

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL
INSTITUTO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM HISTÓRIA**

**LUTO E SILÊNCIO:
DOENÇA E MORTE NAS ÁREAS DE COLONIZAÇÃO
POLONESA NO RIO GRANDE DO SUL (1910-1945)**

THAÍS JANAINA WENCZENOVICZ

PORTO ALEGRE

2007

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

Thaís Janaina Wenczenovicz

**Luto e silêncio: doença e morte nas áreas de
colonização polonesa no Rio Grande do Sul (1910-1945)**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em História da Universidade Católica do Rio Grande do Sul – PUCRS, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em História, sob a orientação da Profa. Dra. Núncia Maria Santoro de Constantino.

Porto Alegre, agosto de 2007.

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL
INSTITUTO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM HISTÓRIA**

**Luto e silêncio: doença e morte nas áreas de
colonização polonesa no Rio Grande do Sul (1910-1945)**

Banca Avaliadora:

Prof.^a Dra. Isabel Rosa Gritti – URI campus de Erechim

Prof.^a Dra. Lorena Almeida Gil – UFPEL

Prof. Dr. Paulo Afonso Zarth – INIJUÍ

Prof. Dr. René Ernaini Gertz – PUCRS

AGRADECIMENTOS

Contei com o auxílio de inúmeras pessoas e instituições ao longo do caminho que resultou no presente trabalho. Agradeço, em primeira ordem, à Profa. Dra. Núncia Maria Santoro de Constantino, minha orientadora, pelo apoio incansável e pela confiança que depositou na elaboração deste trabalho.

Minha consideração às sugestões apresentadas pela banca de qualificação, integrada pela Prof. Dra. Lorena Almeida Gil e pelo Prof. Dr. René Gertz, que contribuíram em grande escala para definir os rumos da pesquisa. Desde sua fase inicial, a pesquisa teve incentivo dos Professores Doutores Mário Maestri e Isabel Rosa Gritti, interlocutores de diversas discussões. Registro ainda minha gratidão aos docentes do Programa de Pós-Graduação em História e do Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul e, em parte, ao suporte financeiro da Capes.

Muitos foram os amigos que, de uma forma ou outra, prestaram auxílio ao longo desta solitária caminhada. Citar todos seria exaustivo, além de acarretar o risco de eventual esquecimento. Porém, não posso deixar de registrar meu reconhecimento a Beatriz Loner, Ernesto Cassol, Florence Carboni, Hemerson Luis Pase, Íride Kielek, Márcia Falkoski, Sara Corradi, Simone Zago e Rosângela Loebler.

Também não posso deixar de registrar meu agradecimento às famílias Falkoski, Rogalski e Wenczenowicz, que se colocaram à disposição, no curso de minha trajetória acadêmica, e aos amigos da Maranata.

De forma especial, ao João André, paciente e persistente companheiro. Agora estou voltando para casa.

SUMÁRIO

LISTA DE TABELAS	8
LISTA DE FIGURAS	9
LISTA DE MAPAS	10
RESUMO	11
RÉSUMÉ	12
CONSIDERAÇÕES INICIAIS	13
CAPÍTULO I – HISTÓRIA E HISTORIOGRAFIA DAS DOENÇAS	22
1.1 A temática em questão: enfermidade e corpo.....	22
1.2 História do cotidiano: movimentos teóricos.....	29
1.3 Outros caminhos: história oral.....	40
1.4 História das doenças	45
1.4.1 Corpo e doença na evolução histórica	48
1.5 História das doenças no Brasil	59
1.5.1 Doenças endêmicas e epidemias: um processo de evolução	64
1.5.2 Condição social e doenças: imigração polonesa.....	67
1.5.3 Corpo limpo, povo sadio	72
CAPÍTULO II – IMIGRAÇÃO POLONESA NO BRASIL	76
2.1 Polônia: movimentos históricos e políticos.....	76
2.1.1 Polônia: produção econômica e a terra.....	78
2.2 Movimentos migratórios	80
2.2.1 Movimentos da imigração polonesa para o Brasil.....	82

2.3	A presença polonesa no Rio Grande do Sul	83
2.4	O início da colonização nas Colônias Novas.....	88
2.4.1	Características da viagem empreendida	92
2.4.2	De viajantes a pequenos proprietários	93
2.4.3	A residência nos núcleos coloniais.....	94
2.4.4	Arquitetura e mobiliário polonês.....	96
2.5	Imigração e poder público	101
2.5.1	Companhias privadas.....	103
2.6	Vendas de terras no Alto Uruguai	105
2.6.1	Legislação e ocupação territorial.....	106
2.6.2	Disputas coloniais.....	109
2.6.3	Produção agrícola	
2.6.4	Colheita e demais produtos	117
2.7	Cultivo da terra e os alimentos	118

