



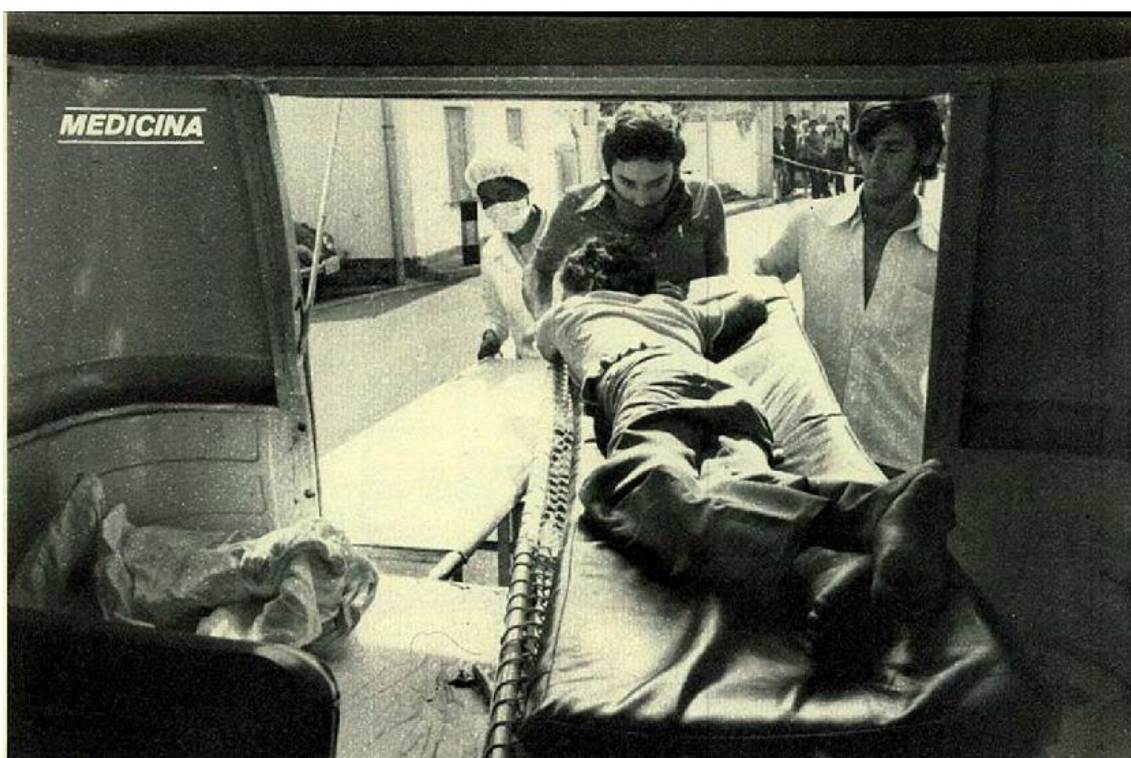
A Meningite e a visibilidade de um país enfermo: Imagens que doem, imagens que combatem nas tensões entre a imprensa e a saúde no governo Geisel (1974)

José Maxsuel Lourenço Alves

Universidade Federal de Pernambuco e Instituto Federal da Paraíba

Jmaxsuel17@hotmail.com

Introdução



Fonte: Acervo Digital da Revista Veja, 4 de setembro de 1974: 48.

Do interior de uma ambulância assiste-se a uma cena de pavor: mais um jovem febril, sonolento e com manchas vermelhas sobre a pele chega ao hospital. Uma epidemia que se alastrava pelas ruas periféricas da cidade, desde 1970, chegou às casas mais abastadas e atingiu o número alarmante de internamento 2.573 casos novos (36,35 casos por 100.000 hab.), apenas no mês de setembro de 1974. As informações sobre o avanço da doença foram repreendidas por mais de 3 anos (BARATA, 1988: 93). Enquanto isso, os mais lidos jornais do mundo noticiavam um surto epidêmico, enquanto no Brasil o silêncio imperava sob a mordada da censura, “que chegou a proibir artigos inteiros, prontos para serem publicados, apenas por conterem dados numéricos relativos ao

(83) 3322.3222

contato@coprecis.com.br

www.coprecis.com.br



processo epidêmico”, até que foi necessário ao Estado brasileiro admitir que no coração do “Milagre Econômico”, São Paulo, pulsava um sangue pestilento (BARATA, 1988: 109).

