barracões, habitações coletivas, casas de comércio de gêneros alimentícios, armazéns, escritórios, barbearias, casas de diversão, estábulos e cocheiras, terrenos baldios, jardins, quintais, hortas, capinzais e chácaras; princípios gerais de higiene da alimentação e normas administrativas dos serviços de polícia sanitária. (apud Fonseca, 2007, p.251)

Com efeito, o recrutamento desses auxiliares impunha cuidados especiais, tendo em vista as características e as exigências do trabalho a ser executado, particularmente frente ao fato de esses trabalhadores serem selecionados entre as próprias populações atendidas oriundas do ambiente rural brasileiro, em geral com baixa ou nenhuma escolarização. Analisando dois manuais produzidos pelo Sesp dirigidos tanto aos guardas sanitários quanto às visitadoras sanitárias, Teixeira salienta que estes guardavam “certa singularidade” porquanto seriam “voltados para a formação de formadores de hábitos” em meio a um processo necessário “de fabricação de seus próprios agentes nem todos comprometidos com os valores e normas que lhes orientam [os manuais], especificamente no que tange a internalizar (territorialmente e subjetivamente) as tecnologias sanitárias”. Salienta, ademais, que tais trabalhadores e trabalhadoras eram “arregimentados entre os moradores, a partir de um conjunto de pré-requisitos que envolviam desde escolaridade até atributos de personalidade”. E mais à frente sugere, notadamente em relação ao manual dirigido aos guardas, que dada a “complexidade das informações disponíveis” ele seria voltado para o instrutor e não para os guardas (2008, p.966-968).

Nos estudos que realizaram sobre a atuação dos guardas sanitários do Serviço Especial de Saúde Pública (Sesp), Vilarino e Genovez salientam, de

modo semelhante, que o trabalho destes era visto como fundamental para a aceitação, por parte das populações assistidas, das “novidades sanitárias que em seu nome [do Sesp] divulgavam”. Sendo assim, concluem que para o “êxito” das intervenções realizadas, “alguns requisitos deveriam ser atendidos: uma boa orientação para os guardas sanitários e o seu próprio convencimento sobre o valor do saneamento e da higiene, pois muitos destes funcionários provinham da própria comunidade” (2009, p.8-9).

Tratando das exigências para a seleção dos guardas que iriam atuar no Serviço Nacional da Peste, o sanitarista Celso Arcoverde de Freitas comenta:

Nós selecionamos os guardas pela idade, nunca com menos de 20 ou 22 anos – gente nova, mas não demais – ou acima de 35 anos. Por quê? Porque o trabalho é muito duro na zona rural. É andar a cavalo, andar a pé, passar a semana inteira fora e só ir para casa no fim de semana. O indivíduo vai, passa um, dois, três, quatro, cinco anos, se casa e aí vem complicação. Tem a família, tem o filho, já não quer mais ser transferido de um distrito para outro, e isso já é problema que o administrador sanitário tem de resolver. É a questão da estrutura dos grupos de guardas sanitários treinados. Todo guarda tem que saber ler, escrever, fazer as quatro operações, porque ele tem que escrever; tem que fazer a parte estatística e tal. Agora, eles eram treinados por nós mesmos no campo. (apud Fonseca, 2007, p.203)

Todavia, conforme se observa nesse mesmo depoimento, os processos de formação dos guardas também se realizava na prática diária do serviço, pois como diz o sanitarista, “eram treinados por nós mesmos no campo”. De qualquer modo, talvez outros critérios também precisem ser elencados na seleção desses trabalhadores, critérios pouco explícitos, até mesmo ocultos, mas indispensáveis para o bom desempenho das atividades de saneamento nas áreas rurais, sem o que os “elementos superiores dos serviços de saúde pública” teriam dificuldades em realizar seu valioso trabalho. Neiva Cunha em seu instigante trabalho sobre as viagens e campanhas desenvolvidas pelos sanitaristas durante as décadas de 1930 e 1940, sugere isso ao observar, com base na narrativa daqueles que eram ligados ao Serviço Nacional de Peste, que em regiões bastante interiorizadas do Brasil, quando se deixava as estradas principais e trilhava-se por caminhos vicinais só percorridos a pé ou em lombo de cavalo,

os guardas-sanitários e o motorista atuavam sempre como guias, por serem geralmente pessoas arregimentadas na própria localidade e conhecerem bem a região. Eram eles que orientavam quanto à melhor decisão a ser tomada, por exem-

plo, com relação a escolha de um bom animal para continuar a viagem. Eram também eles que indicavam o melhor caminho a ser seguido. A importância da escolha dessa espécie de ‘mateiro’ era decisiva para o bom andamento da viagem. (2005, p.172)

De qualquer modo, ao contrário do que poderia sugerir uma leitura às vezes apressada da capacidade desses trabalhadores – tendo em vista as suas origens no iletrado e atrasado mundo rural brasileiro – isso parece não ter impedido que alcançassem uma boa formação, porquanto a importância e a qualidade do trabalho dos guardas têm sido bastante reconhecidas, fato que se pode observar tanto nos relatos e depoimentos dos sanitaristas quanto nos trabalhos que analisam os resultados de certas ações sanitárias. Hochman e colaboradores, por exemplo, no estudo que realizaram sobre o combate ao mosquito *Anopheles gambiae* na campanha empreendida pelo Serviço Nacional de Malária do Nordeste (SMNE) de 1939 (criado sob os auspícios da Fundação Rockefeller), afirmam: “Cada Zona foi confiada a um guarda do serviço antilavário que a percorria semanalmente, tratando das coleções d’água, quer apresentassem ou não larvas”. E mais adiante concluem:

O controle da eficiência do trabalho realizado era feito pelos guardas a partir de rigorosa pesquisa de larvas em todas as coleções d’água. No final de 1941, em função dos *excelentes resultados obtidos*, a utilização do verde-paris foi gradualmente suspensa nas áreas consideradas livres da presença do mosquito até a total extinção do serviço antilavário no primeiro semestre de 1941. (Hochman; Mello; Santos, 2002, p.246, grifos meus)

Se acompanharmos a rotina do Serviço Nacional de Febre Amarela (SNFA), a participação dos guardas-sanitários também se mostra imprescindível, conforme relato do sanitarista Fausto Magalhães da Silveira. Tratando das atividades de visita domiciliar, base de atuação do SNFA no combate ao *Aedes aegypti*, fica claro que o trabalho dependia muito da ação qualificada dos guardas sanitários. De acordo com Silveira,

O que eu sei é que existia um rigor muito grande no trabalho do guarda, inclusive o guarda visitava, em média, 500, 700 casas por semana. No centro da cidade que tinha muito sobrado podia abaixar até pra 300 e tantos. Mas tudo isso era feito com tal rigor, que inclusive em algumas áreas, nós cronometrávamos o tempo de permanência do guarda em cada visita ... O guarda visitava, vasculhava tudo e ia logo eliminando os focos por ventura existentes. E essa turma que fazia

esse levantamento na zona rural, tinha a dupla função de guarda larvário e guarda capturador. (apud Fonseca, 2000, p.397)

E mais adiante comenta:

Porque existiam guardas no serviço que eram verdadeiros artistas! E eu ficava admirado com aquilo e dizia comigo mesmo: “Eu sou incapaz de fazer um serviço desse!”. O sujeito chegava numa cidade assim de porte médio, pra começar do nascente, fazia a coisa *com uma precisão tal* que de posse daquele mapa, você saía e verificava que era rigorosamente o que estava retratado no mapa feito pelo guarda. Tinham uns sujeitos *altamente* capacitados. É bem verdade, todos eles eram guardas especializados, eram guardas-chefes e que se deslocavam todas as vezes que o Serviço queria organizar esse serviço de polícia de foco em determinadas áreas rurais. (ibidem, p.398, grifos no original)

O que se observa aqui, de forma cristalina, é o reconhecimento do importante papel dos guardas sanitários no combate à febre amarela, com a ressalva, plena de admiração, de que o trabalho era realizado com muita “precisão” por “sujeitos altamente capacitados”, vistos então como “verdadeiros artistas”. Mas é importante assinalar também outro aspecto: a indicação sutil, mas preciosa e reveladora da subordinação e do controle a que os guardas estavam submetidos diante dos médicos sanitaristas, que tinham o poder de verificar se o que estava retratado no mapa era o que “rigorosamente” havia sido executado, até mesmo com o controle detalhado do tempo de trabalho dos guardas em cada visita que realizavam. Ademais, segundo os próprios médicos, estes tinham autoridade e poder para demitir seus auxiliares de forma imediata, sem direito a “conversa para explicar coisa alguma”, como se observa nestes depoimentos:

Por que planta atualizada? Pra você saber o roteiro dos guardas, onde eles podiam ser encontrados ... um sujeito chegar num serviço desse, olha pro mapa, você sabe a localização de *todos* os guardas, né? Você sai dali se não encontrar aquele, ele tá perdido. (Silveira apud Fonseca, 2000, p.398, grifo no original)

E em outro momento afirma:

Aqueles guardas, cada grupo, digamos de seis ou sete tinha um guarda-chefe. E existia o guarda-chefe geral. Não havia possibilidade de o guarda registrar atividades que não tivessem sido realizadas, porque além do controle do itinerário, nós usávamos um formulário que o guarda era obrigado a assinar e datar, sobre a

sua passagem. E eles sabiam perfeitamente que se por ventura quisessem ‘emprenhar’ as visitas deles, registrando duas idas em semanas subsequentes que não haviam feito, facilmente seriam identificados pelo inspetor ou pelo médico. *Em casos assim a dispensa era imediata*, não tinha nem conversa para explicar coisa alguma; era indesculpável. (ibidem, p.397, grifo meu)

Acompanhando, nos estudos que realizaram, o relato de dois agentes de saúde atuantes nos programas de intervenção sanitária desenvolvidos nos anos 1940 na região de Governador Valadares, em Minas Gerais, Vilarino e Genovez confirmam em boa medida tal avaliação:

Os relatos dos dois funcionários acima mencionados coincidem na avaliação sobre o controle do Serviço, que segundo eles era muito organizado. O trabalho dos guardas ou agentes sanitários era supervisionado e cada um tinha um itinerário determinado, fichas próprias para preenchimento; andavam a pé ou de bicicleta e cobriam toda a cidade, indo também à zona rural. Havia muito rigor por parte dos diretores e qualquer desvio era punido com a suspensão do serviço, conhecida entre os agentes como “balão”. (2009, p.8)