CAPÍTULO III – SAÚDE PÚBLICA E PRIVADA DURANTE O PROCESSO DE COLONIZAÇÃO POLONESA NO RIO GRANDE DO SUL.....122

3.1	A saúde no Rio Grande do Sul	122
3.2	Imigração e Saúde	143
3.3	Principais doenças e formas de cura.....	150
3.4	Doenças emocionais e físicas: alienados mentais.....	152
3.4.1	Doenças mentais: considerações históricas	155
3.4.2	Doentes mentais: casos nos núcleos coloniais poloneses.....	157
3.4.3	Enfermidades que matam: envenenamento, enforcamento e suicídio.....	163

CAPÍTULO IV – DOENÇAS, ENFERMIDADES E MOLÉSTIAS168

4.1	Amarelão: doença de criança e adulto.....	168
4.2	Gripe: virulência secular.....	172
4.3	Doenças respiratórias e pneumonia	177
4.4	Sobre o corpo feminino	179
4.5	Parto e parturientes	183
4.6	Parteiras e atuação nos núcleos coloniais.....	187
4.7	Tifo – a moléstia polonesa.....	195

4.8	Relações sociais estabelecidas na busca de cura para as doenças	199
4.8.1	Beneduras e benzimentos.....	202
4.8.2	Infusões e Remédios.....	205
CAPÍTULO V – CORPO ENFERMO, CORPO MORTO		213
5.1	O cotidiano e a morte.....	213
5.2	Morte em palavras	216
5.3	Poloneses e a morte	221
5.4	Preparando o funeral de colonos poloneses.....	223
5.5	A morte ritualizada	227
5.6	A despedida	229
5.6.1	Morte vivida: imigrantes poloneses.....	231
5.7	O espaço do morto	233
5.7.1	O cemitério moderno	237
5.8	Coveiros e túmulos	240
5.9	Mobiliário sagrado.....	243
5.10	Dia universal dos mortos	250
5.11	Morte e família	251
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....		255
REFERÊNCIAS		262
DEPOENTES ORAIS		273
ARQUIVOS E BIBLIOTECAS PESQUISADOS:.....		274
ANEXOS		277

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Imigrantes poloneses vindos ao Rio Grande do Sul	82
Tabela 2 – Pessoal técnico e administrativo do Departamento Estadual de Saúde.....	142
Tabela 3 – Lista de remédios oferecidos pela imprensa no Rio Grande do Sul	201

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Hospital psiquiátrico de Boleslawiec. Polônia.....	53
Figura 2 – Divisão de terras na Polônia, no século XVIII.....	79
Figura 3 – Hospital São Roque. Getúlio Vargas.	101
Figura 4 – Organograma do Departamento Estadual de Saúde.....	135
Figura 5 – Planilha de Registro Nacional de Imigrantes	144
Figura 6 – Guia de internação.....	160
Figura 7 – Moinho de Irmãos Modtkoski. Áurea, 1935.....	170
Figura 8 – Anúncio publicitário de medicamento da década de 1930.....	176
Figura 9 – Aviso de divulgação.....	180
Figura 10 – Estudo Anatômico da Mulher	194
Figura 11 – Laje tumular com anjos. Cemitério Público Municipal Pio XII. Erechim, 2006.	244
Figura 12 – Laje tumular com uso de grade. Cemitério Público Municipal Pio XII. Erechim, 2006.....	246
Figura 13 – Laje tumular com imagem sacra.....	247
Figura 14 – Laje tumular com flores artificiais. Cemitério Público Municipal Pio XII. Erechim, 2006.....	249

LISTA DE MAPAS

Mapa 1 – Mapa geral da colonização segundo a origem dos núcleos de imigrantes no Estado do Rio Grande do Sul.	86
Mapa 2 – Plano de Organização dos Distritos Sanitários.....	139

RESUMO

Esta tese analisa e compreende os processos geradores das doenças e de morte na Imigração Polonesa no Rio Grande do Sul, no período de 1910-1945. Investigar o corpo enfermo ou o seu fim resultante da morte permite traçar o perfil deste grupo humano por meio de suas práticas cotidianas. Enfermo ou sadio, o corpo sempre apresentou marcas históricas de um viver. Sendo uma evidência que acompanha todo ser humano, do seu nascimento à morte, o corpo é, contudo, finito, sujeito a transformações, nem sempre desejáveis e previsíveis. Ao longo da evolução histórica, mudaram suas formas, seu peso, seu funcionamento e suas práticas de preservação e manutenção. Talvez seja por isso que os imigrantes poloneses tenham desenvolvido e mantido diversas práticas cotidianas para seu bom funcionamento. Zelar pelo próprio corpo, cuidar dele estava além do bem-estar ou de possuir plena saúde. O corpo estava ligado mais especialmente ao seu pleno desempenho no âmbito rural, pois é o elemento central para o desenvolvimento das diversas atividades que envolvem o cultivo da terra: é no corpo que se desenvolvem expectativas para as longas labutas agrárias.