Na imagem utilizada para abrir a matéria de capa da Revista Veja, de 4 de setembro de 1974, vê-se um doente sendo retirado de uma ambulância por três pessoas. Abaixo da imagem há uma legenda que, como protocolo de leitura, chama a atenção do leitor para um fato: o “doente de meningite chegando ao hospital, em São Paulo, e recebido por um atendente sem máscara”. Deste modo, as três pessoas estão em três níveis de proteção de si, em relação ao perigo trazido por este doente. A mais distante, que segura a maca e está vestida com jaleco, toca e máscara, está corretamente protegida, enquanto o do centro improvisa uma proteção com um pano sobre o rosto enquanto o terceiro, talvez desavisadamente, simplesmente ajuda a carregar a maca com o doente, sem nenhuma proteção. Ora, que vontade de sensibilização impera nesta matéria agenciando uma imagem e uma legenda? Perseguindo a vontade de guiar a leitura através da legenda, inerente à publicação da revista, percebe-se que seu desejo é a provocação no leitor da sensação de que nem os profissionais dos hospitais estavam sendo cuidados para evitar o contágio da doença, quanto mais o resto da população. Neste caso, a afronta aos afetos é muito mais eficiente que a convocação da razão (esta poderia levantar outras hipóteses para explicar aquele acontecimento), alimentando com isto o medo, que já estava instaurado.

Nesse sentido, como o leitor comum da Revista Veja, que apenas recentemente teria tido o mau encontro com esta doença, uma vez que “a meningite não era doença de quem estuda em colégio particular”, como propagandeavam as grandes escolas privadas da cidade (BARATA, 1988:104), poderia sentir-se seguro diante do risco da peste? Como confiar na instituição de saúde se esta não assegura que seus próprios funcionários se protejam da doença? Em busca da notícia “quente” do dia, o fotógrafo Carlos Namba capturou um instante de vida provocador e com ele ganhou a imagem de abertura da matéria de capa desta semana, em consonância com o modo através do qual passou-se a fazer jornalismo na época, pois

Com a modernização da mídia, o metro mais rigoroso para avaliar a competência básica de um profissional tornou-se a sua aptidão em trazer da rua informações importantes e exclusivas. Como a rua – a sociedade – deixara de ter vez e voz, o endereço da informação passou a ser o gabinete (ALMEIDA & WEIS, 1998: 359).

Nesse sentido, os jornais e revistas tornaram-se lugares cada vez mais privilegiados quanto à possibilidade de circulação das informações e precisavam lidar com os militares numa relação de “morde e assopra”. Narravam-se os



eventos, mas era necessário ter muito cuidado quanto teor de criticidade que esta narrativa teria. Deste modo, a imagem fotográfica emergia como uma possibilidade privilegiada de “dar a ver” os acontecimentos, com algum nível de criticidade, e ao mesmo tempo de “deixá-la falar”, como um meio “objetivo” de transmissão da informação.

Assim, pelas suas características intrínsecas de “captura de um instante de vida”, a fotografia, para que fosse alvo da censura, precisava de uma avaliação diferente da que acontecia ao texto. O que não quer dizer que ela também não fosse silenciada em muitos casos, mas que ela tem um modo próprio de existir, capaz de provocar uma multiplicidade de afecções e leituras muito mais difíceis de censurar que a palavra escrita¹. Os jornalistas precisavam ter estratégias singulares para realizar seu trabalho de modo que ele passasse pela censura. Elementos como a tessitura de uma rede de favores que cosia/relacionava jornalistas, técnicos e militares e a censura prévia são fatores cada vez mais determinantes para a sobrevivência no ramo. Era necessário ao fotógrafo, trabalhar com o cuidado de, por um lado, garantir uma imagem provocadora, potente do ponto de vista da incitação do leitor da revista para a matéria e, por outro lado, dosar o sensacionalismo que a imagem poderia provocar.