O que se nota, pois, é que o respeito à hierarquia e ao determinado pelos superiores médicos era inegociável, o que, de acordo com Neiva Cunha, favorecia ou podia gerar uma clima de belicosidade ao mesmo tempo em que sugere uma relação de desconfiança entre guardas e sanitaristas, com os auxiliares buscando “emprenhar” visitas, “queimar” casas,¹² ou fazer um “registro fictício das atividades”, e os supervisores médicos criando normas e regras rigorosas para fiscalizar e punir os guardas (Cunha, 2005, p.224). De acordo como o médico Celso Arcoverde de Freitas,

Certa vez, Dr. Alves Bezerra inspecionando sem aviso prévio diversos sítios do distrito de Palmeira do Índios (AL) encontrou falha grave de ‘registro falso’. O guarda faltoso, ao chegar à porta das casas, simplesmente anunciava em voz alta: – ‘As ordens são as mesmas!’. Rodava nos calcanhares e ia em frente, repetindo o refrão nas casas por onde resolvia passar e assinar o boletim de visita, que era colocado no lado interno da porta da frente. No fim do dia, sem esforço, o nosso irresponsável guarda registrava nos boletins a produtividade exigida em serviço de campo. É evidente que a penalidade foi a demissão. (Freitas, 1988, p.65)

Pelo visto essa era uma característica antiga do modo como se teciam as relações entre os médicos e auxiliares da saúde pública. Analisando o Serviço de

Profilaxia Rural do Paraná, num período bem anterior ao nosso, entre 1916 e 1921, chefiada pelo médico Heráclides de Souza Araújo, a historiadora Beatriz Olinto observa que nos seus relatórios este sempre reiterava “a autoridade do médico sobre o guarda” tendo em vista a “necessidade de reforçar frequentemente o papel de cada categoria envolvida no projeto e deixar claros os limites da atuação dos guardas sanitários”. Segundo Olinto isso seria indicio de um “receio do médico em relação a estes últimos [guardas]”. E em seguida sugere:

Talvez uma falta de confiança na sua subserviência à hierarquia e à autoridade científica. Talvez por serem pessoas escolhidas entre os moradores locais, mais próximos dos pacientes, proximidade reforçada por visitarem as residências e ministrarem os medicamentos, o que poderia acarretar um reconhecimento como uma autoridade saneadora por parte da população local. Mas são apenas hipóteses. (2012, p.114-115)

Como se vê, parece que a relação de suspeição e desconfiança entre sanitaristas e guardas era bem antiga! Sendo assim, pois, cumpria aos primeiros a função de supervisão das atividades exercidas por seus auxiliares sanitários, empregando estratégias diversas como inspecionar “sem aviso prévio”, o que em geral assumia o sentido de uma rigorosa fiscalização, com a possibilidade de punição e, no limite, demissão sumária. E mais: o que o depoimento do médico Celso Arcoverde Freitas aponta é a presença de um embate tático entre guardas e sanitaristas, com os primeiros procurando driblar o trabalho e a vigilância dos sanitaristas e estes apurando seus métodos de controle e fiscalização. Aqui o que se observa é, para além de parceria e entrosamento no trabalho, uma forte relação de poder com bem pouca cumplicidade e o uso permanente de meios de controle e ameaça de punição, gerando uma situação de quase desespero dos guardas diante da presença dos médicos, conforme relata Fausto Silveira: “carro era coisa rara. Noventa por cento dos guardas ouviam aquele raro ruído de automóvel e diziam: É o doutor que vem aí! Você sabe que um guarda uma vez, viu o carro, tinha um muro... Ele estava fora do itinerário dele. Pulou o muro e quebrou a perna, o pé? Coisa terrível!” (apud Fonseca, 2000, p.398).

Chama a atenção este aspecto, em certa medida contraditório, da relação entre guardas e sanitaristas, pois ao mesmo tempo em que estes últimos reconheciam a qualidade e a importância do trabalho dos guardas, conforme já pudemos observar, pareciam nutrir também uma forte desconfiança com relação ao comportamento profissional dos seus auxiliares, o que os levava a

implementar modos de controle do trabalho cada vez mais severos e prescritivos, revelando, ademais, certo desprezo ou no mínimo pouca consideração pelo trabalho que os guardas desenvolviam, preteridos simbolicamente às vezes até por animais de carga. Note-se o depoimento bastante irônico do sanitarista Fausto Magalhães da Silveira, o mesmo que por diversas vezes teceu elogios à “precisão” do trabalho dos guardas, considerando-os “altamente capacitados”, “verdadeiros artistas” da profissão:

E aos poucos nós fomos invadindo a zona rural. As visitas ali eram feitas a jumento, a burro. Sempre achei que o Serviço de febre Amarela cometeu uma grande injustiça ao não prestar uma homenagem ao burro com uma estátua no meio do Brasil. Porque se não fosse o burro, o jumento, nós não poderíamos jamais ter erradicado o Aedes. Na cidade o serviço era feito, digamos, no ‘P2’. ‘P2’ era o pé do guarda [sanitário]: pá, pá, pá! Corre de um lado para o outro. (apud Fonseca, 2007, p.237)

Como se vê, mesmo com toda correria do guarda sanitário, a pé de um lado para o outro, quem o sanitarista julgava injustiçado, a ponto de merecer uma “estátua no meio do Brasil”, era apenas o valoroso jumento!