Palavras-chave: corpo; doença; morte; imigração polonesa.

RÉSUMÉ

Cette thèse prétend analyser et comprendre les processus générateurs des maladie et de mort dans l'Immigration Polonaise au Rio Grande do Sul, à la période de 1910-1945. Rechercher le corps malade ou sa fin résultante de la mort permet de tracer le profil de ce groupe humain através ses pratiques quotidienne. Malade ou sain, le corps a toujours présenté des marques historiques d'un vivre. En étant une évidence qui accompagne tout être humain, dès sa naissance jusqu'à sa mort. Cependant le corps est fini, sujet à des transformations, pas toujours désirables ni prévoyantes. Le long de l'évolution historique, ont changé ses formes, son poids, son fonctionnement et ses pratiques de préservation et maintien. C'est peut-être pour cela que les immigrants polonais ont développé et maintenu diverses pratiques quotidiennes pour leur bon fonctionnement. Soigner et avoir du zèle pour le corps était outre le bien-être ou posséder pleine santé. Le corps était lié plus spécialement à son plein dégagement en tant que propriétaires rural, car ceci est élément centrale pour le développement des diverses activités qui enveloppent la culture de la terre. C'est dans le corps que se développent des expectatives pour les longs labours agraires.

Des mots-clef: corps; maladie; mort; immigration polonaise.

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Os imigrantes poloneses, no Brasil, não formam um número expressivo como os alemães e italianos. Porém, um grande número de imigrantes de diversas etnias estabeleceu-se no país entre 1870 e 1920. No Rio Grande do Sul, a presença inicial de imigrantes poloneses marca ocupação nas colônias de Santa Bárbara e Santa Teresa. Após a proclamação da República, o governo brasileiro praticamente abriu as portas do país à imigração. Os primeiros anos da República foi o período em que mais entraram imigrantes no Brasil.

Diversas regiões e temáticas já foram analisadas no grupo étnico polonês. Mesmo assim, não se justifica que, ainda hoje, faltem, por exemplo, estudos mais extensos e profundos sobre a imigração polonesa. Entre outras razões, a ausência bibliográfica aponta o diminuto interesse por esse grupo étnico por parte de estudiosos da imigração e da colonização européia no sul do Brasil.

Constata-se que é somente a partir da década de 1950 que se iniciam estudos acerca da Imigração Polonesa no Estado. Edmundo Gardolinski, em 1958, descreve, sob o título “Imigração Polonesa”, na *Enciclopédia Rio-Grandense*, os anos iniciais do assentamento de imigrantes poloneses no Brasil e no Rio Grande do Sul. Em 1961, Ladislau Topaczewski apresenta, em *Memórias de nosso torrão natal*, uma breve análise do deslocamento das centenas de famílias polonesas que aportaram no Brasil e o processo de ocupação territorial

no Rio Grande do Sul, especialmente na colônia de Dom Feliciano. Prosseguindo, encontra-se a obra de Líbia Maria Wendling, lançada em 1971, sob o título *O imigrante polonês no Rio Grande do Sul*, produção generalizante em que se referenciam a viagem, a instalação e alguns aspectos de organização interna dos núcleos poloneses: nascimento, casamento, relações sociais, entre outros. Acresce-se aos demais Antoni Cuber, com o livro *Nas margens do Uruguai*, publicado em 1975. No entanto, as obras de maior visibilidade e uso sobre o tema Imigração Polonesa são de autoria de Alberto Victor Stawinski, *Primórdios da imigração polonesa no Rio Grande do Sul*, e, novamente, de Edmundo Gardolinski, com *Escolas da colonização polonesa no Rio Grande do Sul*. Na década de 1980, a contribuição é de Félix Busatta e Alberto Victor Stawinski, com a obra *Josué Bardin: história e religião das colônias polonesas*, na qual descrevem a organização das comunidades polonesas no Rio Grande do Sul pelo viés do associativismo e da religião, além da construção dos espaços educacionais nas comunidades.

Em meados da década de 1990 e no período de 1990 e anos 2000-2005, concentra-se a maior produção não somente no Rio Grande do Sul, como nos Estados do Espírito Santo, Paraná e Santa Catarina, agora com um alargamento no que diz respeito a objetos e fontes de pesquisa, acompanhando o movimento internacional de produção historiográfica. Nesse sentido, surgem as pesquisas de Elaine Buchmann: *A trajetória do sol: um estudo sobre a identidade do imigrante polonês no Sul do Brasil*, e de Isabel Rosa Gritti: *Imigração e colonização polonesa no Rio Grande do Sul: a emergência do preconceito*.