Desse modo, imagens “fortes” demais, por exemplo, provavelmente não escapariam da censura. Namba que, conforme o site da revista Veja, trabalhou na revista entre 68 e 85, por exemplo, tinha como marca em suas fotografias a produção de imagens do “inusitado, o momento de intimidade do político e a imagem síntese”². Neste caso há o saber-fazer de um fotógrafo que teceu táticas próprias para produzir o seu trabalho. No caso da matéria em estudo, Namba venceu o medo do contágio, para fabricar a imagem, produzindo-a numa perspectiva bastante singular. No centro, há um corpo doente, uma evidência da epidemia, a materialização da doença exposta na “carne” de alguém, quase em sua privacidade. Enquanto isto, ao fundo, há um grupo de “curiosos” que espiam o acontecimento: a chegada do doente. A distância e a corda de isolamento funcionam como símbolos da segurança para o grupo, que assim como o leitor da revista, vê “a doença em sua intimidade”, com segurança. A Veja estava garantindo imagens ainda “quentes” e inéditas da epidemia para o leitor.

Metodologia

¹ Partindo-se do princípio que na maioria das vezes era necessário minimamente uma justificativa para tal. Apesar de necessárias, as justificativas nem sempre foram indispensáveis para que a vontade de um ou outro sensor imperasse, sem a necessidade de qualquer explicação.

²<http://veja.abril.com.br/blog/sobre-imagens/dedoc/carlos-namba/> acesso em 31 de agosto de 2014.



Mas talvez não seja nem o detalhe do grupo “em segurança”, nem os funcionários “em perigo” sublinhados pela legenda, ou mesmo o doente, protagonista da situação, a principal provocação da imagem. Há nela o rastro do medo e da dor em torno da doença. Há um agenciamento dos afetos do observador que não está em seus detalhes, mas em algo anterior, que atravessa a imagem em sua singularidade, em sua potência própria de acontecimento visual. Trata-se do que Didi-Huberman chama de sintoma, numa apropriação da especificidade semiológica deste conceito produzida por Freud,

é um acontecimento crítico, uma singularidade, uma intrusão, mas é também a instauração de uma estrutura significante, de um sistema que o acontecimento tem por tarefa fazer surgir, mas parcialmente, contraditoriamente, de modo que o sentido advenha apenas como enigma ou fenômeno índice, não como conjunto estável de significações. Por isso o sintoma é caracterizado ao mesmo tempo por sua intensidade visual, seu valor de estilhaço e por aquilo que Freud chama aqui a “dissimulação do fantasma inconsciente em ação” (2013:334-335).

Nesse sentido, a imagem produz um impacto não apenas através daquilo que ela evidentemente mostra e deseja mostrar, como o doente ou os funcionários do hospital. Seu impacto reside em sua capacidade de agenciar o medo e a curiosidade do observador a seu serviço através de uma “estrutura significante” que aparece, sem que ela seja o detalhe ou a protagonista da imagem. Uma estrutura que não conta uma história ou simboliza algo, mas que está ali, intrusa e dissimulada, atravessando a percepção do observador em sua intensidade aparentemente desnecessária para a legibilidade do fato que se quer narrar.

Não se passa impune do sintoma, mas ele não é uma coisa que vale em si mesma como o detalhe, ele é uma presença que se impõe ao resto da imagem sem necessariamente ter que significar algo e, ao mesmo tempo, ele transforma a maneira de olhar todo o resto. Neste sentido, que elemento da imagem teria esta característica de transformar nosso modo de ver, e ao mesmo tempo dissimular-se ao dar a ver o acontecimento narrado na matéria da revista?

Trata-se, portanto, do interior da ambulância. Namba sabia que não importava que imagem capturasse, pois de dentro da ambulância ele fotografaria algo que estava em consonância com as sensibilidades do período em função da epidemia. Há, portanto, a sapiência de um fotógrafo que numa só imagem produz dois enquadramentos. O primeiro, da própria câmera, captura o fundo do interior da ambulância, e que muito rápida e sorrateiramente provoca no observador o impacto visual de ver o segundo enquadramento: a abertura da porta da ambulância (situação inusitada, singular e ao mesmo tempo comum) e através dela (e da invasão da luz neste espaço escuro)



o doente, os funcionários e o hospital a partir do interior do veículo.