De acordo com Neiva Cunha, em trabalho já mencionado, havia um rol de procedimentos a serem cumpridos que se organizavam por etapas: iam da supervisão do trabalho (de desratização e antirratização, por exemplo, no caso do combate a peste), já realizado pelos guardas sanitários, ao momento de acompanhamento *in loco* do trabalho dos auxiliares, visando observar e corrigir a técnica por eles utilizada. Em seguida vinha a etapa de revisão, em que se verificava um ou dois dias depois o serviço realizado pelo guarda, sem a presença deste, anotando-se as falhas e dúvidas sobre o trabalho feito (Cunha, 2005, p.212). A supervisão também envolvia a própria equipe de guardas sanitários, por meio “do estabelecimento de ‘classes hierarquicamente superpostas’ – denominada supervisão piramidal” – que se estruturava da seguinte forma:

cada equipe de cinco guardas estava sob a supervisão de um guarda-chefe; e para cada cinco guarda-chefes havia um guarda-chefe inspetor, responsável por uma determinada zona de trabalho. Ao guarda-chefe inspetor cabia apresentar os dados relativos à área de trabalho sob sua responsabilidade e acompanhar o médico-sanitarista encarregado de supervisão. (ibidem, p.213)

Ivana Lowy, por sua vez, descreve em termos muito semelhantes o funcionamento do serviço de combate à febre amarela nos anos 1930, ainda sob

controle da Fundação Rockefeller – que ela aliás caracteriza como uma “versão sertaneja do taylorismo” – e que pouco deve ter se alterado com a sua transformação em Serviço Nacional subordinado ao DNS na reforma da saúde de 1941:

Rigorosa organização piramidal assegurava permanente fiscalização desses trabalhadores [empregados do serviço]. Os inspetores de zona eram controlados por inspetores de distrito; estes estavam sob a mira de um inspetor geral que, por sua vez, era controlado pelo diretor regional, via de regra um norte-americano. *Era possível localizar e seguir, com facilidade, cada inspetor já que os empregados do Serviço de Febre Amarela tinham a obrigação de hastear uma bandeira com a indicação de seu posto na casa que estivessem visitando.* Foi estabelecido um sistema complicado de registro e recolhimento de dados para se verificar o trabalho dos inspetores. Os de zona e de distrito preenchiam formulários que indicavam os progressos da erradicação efetuada a cada semana. O inspetor geral verificava se estavam de acordo os dados fornecidos (separadamente) pelos inspetores de zona e de distrito, e produzia dados estatísticos concernentes à área sob sua jurisdição. O diretor regional centralizava a papelada e conferia de novo todos os dados quantitativos. *O empregado que falsificasse um documento — se, por exemplo, incluísse em seu relatório diário ou semanal casas que não tinha visitado — era demitido imediatamente.* (Lowy, 1988-1989, p.660-661, grifos meus)

De certo modo, o que tal modelo “piramidal” de supervisão sugere – para além da dimensão de rigoroso controle e punição imediata mais uma vez salientados no comentário acima, expressão do poder médico inquestionável – é a presença, tal como salienta Cunha (2005, p.224), de uma hierarquia no interior das próprias equipes de guardas sanitários, estimulando certo clima beligerante, de vigilância e concorrência entre os auxiliares, com a instituição de procedimentos de autoridade e hierarquia intraequipes. O que talvez – me parece razoável supor – pudesse atuar como instância desagregadora, criando embaraços à afirmação de uma consciência de grupo e de um sentido de agregação social e identidade coletiva, ao mesmo tempo em que insinuava a possibilidade de estratégias individuais de ascensão social. Nesse caso, manifestação de lealdades verticais e obediência à hierarquia provavelmente se apresentassem como mais propícias para se alcançar posições favoráveis em termos de prestígio social e *status*. Afinal, para atingir a condição de guarda chefe e guarda chefe inspetor, era preciso ganhar a confiança do médico sanitарista – ser considerado, por exemplo, “altamente capacitado”, conforme relato já mencionado do sanitарista Fausto Silveira –, por conseguinte, angariar prestígio,

ascensão funcional e obviamente retorno social econômico. Em visita ao Serviço de Febre Amarela, nos anos 1930, o Dr. Morgan, médico do Ministério da Saúde Britânico, admirado com sua organização, assim o descreve em seu relatório:

todos usam uniforme do serviço que compreende túnica e calça de brim cáqui, lavável, um quepe pontudo com fita verde e o emblema do serviço e braçadeira verde. O uso deste uniforme é restrito e está sujeito a regulamentos federais que proíbem sua imitação ou uso por quaisquer corpos ou pessoas não filiados ao serviço. *Por consequência, os homens são conhecidos, o público os reconhece, e eles podem ser rastreados com facilidade pelos funcionários graduados do serviço no curso de suas tarefas de supervisão.* O sistema foi arquitetado nos mínimos detalhes, fazendo-se inclusive um turno de serviço experimental, com cronômetro na mão, de modo a se determinar o tempo exato que leva o inspetor para completar a inspeção, para que se possa saber, a qualquer hora de qualquer dia da semana, exatamente onde se espera encontrá-lo durante a sua ronda. Os inspetores realizam a sua inspeção exatamente da mesma maneira semana após semana, deslocando-se sempre na mesma direção e no mesmo passo, e assim o trabalho se torna tão automático e segue rotina tão exata que é reduzida ao mínimo a possibilidade de se deixar escapular possíveis lugares de reprodução e depósitos de larvas ou de falhar a detecção de mosquitos adultos. (apud Lowy, 1988-1989, p.661, grifos meus)