O distanciamento em relação ao tema deve-se também à dificuldade imposta pela língua, pois grande parte da bibliografia e das fontes primárias referente aos primórdios desse fluxo imigratório encontra-se escrita em polonês. Em geral, as obras existentes constituem escritas generalizantes, despreocupadas com a construção de um conhecimento histórico em

forma narrativa. E em se tratando de estudos relacionados às práticas cotidianas, especialmente à doença e à morte, desconhece-se produção historiográfica específica.

Este trabalho tem como objetivo propor um debate acerca dos processos geradores das doenças e da morte no processo de Colonização e Imigração Polonesa no Rio Grande do Sul, analisando as práticas de saúde, doença e cura como um espaço de interessante valor histórico, que permite visualizar a construção das práticas cotidianas no século XX. Nas pesquisas que têm sido realizadas sobre o cotidiano dos habitantes da Província do Rio Grande do Sul, as referências aos embates em torno das questões de saúde são comuns, porém distanciam-se dos poloneses. Um olhar mais atento à documentação levantada por diferentes historiadores, no entanto, tem revelado um universo de relações que extrapola as perspectivas que até agora se debruçaram apenas sobre os conflitos estabelecidos entre o poder público (legislação nacional e estadual) e os imigrantes.

Nesse sentido, analisar e compreender a vida e a morte através da doença nos núcleos de Imigração Polonesa é a meta central deste estudo, que também aborda as relações sociais estabelecidas em decorrência da busca de cura para as enfermidades. Além disso, busca-se identificar as doenças que mais atingiam os imigrantes, com vistas a reconhecer as práticas cotidianas nos núcleos coloniais poloneses no Rio Grande do Sul.

Artigos de jornais, cartas particulares, depoimentos orais, inventários e estatísticas de natalidade e óbito integram este trabalho como fontes e dão conta das complexas interações sociais que se estabelecem quando se analisa a saúde de grupos humanos. Nesse quadro, é também importante perceber que a doença, por vezes, podia representar algo além do sofrimento. Numa sociedade desigual, hierarquizada e enferma como a do Brasil do século XIX e meados do século XX, adoecer significava estar próximo da morte e, por conseguinte, estabelecer novas relações sociais no cotidiano.

No que se refere às fontes primárias, optou-se também pela jornalística. Numa época em que os grandes meios de comunicação de massa inexistiam, jornais e folhetins possuíam um papel decisivo como veículo social de informação, formação, denúncia e conscientização. Assim, a imprensa do Rio Grande do Sul desse período constitui um contraponto às fontes ligadas diretamente ao poder e permite reconstituir – ainda que parcialmente – trajetórias diferenciadas de segmentos urbanos silenciados pela historiografia tradicional. Trabalhados como fonte histórica, os jornais fornecem informações preciosas sobre o cotidiano da sua época e possibilitam a construção de um olhar tanto sobre como a própria sociedade via os seus problemas, como sobre possíveis alternativas de interação com o mundo que a cercava.

A utilização da imprensa como fonte à pesquisa histórica pode revigorar abordagens fortemente centradas no viés socioeconômico. Tomar um veículo da imprensa do Rio Grande do Sul no início do século XX como objeto de tal reflexão permite ampliar a compreensão do movimento migratório sulino para além do campo tradicionalmente explorado e, dessa forma, acompanhar a elaboração, discussão e execução de projetos na área da saúde e sanitário que circundaram o cotidiano dos imigrantes, além de penetrar no universo do cotidiano, em que experiências e valores específicos forjam culturas e identidades próprias. Sabe-se que os jornais podem configurar-se como peças documentais inestimáveis para uma integral reavaliação do processo histórico.

A opção pelo uso do jornal *Diário de Notícias* – que integrava os *Diários Associados*, de Assis Chateaubriand, o maior conglomerado de meios de comunicação no Brasil, nas décadas de 50 e 60 do século XX – deve-se à sua disponibilidade, além de ser um periódico de significativa circulação nas regiões onde se concentravam imigrantes poloneses. Foram utilizados exemplares dos anos de 1925 a 1945, e neles, especificamente, as notícias que versavam sobre a questão da saúde e sanitário no Estado.