Esse veículo remete o observador à imaginação de uma situação de doença, de dor e desespero, e, ao mesmo tempo, uma heterotopia³ da administração do tempo (a emergência) e de um lugar móvel, que encurta o espaço entre a casa e o hospital, onde move-se a esperança de cura. Ela justapõe um hospital em movimento e um veículo que leva para o hospital. Ao mesmo tempo, ele não se coloca na imagem como símbolo, mas como lugar de perspectiva, como um direcionamento do olhar, como uma situação de onde se percebe o acontecimento que se quer narrar: a chegada de mais um doente com meningite ao hospital. O interior da ambulância não age por sua exposição própria, simplesmente, mas de seu lugar de situação-limite na administração do tempo para salvar uma vida, de abertura para o acontecimento da vinda do doente ao pronto-socorro e pela sua perspectiva de lugar (imprevisto) de onde se vê. É nesse sentido que a imagem é única. No “dar-se a ver” que lhe é próprio, ela continua seduzindo o observador (passados 40 anos) em torno da Epidemia de meningite que assustou o país. Ela arde ao tocar, mais uma vez, o real, especialmente porque quando a vemos, ela nos olha, atravessa nossa história de doenças, ambulâncias e hospitais; nossa empatia quanto à dor, nosso medo da morte.

Nossa sensibilidade é agenciada para a provocação de uma experiência singular que reúne a legibilidade/fuga da imagem, as memórias de outras situações dolorosas, da entrada em outras ambulâncias e da imaginação empática em torno da meningite. As fotografias não podem ser reduzidas a um conjunto de códigos que se dão a ler, elas são pinturas com luz, enquadramentos e perspectivas. Toda imagem se dá a ler, na medida em que com ela produzimos significados, mas ao mesmo tempo ela vaza, foge, joga, sussurra algo a mais. Diante da imagem não apenas reunimos códigos, pois vivemos uma experiência visual em que está em jogo aquilo que somos, especialmente aquilo que não compreendemos daquilo que

³Foucault constrói o conceito de Heterotopia para nomear certos espaços que foram construídos para serem lugares singulares da realização do desejo de “justapor em um só lugar real vários espaços, vários posicionamentos em si incompatíveis”. As heterotopias são espaços de sonhos/delírios que se materializaram e que funcionam no mundo como espaços singulares que, de algum modo, dão lugar ao que não tinha lugar, como os cemitérios: cidades criadas para ser a morada dos mortos, sendo os mortos, em si mesmos uma ausência presentificada pelo túmulo. Em sua discussão o autor diz que existem as utopias, para nomear os espaços de desejo que não possuem lugar no mundo. No entanto as utopias não são os únicos espaços de desejo, existem também aqueles que foram realizados e que em sua materialidade fabricam outras espacialidades, outras possibilidades de vida, estas são as heterotopias. O espaço teatral, por exemplo, é um lugar onde há a encenação de outros lugares, há a justaposição de outras vidas (atores e personagens). De modo diferente, mas também semelhante existem os hospícios como estes lugares onde a loucura é dita, vista, produzida e exposta em sua potência. Onde ao esconder a loucura é que ela se mostra. Em ambos os casos, foram construídos lugares que tornam possível a fabricação de outras espacialidades, de outras produções de sentido para a vida, o poder, os sentidos e sentimentos (FOUCAULT, 2006: 411- 422).



somos. Olhar uma imagem, neste sentido, é mais que ler - produzir significados-, é rasgá-la, in-compreendê-la, fugir dela e ser capturado. É “ouvir” um sussurro inaudito que borra a leitura, que liga a visão à memória, que mobiliza o corpo, que move o observador, para muito além do frio exercício de sua razão. Olhar esta imagem é se permitir o “contágio” com os medos, que estiveram em torno de uma epidemia que assustou o país e que contribuiu com a reorganização do modo como o serviço de saúde era planejado e executado.

Resultados e Discussão

Em torno da epidemia de Meningite, inúmeras questões foram levantadas. É causada pela falta de higiene e, portanto, seria culpa da própria população dita “desleixada”, especialmente a pobre, a situação de epidemia? Por que se deixou chegar a números extremamente altos de doentes para assumir-se a peste? De que modo evitar o contágio e curar-se? Que posição tomou o Estado em torno deste problema? Conforme discute Rita de Cássia Barradas Barata, em *Meningite: uma doença sob censura?*, o Brasil vivia um conjunto de circunstâncias favoráveis às doenças e sua disseminação. Pois,

Apesar do crescimento econômico vertiginoso, a política de ‘arrocho’ salarial, a repressão política, os movimentos migratórios, no sentido campo-cidade e norte/nordeste-sudeste, e o crescimento acelerado da periferia dos grandes centros urbanos compunham o pano de fundo das condições sócio-políticas e socioeconômicas favoráveis ao aparecimento e disseminação da epidemia (BARATA, 1988: 31).