Novamente o que chama a atenção aqui é o nível pretendido de controle e de organização do serviço, até mesmo com a presença de uniformes específicos que rapidamente identificavam os trabalhadores e os tornava reconhecidos pelo público, o que ademais facilitava que pudessem ser “rastreados com facilidade pelos funcionários graduados”. Tal regime severo de trabalho levou a historiadora Ivana Lowy a caracterizá-lo como uma “versão sertaneja do taylorismo”. Muito interessante também o aspecto do “reconhecimento pelo público” quando se sabe que os guardas, em geral, eram recrutados nas populações locais, tinham muitas vezes relações de vizinhança com os grupos assistidos. Nesse caso, minha hipótese é que a exigência de uniforme com características militares e toda formalidade que tal exigência estabelecia na apresentação do funcionário quando em atividade, com efeitos simbólicos nada desprezíveis em termos de subsunção à hierarquia, talvez tivesse como objetivo, entre outras razões, afirmar a autoridade do guarda sanitário e ao mesmo tempo inibir possíveis intimidades e proximidades vistas como

indesejáveis ao bom andamento técnico do trabalho. De acordo com Fausto Silveira, a autoridade do guarda para visitar era indispensável:

Mas a visita domiciliar era o ponto básico, fundamental, que possibilitou a erradicação do *Aedes aegypti*. Sem essa autoridade de visitar, não só no serviço de captura, como no serviço de polícia de foco, a periferia das casas, mas *dentro* das casas, teria sido totalmente impossível ... Hoje os guardas sanitários não têm nenhuma autoridade para penetrar na casa de ninguém. (apud Fonseca, 2000, p.398, grifo no original)

Vilarino e Genovez, por sua vez, com base no depoimento de um guarda sanitário que, segundo as autoras, teria trabalhado por “décadas no serviço”, indicam algo semelhante: “alguns moradores ficavam receosos ou mesmo não gostavam de receber os agentes sanitários por vergonha ou desconforto com a presença deles em suas moradias. Nesses casos, eram instruídos a falar com autoridade a fim de convencer o morador” (2009, p.162).

Entretanto, é possível supor também que se procurasse evitar o estabelecimento de relações mais próximas geradoras de cumplicidades e vínculo dos auxiliares com as populações atendidas (e vice-versa) e não com os “elementos superiores dos serviços de saúde pública”, vale dizer, médicos e autoridades sanitárias. Neiva Cunha, por exemplo, chama a atenção para a “resistência e recusa das populações às novas normas e medidas impostas pelo sistema de práticas sanitaristas” porquanto isso exigia adesão ao que ela chama de “novas premissas da *cosmologia do sanitarismo*”, vale dizer, um “conjunto de valores que se traduz ... em novos hábitos e costumes da população” (2005, p.223). Uma espécie de “pedagogia iniciática”, nos termos da autora, que em alguma medida assumia uma “dimensão belicosa” entre as “equipes responsáveis pelas ações de Saúde Pública e as populações locais” (ibidem, p.224). Nesse caso, tal tarefa pedagógica caberia sobremaneira aos sanitaristas, especialistas munidos do arsenal de conhecimentos necessários ao “enfrentamento das forças responsáveis pelos infortúnios representados pelas doenças endêmicas que afligiam a população brasileira” (ibidem, p.223-224). No entanto, além de precisar convencer os próprios agentes de saúde – leia-se guardas e auxiliares afinal oriundos do mesmo universo rural a ser pedagogizado – dessa nova “cosmologia sanitária”, num processo já mencionado de “formação dos formadores de hábitos”, eram os auxiliares em geral que cumpririam, ao fim e ao cabo, as tarefas principais de contatar e atender diretamente as populações – no sentido de ministrar e operacionalizar as medidas necessárias de saneamento. Sendo

assim – não parece descabido supor – isso talvez pudesse gerar certa desconfiança e/ou mal-estar na relação entre sanitaristas e guardas, tendo em vista a proximidade destes últimos com as comunidades assistidas. Com efeito, como sugere ao meu ver corretamente Beatriz Olinto em texto citado pouco acima, como eram os guardas e subordinados que “visita[vam] as residências e ministra[vam] os medicamentos” é possível também que os médicos se preocupassem com o reconhecimento destes “como autoridade[s] saneadora[s] por parte da população local” (2012, p.114-115).

À GUIA DE FINALIZAÇÃO: CONSIDERAÇÕES (IN)CONCLUSIVAS

Analisando os depoimentos de importantes sanitaristas que entre os anos 1930 e 1970 atuaram pelo interior do Brasil, a historiadora Cristina Fonseca apresenta a seguinte conclusão:

O conjunto dos depoimentos aqui apresentados procurou destacar, como fio condutor da exposição, a presença do poder público no interior do país. Essa presença se viabilizava, como foi visto, através da *forte hierarquia institucional*, calcada em um modelo centralizador e pode ser constatada basicamente no *acompanhamento minucioso da execução dos serviços – exemplificado pelo controle do trabalho dos guardas sanitários*. (2000, p.409, grifos meus)