O *Diário de Notícias*, que circulou de 1925 até 30 de dezembro de 1979, e o *Correio do Povo* eram os mais expressivos jornais de Porto Alegre e disputavam a liderança do mercado em todo o Estado do Rio Grande do Sul. A principal diferença entre ambos estava na linha editorial: o *Correio* caracterizava-se pela solidez econômica e uma linha editorial sóbria e conservadora, ao passo que o *Diário* – quase sempre com problemas financeiros, para se contrapor ao poderio do *Correio* – obtinha grande aceitação em virtude de sua agilidade na circulação e preocupação em apresentar notas sobre a situação econômica, política e social da Europa. Como exemplo, pode-se citar a cobertura realizada nos períodos dos conflitos mundiais, pois são encontradas no periódico extensas notícias sobre a situação de grande parte dos países envolvidos no conflito. Assinala-se, também, como característica uma visível diferença entre ambos os jornais em termos gráficos e editoriais.

Complementam as demais fontes para a elaboração deste trabalho os *Anuários Estatísticos Brasileiros*, que compreendem os anos de 1907 a 1945, na subárea classificada como saúde e sanitarismo. Nessas fontes, dezenas de tabelas e gráficos são apresentadas para cada Estado e para o Distrito Federal, contendo uma grande quantidade de informações, como: classificação de doentes por diagnóstico; movimento geral de doentes por sexo, por nacionalidade e por idade; institutos públicos e privados de controle sanitário e saúde; estabelecimentos de cura – asilos de assistência a alienados, hospícios, hospitais e ambulatório; quadro de assistentes, enfermeiros, funcionários, médicos, laboratoristas e parteiras.

O interesse histórico dos dados reunidos nos anuários encontra-se especialmente no conhecimento das ações de saúde, que, com a ênfase conferida pelo registro estatístico de suas ações, contribui para que se esboce um perfil das políticas sociais num determinado período. Nesse sentido, é possível afirmar que os *Anuários Estatísticos Brasileiros* apresentam

informações relevantes e de grande utilidade para o estudo das condições de saúde em âmbito nacional e estadual, especialmente das que se referem a diagnósticos, mortalidade e doenças transmissíveis no período analisado. De posse das tabelas neles constantes, foram elaboradas diversas interpretações que contribuíram para a construção deste estudo.

Reconhecendo o tema, optou-se na escrita desta tese pela combinação de duas vertentes: a presente nos anuários, em dados estatísticos, em jornais e em bibliografia de relevância ao tema, que tratam, explicitamente, dos processos de cura e da assistência médico-sanitária, e a das fontes orais, que contribuem na construção interpretativa dos fatos históricos. Com referência a estas últimas, foram elaborados vários documentos orais, sendo utilizada a fala de vinte e um colaboradores – onze mulheres e dez homens. No que se refere a esses depoimentos, conduziu-se que as pessoas confiassem nas suas lembranças e interpretações do passado, em sua capacidade de colaborar para escrever a história – e que confiassem também em suas próprias palavras; em suma, em si mesmos.

A presente tese divide-se em cinco capítulos. O primeiro tem por fim expor uma revisão teórico-metodológica acerca da temática, na qual o corpo e a doença apresentam-se através de autores como George Rosen, Jacques Le Goff, Le Febvre, Revel e Peter, os quais são convidados para um diálogo em torno de temas como corpo, doença e história. Trata, ainda, da história das doenças no Brasil e no Rio Grande do Sul e da trajetória das doenças endêmicas e epidêmicas, que foram uma constante no processo imigratório. Compõe também este capítulo uma descrição da condição social e das epidemias no fluxo imigratório polonês no Estado.

No capítulo dois, analisam-se fatos da Imigração Polonesa em níveis nacional, estadual e regional, buscando compreender as razões relacionadas ao processo imigratório, as quais foram diversas e profundas. Como se sabe, no século XIX, à semelhança de outros

países europeus, a Polônia vivia grave crise econômica, política e social, que obrigou milhares de indivíduos a viajarem para o Novo Mundo. Também neste capítulo, procura-se contextualizar a presença polonesa no Rio Grande do Sul e o processo de ocupação e povoamento nas Colônias Novas e Velhas, bem como a instalação e organicidade nesses espaços de vivência coletiva. Por fim, descrevem-se o cultivo da terra, a colheita e a produção agrícola nos núcleos coloniais poloneses.

No terceiro capítulo, fez-se necessário abordar as origens organizacionais dos sistemas de saúde público e privado no Rio Grande do Sul e a relação do Estado com a figura do imigrante. O período do 1890-1930 foi marcado pela hegemonia do Partido Republicano Rio-Grandense, que acabou implementando linhas básicas e unitárias no tratamento da saúde pública no Estado. Somando-se à conjuntura das enfermidades físicas, as emocionais também marcavam presença e aumentavam o número de óbitos nos núcleos coloniais poloneses. Próprias do ser humano, as doenças mentais são de todos os tempos e de todas as culturas; logo, a alienação mental, a demência, a loucura e mortes violentas também ocuparam espaço nas práticas cotidianas dos imigrantes poloneses.