Nesse sentido, o Brasil, e especialmente a cidade de São Paulo, era um tipo de Oásis para as doenças, um paraíso para sua multiplicação. Tome-se o caso da migração, extremamente incentivada pelo governo, como exemplo. O migrante, na maioria esmagadora dos casos, representa um grupo particular de risco, pois tem baixa imunidade para as doenças existentes nas grandes áreas urbanas, devido a sua própria trajetória de vida. Fatores como a mudança de clima, por exemplo, atravessam seu corpo e o torna frágil à invasão microscópica. Este fator é ampliado devido às precárias formas de inserção social deste sujeito, onde come pouco, busca emprego e vive em péssimas condições de moradia na periferia, dividindo o espaço com parentes e amigos que o acolhem como podem. No caso da meningite este fator torna-se ainda mais forte, devido ao seu modo de contágio, pois esta enfermidade se propaga através do contato próximo com o doente.



A questão da migração tornou-se um problema de saúde pública tão intenso que, a partir de 1975, passou a ser tema na V Conferência Nacional de Saúde, porque os grandes fluxos migratórios causavam “o agravamento das doenças endêmicas”, pois “o deslocamento de grande número de pessoas, sem o devido controle e orientação, poderiam resultar em exacerbação de doenças como esquistossomose, a doença de chagas e a própria malária” (Brasil, 1975: 42).

A esse respeito foram indicados como solução pelo grupo de trabalho a criação de “operações de migração dirigidas”, com seleção dos migrantes nas áreas de origem, fazendo inclusive a triagem e tratamento dos portadores de doenças transmissíveis”. Além disto indicou-se a vigilância epidemiológica das migrações espontâneas, através de “postos de controle estrategicamente localizados no roteiro dos migrantes e nas áreas receptoras” (Brasil, 1975: 45). Deste modo, em função da visibilidade em torno da epidemia paulista, o cuidado com o migrante ganhou lugar na pauta. Mas para que isto se tornasse possível, há uma longa trajetória da meningite a ser considerada. Neste sentido, a reação do Estado em relação à esta doença foi classificada por Barata em três fases. Entendê-las nos permite pensar tanto a forma como a imagem da revista apresenta a doença, o que tornou possível que fosse escolhida para produzir a notícia.

A primeira foi de negação da epidemia e produção de estratégias para “acalmar a população”, por exemplo, com a abertura de centros de saúde à noite. A ideia era de que não havia perigo, não havia necessidade de comoção em torno de uma “epidemia que não existe”. Entre 1970 e 1973, silenciou-se sobre a peste que se espalhava, sobre os números de mortos, de crianças contaminadas, enquanto a epidemia esteve focada nas regiões periféricas da cidade. Era necessário impedir que estes “murmúrios” estragassem a empolgação brasileira com o “milagre econômico”. Nesse sentido, os corpos doídos, os olhos demasiadamente sensíveis à luz, as peles rachadas e repletas de manchas vermelhas não cabiam nas estatísticas do desenvolvimento, até que a epidemia se expandiu pela cidade, passou a afetar bairros nobres e enumerar-se milhares de casos. Se aquela fotografia tivesse sido produzida neste momento, ela não teria sido publicada, pois era preciso além de silenciar, amordaçar os olhos diante da epidemia.