Diante de tudo que pudemos observar nos materiais consultados até o momento, vale dizer, de relações movidas por desconfianças, receios e ameaças latentes e recorrentes, com a exigência tantas vezes salientada de submissão férrea dos guardas à autoridade dos médicos – chega mesmo a impressionar o excesso de zelo dos sanitaristas por respeito à hierarquia e à severa obediência –, ou seja, de constrangimentos repetidos sobre um grupo de trabalhadores muito vulneráveis, com possibilidades muito restritas, se não nulas, de acionar recursos e apelar para agências sociais de proteção e mediação das relações de trabalho, creio ser bastante válido acompanhar as indicações presentes nas conclusões apontadas por Fonseca: forte hierarquia institucional com acompanhamento minucioso do serviço exemplificado pelo alto grau de controle do trabalho dos guardas. Com efeito, um dos aspectos que a meu ver salta aos olhos no material compilado é a constatação objetiva de uma situação profissional instável e insegura, assentada em uma “aguda incerteza” na reprodução da “vida diária” (Savage, 2004, p.33) – veja-se a frequente menção de que podiam ser sumariamente demitidos pelos seus superiores médicos, sem

“conversa para explicar coisa alguma” como diziam – além de fortemente hierarquizada e submetida a rígidos controles. Nesse sentido, a hipótese de identificar, por parte desses trabalhadores subalternos, estratégias de ação mais individuais de ascensão social – alcançar, por exemplo, a condição superior hierarquicamente de guarda chefe e guarda chefe inspetor e o que isso propiciava em termos de prestígio e resultado social e econômico – de uma vida quem sabe posta nos limites de necessidades prementes de sobrevivência – “urgência esmagadora de relações e deveres”, nos termos de Thompson –, parece-me em boa medida pertinente. Nesse caso, é possível sugerir que o comportamento mais adequado para se alcançar tais objetivos envolvesse a manifestação de lealdades verticais, bem como estrita obediência à hierarquia e à disciplina, o que em alguma medida podia favorecer ou servir de reforço à própria lógica de controle e autoridade determinada pela organização do trabalho, ou seja, o já referido “taylorismo sertanejo”.

Entretanto, ainda que possa ter sido assim, não me parece correto notar apenas esse aspecto – veja-se o embate tático saliente entre sanitaristas e guardas na execução do trabalho, com a implantação rigorosa de meios de controle por parte dos primeiros, muitas vezes burlados, ou na iminência de serem burlados, pelos segundos, por meio daquilo que era identificado como “emprenhar” visitas ou “queimar” casas. Embate tático, pois, revelador de outras lógicas de ação e relacionamento, nesse caso um tanto mais tensas e desafiadoras.

Além disso, é possível sugerir que por trás dos argumentos que justificavam certas medidas severas de controle do trabalho dos guardas, sempre referidas à busca de maior eficiência e de bons resultados técnicos na execução das importantes ações sanitárias, também se receasse o estabelecimento de relações mais estreitas de lealdade e vínculo dos auxiliares com seus vizinhos (e vice-versa) e não com seus superiores hierárquicos, médicos e mesmo funcionários mais graduados, como guardas chefes e inspetores, sobretudo se considerarmos o fato, várias vezes ressaltado na documentação, de que os guardas eram recrutados entre as populações assistidas, ou seja, eram “membros das comunidades atendidas ou tinham o mesmo perfil” que elas (Vilarino; Genovez, 2011a, p.166), o que parecia ser motivo de grande preocupação por parte dos sanitaristas.

Assim, ao menos no que se refere às contraditórias relações entre médicos e guardas (foco maior do nosso estudo), ao invés de vermos tais trabalhadores, homens simples do universo rural brasileiro, apenas ou sobremaneira como sertanejos brutos, rudes, sem capacidade de organizar interesses e afirmar objetivos próprios, como se aceitassem passivamente se submeter aos ditames da

autoridade médica – fato expresso pela ausência de processos associativos e de momentos mais reveladores de embates e afirmação de identidade coletiva até o momento não identificados –, é possível sugerir algo mais do que isso: observar enredos um tanto mais complexos de relações de poder, hierarquia e desigualdade frente à autoridade incontestada dos médicos com que os guardas tinham de lidar diariamente na execução do seu trabalho, e que, na medida das suas parcas possibilidades, procuravam manusear favoravelmente visando “cuidar dos seus problemas” (Savage, 2004, p.53). O que nos leva a propor, como comentário final, que se na singular experiência de trabalho vivida pelos guardas é correto apontar – tal como em inúmeros outros casos de trabalhadores subalternos em situações de forte vulnerabilidade e “insegurança estrutural” – a presença de elementos que denotam desagregação e dispersão social, parece-me válido também registrar a presença de outras lógicas de ação (Kirk, 2004; Batalha; Silva; Fortes, 2004, p.15) – ainda que difusas, incipientes e individuais – reveladoras de objetivos que, a seu modo, visavam colocar “o sistema a seu favor” (Ramalho; Esterici, 1996, p.86), para além, portanto, de um comportamento expressivo de uma recorrente e inescapável inércia.