O quarto capítulo, intitulado “Doenças, enfermidades e moléstias”, busca identificar as principais doenças e compreender as relações sociais estabelecidas na busca de sua cura. De forma geral, até 1945, para os poloneses, o ato de adoecer aproximou-se muito do ato de morrer, visto que enfermeiros, médicos e hospitais eram escassos diante da demanda existente e das condições econômico-sociais em que os núcleos coloniais poloneses estavam inseridos.

Na maioria desses núcleos, as enfermidades que mais resultaram em óbitos foram a ancilostomíase, as doenças respiratórias – gripe e pneumonia –, complicações decorrentes do parto e o tifo. Num primeiro momento, esses números representam uma diminuta parcela daqueles que foram a óbito nos núcleos analisados. Contudo, será constatado no decorrer da

tese que a maioria da população morria em seu domicílio, o que impede que números exatos sejam levantados quanto ao percentual de óbitos decorridos de enfermidades, sejam físicas, sejam de outra natureza.

A maior dificuldade deste trabalho foi encontrar dados estatísticos confiáveis referentemente aos imigrantes poloneses. Quanto à presença numérica, por exemplo, vários são os estudos que se empenham na elaboração de uma base estatística para apresentar um coeficiente mais preciso. Outra indagação diz respeito ao total de óbitos ocorridos por motivo de enfermidades, pois grande parte dos núcleos poloneses localizava-se em áreas de difícil acesso e com precário controle sanitário, resultando na ausência de boletins estatísticos confiáveis.

Sabe-se que, apesar de representativa, a classificação oferecida neste estudo não é absoluta, pois se percebe que, no caso de pesquisa sobre doenças, não é possível satisfazer-se apenas com a contabilização dos indivíduos que morrem; cabe analisar as causas de morte. Isso implica uma visão do interior da medicina, da higiene e até do cotidiano do grupo em estudo. No entanto, independentemente da ótica que se pretenda analisar, as enfermidades marcam nos grupos sociais um espaço de permanência e de transformação no cotidiano humano, designando aos indivíduos uma condição de sujeitos do seu tempo. É por isso que não basta abordar as enfermidades como elemento anônimo, dissociado do cotidiano; torna-se, antes, imprescindível pensar nos doentes e nas enfermidades como algo real, existente no dia-a-dia, mesmo que deixem estigmas. No caso dos imigrantes, primeiramente eles tentavam a cura em casa, através de benzeduras, chás e repouso – e só posteriormente buscavam cura na medicina oficial.

No quinto e último capítulo, são analisados o cotidiano e a morte, práticas cotidianas referentes à morte nos núcleos coloniais poloneses, bem como o processo de velar e enterrar

os mortos nesse grupo humano. Os rituais fúnebres nos núcleos coloniais poloneses constituíam uma forma de presentificar o passado; enterro, missa, velório presenteiam aquele que já não existe, conservando algumas de suas recordações. O ritual da morte sempre teve um sentido afetivo. É a separação dos que conviveram juntos. É, igualmente, momento de confraternização social, de estreitamento de relações e de aliança, e homenagem social. Entre os imigrantes poloneses, os rituais fúnebres compreendiam o cumprimento à família enlutada, a recitação do terço em polonês e muitas flores.

A pesquisa ora apresentada é a somatória do cotidiano em face da enfermidade e da morte. A doença é um ângulo que permite analisar a vida e a morte. Sabe-se que doença e morte somente são representativos dentro de uma contextualização social. É a partir da organização social que a sociedade cria códigos próprios, investe na transformação do meio em que vive e define novas vivências, tudo isso no sentido de dominar ou, pelo menos, de controlar os efeitos do tempo sobre o corpo.

CAPÍTULO I

HISTÓRIA E HISTORIOGRAFIA DAS DOENÇAS

1.1 A temática em questão: enfermidade e corpo

O corpo insere-se numa vasta teia de representações, ideologias e concepções morais. Operador *sine qua non* de todas as práticas sociais, o corpo é projetado sobre o mundo, pois toda a relação com o mundo é mediada por ele. Corpo saudável ou enfermo torna-se linguagem produzida no processo de socialização, tanto quanto produtor de sentidos, que fala de contextos sociais, de pertencimentos culturais e da cotidianidade. É no corpo que ficam marcadas as fases mais distintas do ser humano: nascimento, desenvolvimento e morte.