A partir da epidemia expansão pela cidade, houve uma segunda reação entre 1972 e 1974, pois admitiu-se paulatinamente a epidemia, mas tratou-se de representá-la como algo natural, que acontece em todo mundo, e que ao Brasil caberia rapidamente tratar. Desse modo, não seriam necessários os “alardes” dos jornais



e revistas, que continuavam sendo censurados por divulgar dados “desnecessários” à segurança, que apenas causariam pânico. Por isto, cabe ressaltar a potência própria da fotografia de Namba, pois em sua visualidade tática⁴ dizia a doença através de uma imagem, abrindo uma vereda de possibilidade do discurso jornalístico que, neste caso, conseguiu jogar com a censura. Ela dizia a doença sem afirmar a epidemia. Diante de nossos olhos, há a imagem de um doente e todo o perigo do contágio, mas nada nela dá a ler a morte de milhares. Uma revista que nasceu no seio da ditadura e articulou-se com uma parcela da sociedade civil (tanto seus produtores, quanto seus consumidores), não apresentaria imagens do risco coletivo que estava em curso. Ela corta e enquadra a dor e a possibilidade da morte em uma dose consumível pelo seu público e aceitável neste período pelo Estado, de um modo que comunicava o problema, informava sobre o risco do contágio, mas que não mobilizava para além disto. O isolamento do doente, neste sentido, provocava a vontade fazer o mesmo com o consumidor da imagem, como se dissesse– isolem-se, protejam-se, afastem-se. nada de agenciamentos coletivos, nenhuma revolta é necessária. A fotografia tornou-se possível pelas condições que a circundavam, pois antes de 1974 ela não viria a público e depois, ela não seria crível – seu efeito de mostrar o doente, mas não a epidemia, não aconteceria mais e ela não seria escolhida, uma vez que uma vez que a epidemia foi aceita, era preciso produzir outras imagens.

Assumiu-se a epidemia entre 1974 e 1975. A epidemia passou a exercer forte impacto pelo maior número de pessoas doentes e pela sua chegada a populações mais abastadas. O corpo fragilizado da criança doente da classe média paulista, por exemplo; seu choro, o desespero de seus pais passou a ser percebido pelos olhos estatais, com uma atenção bastante diferente, da que foi dada ao corpo das crianças da periferia (LANDMANN, 1983:85). Nessa perspectiva, o medo generalizado, passou a ser administrado com a propaganda das ações, que passaram a narrar a doença como um inimigo a ser combatido e criou-se instituições e medidas de grande visibilidade para estabelecer uma “guerra contra a meningite” (BARATA, 1988: 139). Entre estas medidas, a mais potente foi a campanha de vacinação, atravessada por essa representação do combate ao inimigo, sua contenção e extermínio. Assim. com os injetores *Ped-o-ject* em punho, os vacinadores participaram de um combate que tinha o corpo

⁴Na revista esta particularidade da imagem é tática, como ação de guerra, ação miúda, daqueles que num golpe, num estalo, num aproveitar da oportunidade toma algumas atitudes que agenciam um posicionamento próprio no espaço atravessado pelas estratégias de poder do “inimigo”, daquele que detêm o domínio (nunca total, mas uma relação de poder) do espaço conforme discute Michel de Certeau em sua apropriação do debate foucaultiano da história e da política como uma guerra constante (CERTEAU, 1994; FOUCAULT, 2010).



do brasileiro como trincheira. Fato que foi alimentado pela militarização do serviço de vacinação (o que é uma prática bastante antiga, que se intensificou após a segunda guerra e com a própria guerra fria), que através da “ordem e disciplina” da instituição militar, garantiria que tudo estivesse sob controle, à revelia da situação de caos vivida dentro e fora dos hospitais (BARATA, 1988: 190-191).

A epidemia de meningite, embora esta não tenha exclusividade nisto, provocou um movimento de abertura às representações dos problemas de saúde brasileiros. A doença, expunha as feridas do Brasil, abria um caminho de visibilidade para a miséria, para a fome, para uma lista gigantesca de carências que não tinham espaço dentro da circulação da imagem do Brasil potência. A Epidemia de Meningite mostrou que São Paulo, a principal cidade do Milagre Econômico, sofria de uma peste muito mais intensa que a inflamação das meninges, como é possível perceber na matéria do jornal O Estado de São Paulo, em 1 de agosto de 74, usada por Barata:

Os funcionários do hospital Infantil da Zona Norte enfrentam agora um novo problema: são crianças doentes de meningite, que receberam alta e não tem para onde ir. Seus pais não comparecem para ir buscá-las (...) por um motivo muito simples- sabem que no hospital elas são melhor tratadas do que em casa; lá pelo menos têm o que comer (1988:38).