REFERÊNCIAS

- BATALHA, Cláudio. Cultura associativa no Rio de Janeiro da Primeira República. In: BATALHA, C.; SILVA, F. T. da; FORTES, A. *Culturas de Classe*. Campinas: Ed. Unicamp, 2004.
- _____. ; SILVA, Fernando T. da; FORTES, Alexandre. Apresentação. In: BATALHA, C.; SILVA, F. T. da; FORTES, A. *Culturas de Classe*. Campinas: Ed. Unicamp, 2004.
- BOURDIEU, Pierre. *O poder simbólico*. Lisboa: Difel; Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1989.
- CAMPOS, André Luís V. de. Cooperação internacional em saúde: o serviço especial de saúde pública e seu programa de enfermagem. *Ciência & Saúde Coletiva*, n.13, 2008.
- CASTRO SANTOS, Luis Antonio de; FARIA, Lina. *Saúde e História*. São Paulo: Hucitec, 2010.
- CUNHA, Neiva Vieira da. *Viagem, Experiência e Memória: narrativas de profissionais de saúde pública nos anos 30*. Bauru: Edusc, 2005.
- FARIA, Lina. Educadoras e Enfermeiras de Saúde Pública: identidades profissionais em construção. *Cadernos Pagu*, Campinas, n.27, jul.-dez. 2006.
- FONSECA, Cristina M. O. *Saúde no Governo Vargas (1930-1945): dualidade institucional de um bem público*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2007.

- FONSECA, Cristina M. Trabalhando em saúde pública pelo interior do Brasil: lembranças de uma geração de sanitaristas (1930-70). *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.5, n.3, 2000.
- FREITAS, Celso Arcoverde de. *Histórias da peste e outras endemias*. Rio de Janeiro: PEC-ENSP, 1988.
- HOCHMAN, Gilberto. A Saúde Pública em tempos de Capanema: continuidades e inovações. In: BOMENY, Helena (Org.) *Constelação Capanema: intelectuais e política*. Rio de Janeiro: Ed. FGV, 2001.
- _____. ; MELLO, Teresa B. de; SANTOS, Paulo R. E. dos. A malária em foto: imagens de campanhas e ações no Brasil da primeira metade do século XX. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.9, suplemento, 2002.
- KIRK, Neville. Cultura, costume, comercialização e classe. In: BATALHA, C.; SILVA, F. T. da; FORTES, A. *Culturas de Classe*. Campinas: Ed. Unicamp, 2004.
- LOWY, Ilana. Representação e intervenção em saúde pública: vírus, mosquitos e especialistas da Fundação Rockefeller no Brasil. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.5, n.3, 1998/1999.
- MELLO, Guilherme A.; VIANNA, Ana Luiza d’Á. Centros de Saúde; ciência e ideologia na reordenação da saúde pública no século XX. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.18, n.4, 2011.
- OLINTO, Beatriz Anselmo. ‘Sem Ilustração’: a incapacidade das populações rurais na Profilaxia Rural no Paraná. *Revista Mundos do Trabalho*, v.4, n.8, p.102-123, jul.-dez. 2012.
- PEREIRA, Isabel; RAMOS, Marise N. *Educação Profissional em Saúde*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006.
- PIRES-ALVES, Fernando; PAIVA, Carlos Henrique A.; HOCHMAN, Gilberto. História, Saúde e seus trabalhadores: da agenda internacional às políticas brasileiras. *Ciência & Saúde Coletiva*, n.13, 2008.
- RAMALHO, José Ricardo; ESTERCI, Neide. A Resistência em campo minado. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, v.32, 1996.
- REIS, João José; SILVA, Eduardo. *Negociação e conflito: a resistência negra no Brasil escravista*. São Paulo: Companhia das Letras, 1989.
- REIS, Renata (Coord.) *Trabalhadores técnicos em saúde: formação profissional e mercado de trabalho*. Rio de Janeiro: Estação de Trabalho Observatório dos Técnicos em Saúde; Ministério da Saúde; EPSJV/Fiocruz, 2003.
- ROCHA, Heloísa Helena P. A educação sanitária como profissão feminina. *Cadernos Pagu*, Campinas, n.24, jan./jun. 2005.
- SAVAGE, Mike. Classe e História do Trabalho. In: BATALHA, Cláudio; SILVA, Fernando T. da; FORTES, Alexandre. *Culturas de Classe*. Campinas: Ed. Unicamp, 2004.

- SOUZA, Geraldo H. de P.; VIEIRA, Francisco B. Centro de Saúde 'eixo' de organização sanitária. *Boletim do Instituto de Higiene de São Paulo*, São Paulo: Imprensa Oficial do Estado, n.59, 1936.
- TEIXEIRA, Carla C. Interrompendo rotas, higienizando pessoas: técnicas sanitárias e seres humanos na ação de guardas e visitadoras sanitárias. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 2008.
- THOMPSON, Edward P. As peculiaridades dos ingleses. In: NEGRO, Antonio Luigi; SILVA, Sérgio (Org.) *As peculiaridades dos ingleses e outros artigos*. 2.ed. Campinas: Ed. Unicamp, 2012.
- VILARINO, Maria Terezinha B.; GENOVEZ, Patrícia F. A Cultura sanitária a partir da perspectiva da história oral: o Sertão do Rio Doce em suas múltiplas percepções tempo-espaciais. *História Oral*, v.2, n.14, jul./dez. 2011a.
- _____.; GENOVEZ, Patrícia F. Uma investigação sobre as condições e a natureza das relações entre uma Unidade de Saúde do SESP e a população de Aimorés/MG. In: XXVI SIMPÓSIO NACIONAL DE HISTÓRIA – ANPUH, 26., 2011, São Paulo. *Anais...* São Paulo: Anpuh, 2011b.
- _____.; GENOVEZ, Patrícia F. Memórias e Histórias do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) em Governador Valadares (1942-60). In: SIMPÓSIO NACIONAL DE HISTÓRIA – ANPUH, 25., 2009, Fortaleza. *Anais...* Fortaleza: Anpuh, 2009.
- WILLIAMS, Raymond. *Cultura e Materialismo*. São Paulo: Ed. Unesp, 2011.
- _____. *Marxismo e Literatura*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1979.