Todas as sociedades humanas têm crenças individualizadas que fornecem explicações e respostas para o nascimento, a doença e a morte. No decorrer da história, a doença foi freqüentemente atribuída a bruxarias, a demônios ou à vontade dos deuses. No Brasil, os estudos históricos e sociais sobre o conhecimento das práticas de cura e da doença têm gerado interpretações originais a respeito da importância de determinados males (tais como cólera, febre tifóide, gripe, pneumonia, tuberculose, varíola) na dinâmica social da cura, na organização do sistema de saúde e na redefinição de comportamentos e valores sociais.

As temáticas relacionadas às práticas de cura, à enfermidade e à morte são investigadas com relação ao seu significado social e à importância científica das doenças –

sobretudo as infecto-contagiosas – no Brasil dos séculos XIX e XX. Tais investigações abordam o fenômeno da doença de diferentes perspectivas, relacionando-a à construção de representações sociais, à produção do conhecimento biomédico, às mudanças sociais e culturais provocadas pela incidência de doenças, ao intercâmbio da medicina científica com a medicina popular e à redefinição de atitudes frente ao cotidiano.

Desde a Antigüidade, as atitudes em face da chegada das doenças pouco se alteraram. Espaço privilegiado das angústias e dos medos individuais mediados pela família, sociedade e Estado – gestor cada vez mais poderoso da saúde a partir do século XIX –, o corpo e suas enfermidades tornaram-se um objeto privilegiado dos historiadores. Segundo Le Goff, “a doença pertence à História, em primeiro lugar, porque não é mais do que uma idéia, um certo abstrato numa complexa realidade empírica”.¹ Em todas as civilizações, aprendeu-se muito cedo a combater o mal físico com os meios disponíveis – no caso, a medicina empírica.

A questão da enfermidade é antiga e complexa. Mesmo apresentada de modo simples, é motivo de curiosidade e preocupação desde os primórdios da humanidade, tendo implicações coletivas e sociais que complicam as tentativas históricas de solucioná-las, impedindo-lhes respostas singelas e diretas. As tentativas de cura e a organização dos serviços de saúde formam instituições antigas no Ocidente, mas em constante transformação, condicionadas pela evolução das relações entre o homem e a natureza e dos homens entre si.

A relação do homem com a natureza define-se essencialmente pelo fator da apropriação, e, mediante o avanço em termos quantitativos e qualitativos, marca o desenvolvimento das forças produtivas, o que, no caso da doença, concretiza-se no progresso das técnicas de prevenção e cura, evitando o seu oposto, a morte, como fenômeno biológico e social.

¹ LE GOFF, Jacques. *As doenças têm história*. Lisboa: Terramar, 1997. p. 7- 8.

Nesse sentido, são adotados modelos oriundos das ciências sociais, notadamente da antropologia social e da sociologia, bem como da história em seus diversos campos – o cotidiano, o cultural e mentalidades. A transmissão e o contágio são categorias centrais para a compreensão da produção do conhecimento técnico acerca da enfermidade, bem como para a análise da dimensão coletiva assumida por tais fenômenos em determinados contextos sócio-históricos.

A história da medicina ou história da saúde tem produzido trabalhos importantes nessa linha de abordagem. O exame da constituição de alguns campos de saber no interior do conhecimento médico, por exemplo, pode levar a desmitificar essa perspectiva evolucionista e triunfalista de uma ciência médica ao mostrar como, na tentativa de afirmação social desses saberes, a própria comunidade de médicos (ou especialistas) reforça essa perspectiva.

Pode-se definir a saúde como estado de bem-estar físico, mental e social, tal como preconizado pela Organização Mundial da Saúde. Porém, a partir do momento em que se toma a realidade, é possível perceber que normalmente se retêm os aspectos relacionados ao estado físico, identificando a saúde com a atividade regular, normal ou adequada dos órgãos, aparelhos e sistemas orgânicos, o que poderia ser traduzido como um bom funcionamento fisiológico do organismo.

A história do corpo, enfermidades e práticas de cura e os principais eixos da pesquisa em história da saúde têm se apresentado em diversas obras, tanto na produção historiográfica como nas demais áreas. Dentre essas, citam-se *Uma história da saúde pública*, de George Rosen, e *A história do corpo: os principais eixos da pesquisa em história da saúde (França, 1970-2000)*, de Jean Pierre Goubert, que emergiram nas últimas quatro décadas, com investigações acerca da história da saúde na França, marcadas por quatro grandes direções de pesquisa: história dos profissionais da saúde; história das doenças; história dos hospitais; história das mentalidades. Essas pesquisas também abordam o processo de cura do

corpo em cada uma das fases durante essas décadas, bem como apontam a dificuldade em seu reconhecimento como especialidade separada em virtude da abrangência de seu tema: o corpo.