O discurso jornalístico passou a “jogar” com a miséria da população. Com isto, tornava-se cada vez mais difícil sustentar a imagem de que o Brasil vivia uma fase singular de desenvolvimento e que a meningite era apenas um mal passageiro e curável, o único a ser combatido. Diante da matéria acima, como seria possível crer que, para recuperar o “estado de desenvolvimento”, bastava-se seguir as indicações dos centros de saúde, que aconselhavam uma alimentação balanceada para evitar a meningite?

Como se podia evitar contato muito próximo, especialmente com os doentes, se milhares de pessoas viviam em minúsculas habitações, onde dividiam camas, banheiros, e a pouca comida, etc.? Como esperar que numa cidade que recebia centenas de migrantes por semana, se garantisse boas condições de salubridade e de alimentação? As condições de vida em São Paulo produziam um retrato do Brasil e este era bastante fiel ao que se passava no resto dos lares brasileiros. Por outro lado, os mesmos jornais e revistas, foram instrumentos para divulgação da propaganda militar com as campanhas de vacinação, que ocorreram a partir de 1975, por exemplo. Numa relação tensa com os militares, a imprensa brasileira, especialmente aquela vinculada aos grupos estabelecidos que haviam apoiado o Golpe, viviam



uma relação entre “o chicote e o afago”, com a focalização de um só agente político: o governo (ALMEIDA & WEIS, 1998: 359).

Modernizado, o setor ora fazia seu papel de divulgar os acontecimentos e era censurado pelo seu teor como no caso da matéria da revista Veja, do dia 31 de julho de 74, que tratavam da superlotação do Hospital Emilio Ribas, com fotografias de colchões espalhados pelo chão, embora chamasse aquela de “uma epidemia de exageros”. Ora serviam à propaganda com a publicação de cartazes e de programas como os desenvolvidos pelo MOBREAL e pelas campanhas sanitaristas, que por seu caráter de aparente neutralidade, teciam uma “boa imagem” do Regime.

Além das condições de vida da população pobre, a epidemia de Meningite sacudiu a prestação dos serviços públicos de saúde. A quantidade gigante de doentes que diariamente procuravam os postos e hospitais, depararam-se com um serviço desarticulado, marcada pelo desencontro das informações, falta de comunicação entre as instituições bem como falta de estrutura física (hospitais, leitos, equipamentos) e profissional (de saúde como médicos e enfermeiros e de Administração, que não conseguiam coordenar as instituições de saúde e de educação diante do medo e da própria doença) para lidar com uma epidemia (BARATA, 1988:84). Percebeu-se com isto, que os postos de saúde sequer eram capazes de fazer o exame para detectar a meningite, tornando os hospitais os únicos lugares a serem buscados, alimentando o caos em um lugar que já vivia a desordem diariamente. Para tornar as coisas ainda piores, os hospitais privados

se eximiram de qualquer participação no combate à doenças infecciosas, uma vez que o controle dessas doenças é dever do Estado. Por sua vez, os órgãos públicos contavam com apenas um hospital destinado ao combate às doenças contagiosas [O Emilio Ribas], também localizado no centro da cidade e com quatrocentos leitos (BARATA, 1988: 85).

Nesse sentido, a epidemia provocou um movimento que deu visibilidade à falácia da associação entre a prestação de um serviço público em instituições privadas, o modelo que imperava no momento, pois conforme a constituição de 1967, portanto, criada no próprio Regime Militar, “o Estado deveria apoiar as atividades privadas; a atuação governamental seria apenas complementar aos serviços prestados pela medicina privada” (BERTOLLI FILHO, 2010: 54). No entanto, isso não implicou em uma transformação quanto à atitude do Estado, pois, em 74, “80 % dos recursos do FAS [Fundo de Apoio a Assistência Social], destinados à construção e instalação dos serviços de saúde, foram captados pelo setor privado” (BARATA, 1988: 92). O



que aconteceu foi sua integração ao Sistema, como propõe o Grupo de trabalho sobre o SNS na V Conferência Nacional de Saúde (BRASIL, 1975: 24)

Conclusões

Trabalhar com imagens do passado implica um anacronismo inelutável, pois se nos permitirmos afetar por ela, seremos olhos do presente, buscando ler o passado. O cruzamento dos tempos estará feito e nada o desmontará. Se a opção for o contrário, a do afastamento e do desejo de objetividade, por mais dissecada que a imagem seja, ela não arderá, não poderá provocar aquilo que ela tem de mais poderoso – exatamente de cruzar o tempo e fazer tocarem-se sensibilidades. É preciso portanto, assumir o risco, tocar a cinza da imagem antiga, e permitir que em nós ela produza a brasa. Nesse caso específico, é preciso pensar o que significa estar doente e ser levado ao hospital, considerar o medo da morte e a possibilidade do contágio. É preciso fazer da própria sensibilidade a matéria prima que dá a ler o tempo do outro.