NOTAS

¹ Doutor em História Social, Universidade Estadual de Campinas (Unicamp).

² Segundo Heloísa Rocha, “auxiliares de saúde pública” era a terminologia utilizada nos “documentos do período para se referir não apenas às educadoras sanitárias, mas também às enfermeiras de saúde pública, visitadoras sanitárias, técnicos de laboratório, inspetores sanitários, guardas, dentre outros profissionais, cuja atuação subsidiava o trabalho dos médicos e técnicos especializados” (ROCHA, 2005, p.75).

³ Não são poucos os estudos que identificam algumas semelhanças nas características do trabalho dos ACS e de alguns agentes da saúde nos anos 1940 e 1950, particularmente no modelo de assistência do Sesp: “Já em seu modelo [do Sesp] havia uma figura – semelhante em alguns aspectos aos agentes comunitários de saúde – que era denominado visitador sanitário” (PEREIRA; RAMOS, 2006, p.32); “Os mediadores mudaram. Não temos mais guardas e visitadoras sanitárias, outros atores políticos assumiram esta posição: educadores em saúde (não mais sanitários), agentes comunitários de saúde, agentes indígenas de saúde e de saneamento” (TEIXEIRA, 2008, p.973).

⁴ Exceção deve ser feita aos importantes trabalhos de Faria (2006) e Castro Santos e Faria (2010).

⁵ Por trabalhadores técnicos de saúde, acompanhando definição de um importante estudo sobre a situação da formação profissional e do mercado de trabalho de auxiliares e técnicos da saúde, realizado pela EPSJV-Fiocruz e financiado pelo Ministério da Saúde, deve-se entender o “conjunto de trabalhadores que exercem atividades técnico-científicas no setor Saúde”, não tendo exatamente a ver com seu nível de escolaridade (REIS, 2003, p.13).

⁶ Bourdieu compreende o *habitus* como um esquema de percepção, apreciação e classificação do mundo social adquirido pelos indivíduos a partir de experiências vividas e internalizadas de acordo com certa inserção social, não exatamente redutíveis à condição de classe, mas que escapam à sua consciência – “uma disposição incorporada, quase postural” nos termos de Bourdieu –, coagindo-os a certa prática específica, embora não se deva por isso tomar tais indivíduos como meros efeitos de estruturas sociais (BOURDIEU, 1989, p.59-73).

⁷ O conceito de *estruturas de sentimento* foi desenvolvido por Raymond Williams no seu *Marxismo e literatura* e procura definir “uma qualidade específica de experiência e de relacionamento social” referidos a “significados e valores como eles são ativamente vividos e sentidos”. Intenta, pois, a nosso ver, articular as determinações advindas das condições materiais da existência (estruturas) e o modo como estas são tratadas e/ou vividas em termos da experiência afetiva dos sujeitos (sentimentos). Ou seja, do “pensamento tal como sentido” e do “sentimento tal como pensado” (WILLIAMS, 1979, p.134).

⁸ Ver a esse respeito o trabalho de Teixeira (2008), que empreende uma interessante análise baseada em dois manuais, produzidos pelo Sesp, voltados para a formação de Guardas sanitários e Visitadoras sanitárias.

⁹ De modo geral, os programas de história oral voltados para os trabalhadores da saúde pública, embora fonte valiosa de pesquisa, até agora têm privilegiado a memória de médicos e sanitaristas. Exceção deve ser feita aos trabalhos de Genovez e Vilarino sobre a atuação do Sesp na região do Vale do Rio Doce, Espírito Santo, que se valem de depoimentos de auxiliares de saúde em entrevistas constantes do Acervo do Núcleo de Estudos Históricos e Territoriais da Univale (ver: VILARINO; GENOVEZ, 2009; 2011a; 2011b).

¹⁰ Devo a expressão *taylorismo sertanejo* à historiadora Ivana Lowy que, no seu estudo sobre a Fundação Rockefeller, caracteriza o trabalho de organização do Serviço de Febre Amarela de “versão sertaneja do taylorismo” (LOWY, 1998/1999, p.661).

¹¹ Interessante observar a afirmação do diretor do DNS de que para os auxiliares da saúde, inclusive os guardas, também estavam ocorrendo “concurso[s] para ingresso na carreira pública”, o que nos leva a supor algum tipo de estabilidade ou proteção legal em termos laborais. Essa afirmação se choca com o recorrente comentário dos sanitaristas de que tais trabalhadores, especificamente os guardas sanitários, podiam ser demitidos sem mais delongas diante de qualquer deslize ou falta no trabalho considerada grave pelos seus superiores, como veremos ao longo do texto.

¹² “Queimar” uma casa era “deixar de trabalhar” certa residência, provavelmente registrando-a como inspecionada.

Artigo recebido em 25 de junho de 2015. Aprovado em 19 de setembro de 2015.