Apenas a partir disto é possível considerar com a imagem e suas provocações tornaram-se possíveis, como elas emergiram em um determinado estado de coisas, como ela aconteceu. Problematizar isto é o nosso objetivo, e é na certeza da inconclusão na qual define todo aquele que trabalha com o estudo das imagens que entregamos este texto à leitura. Enquanto isto, do ponto de vista historiográfico, é fundamental considerarmos como a epidemia de Meningite expôs a condição precária do serviço de saúde brasileiro, sua articulação entre Estado e empresas privadas e a ineficiência e incapacidade de tal negociata. A epidemia provocou o governo Geisel a reposicionar as peças do tabuleiro da ditadura, na sua relação com o cuidado com a saúde, de modo tal que todo um sistema disso emergirá, o Sistema Nacional de Saúde – SNS, um sistema que será o antecessor do atual Sistema Único de Saúde.

Referências Bibliográficas

Acervo digital do Jornal O Estado de São Paulo. Várias edições. Disponíveis em:
<http://acervo.estadao.com.br/>

Acervo digital da Revista VEJA, várias edições. Disponíveis em:
<http://veja.abril.com.br/acervodigital/home.aspx>.



ALMEIDA, Maria Hermínia Tavares de Almeida; WEIS, Luis. Carro Zero e pau-de-arara: o cotidiano da oposição de classe média ao Regime Militar. In_ **História da vida privada** vol 4. Org. SCHWARCZ, Lilian Moritz.. São Paulo. Companhia das Letras. 1998: 319-409.

ALVES, José Maxsuel Lourenço. **As lições do “Dr MOBREAL”**: Apropriações Freireanas e educação sanitaria na escritura das cartilhas de alfabetização de Jovens e adultos (1970-1985).Campina Grande. Monografia em historia (BACHARELADO) pela UFCG, 2012.

_____. **Entre Vacinas e Canetas**: as apropriações dos saberes médicos nas publicações do Movimento Brasileiro de Alfabetização- MOBREAL (1970-1985). Campina Grande, Dissertação de Mestrado no PPGH da UFCG, 2015.

BRASIL. V Conferência Nacional de Saúde. 1975.

BRASIL. VI Conferência Nacional de Saúde. 1977.

BRASIL. VII Conferência Nacional de Saúde. 1980.

BARATA, Rita de Cássia Barradas. **Meningite**: Uma doença sob Censura? São Paulo, Cortez, 1988.

CERTEAU, Michel de. A Operação Historiográfica. In_ **A Escrita da Historia**. Trad. Maria de Lourdes Menezes. Rio de Janeiro. Forense Universitária,1982, p. 56-108.

_____. **A Invenção do Cotidiano1**: artes de fazer. Petrópolis, Vozes, 1998.

CUETO, Marcos. **O Valor da Saúde**: história da Organização Pan Americana de Saúde. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2007.

DIDI-HUBERMAN, Georges. **Diante da Imagem**: questões colocadas ao fim de uma história da arte. São Paulo, Editora 34, 2013

_____. A inelutável cisão do ver. In_ **O que Vemos, o que nos olha**. São Paulo, Editora 34, 1998: 29-49.

_____. **Quando as imagens tocam o real**. In_ Pós. Belo Horizonte, V 2, N° 4, 2012: 204-219

FOUCAULT, Michel. **Em Defesa da Sociedade**: Curso no College de France (1975-11976). 2° ed. São Paulo, Martins Fontes, 2010.

_____. Outros Espaços. In_ **Ditos e Escritos III. Estética**: literatura e pintura, música e cinema. Org. Manoel Barros da Mota. Rio de Janeiro, Fonrense Universitária, 2006: 411-422.

LANDMANN, Jayme. **Medicina Não é Saúde**. Rio de Janeiro, Nova Fronteira, 1983.