Já Eurico de Aguiar, em artigo intitulado “História das ciências da saúde”, relata a seqüência de descobertas e a progressiva evolução do espírito humano desde o período medieval, quando imperavam o medo, a ignorância e o preconceito, até o desenvolvimento do espírito científico, mais elaborado e apoiado pelo humanismo e pela melhoria nas práticas de cura.

No *Manual de história da medicina*, escrito por Darcy de Andrade Lima, traça-se a história da medicina desde as origens da prática médica, seu desenvolvimento através das civilizações antigas, passando pela época medieval, pelo período renascentista e chegando até a atualidade. Ao abordar os séculos XIX e XX, apresenta capítulos específicos sobre a medicina brasileira. Contempla esta mesma linha de produção Arturo Castiglioli, em *História da medicina*, e Ritchie Calder, em *O homem e a medicina: mil anos de trevas*, mostrando um forte apelo à visão progressista e triunfalista da evolução da medicina.

Analisando epidemias, pandemias e pestilências, podem ser citados Celso Arcoverde de Freitas, com *Histórias da peste e outras epidemias*, editada em 1998; Sílvia Reigalda, com *La enfermedad en la historia*; Lorena de Almeida Gill, cuja tese de doutorado se intitula *Um mal de século: tuberculose, tuberculosos e políticas de saúde em Pelotas (RS) 1890-1930*; Janete Silveira Abraão, com *Banalização da morte na cidade calada: a hespanhola em Porto Alegre, 1918*, entre outras.

Também contribui para a análise da temática – corpo, doença, saúde – Pedro Nava, com *Capítulos da história da medicina no Brasil*. Nava apresenta a evolução histórica da medicina através das influências francesa e portuguesa, particularmente no ensino médico-

cirúrgico no Rio de Janeiro. Também tece apontamentos sobre a atuação de cirurgiões, charlatães, médicos, hospitais e academias no Brasil Colonial.

Artur Arruda Leal Ferreira, em *A história das ciências e a nova história: indícios para os estudos históricos no campo da saúde*, promove uma discussão sobre os modelos históricos aptos a dar conta dos saberes no campo da saúde. No estudo, são avaliados alguns modelos epistemológicos da história das ciências (como os positivismos, o racionalismo aplicado, o paradigmatismo e a analítica dos poderes), além das teorizações fornecidas pelas novas histórias, não visando à escolha de um modelo derradeiro, mas a uma ponderação dos prós e contras na utilização de cada um deles.

Já Pedro Salles, com *História da medicina no Brasil*, apresenta um acompanhamento dos fatos cronológicos, iniciando com as referências aos métodos indígenas de cura, passando pelo estabelecimento dos primeiros médicos e pesquisadores, os boticários e barbeiros, a criação de importantes hospitais, o ensino médico, as pesquisas, a medicina social, até chegar às publicações médicas, às associações e ao advento dos congressos médicos, entre outros.

João Bosco Botelho, em *História da medicina: da abstração à materialidade*, debate de forma significativa os conceitos de vida e morte. Como proposta teórica, trata da persistência humana para diminuir a abstração e aumentar a materialidade da saúde e da doença, com o objetivo de reproduzir os saberes para controlar a dor, por meio de, no mínimo, três determinantes oriundas do conhecimento historicamente acumulado: entender, dominar e modificar a multiplicidade dinâmica das formas e funções do corpo; estabelecer os parâmetros do normal e do patológico; e vencer as limitações impostas pelo determinismo da dor e da morte.

Carlo Bresciani, em *Saúde: abordagem histórico-cultural*, apresenta algumas reflexões sobre saúde numa perspectiva histórico-cultural. Para tanto, desenvolve questões

conceituais relacionadas à saúde, considerando quatro dimensões: orgânica, psicológica, socioambiental e ético-espiritual. O autor analisa o fato de essas dimensões estarem mutuamente relacionadas, o que impede serem consideradas isoladamente.

Cláudio Bertolli Filho, em *História da saúde pública no Brasil*, apresenta a história da saúde pública no Brasil, incluindo a chegada de portugueses e espanhóis à República, passando pela era Vargas, a era da democratização e a criação do Ministério da Saúde, e chegando à criação do SUS, nas décadas de 1980 e 1990.

Como assinalado, entre os trabalhos dedicados ao tema em foco, também se destaca a obra de George Rosen², que, apesar de apresentar alguns limites no quadro explicativo proposto e malgrado o enfoque pautado pela continuidade, marca uma ruptura com as abordagens técnicas tradicionais de uma historiografia dedicada ao exame estrito de conquistas técnicas e científicas, às biografias e bibliografias dos grandes expoentes da ciência médica. O pensamento de Rosen parte da proposição de que os problemas relacionados à saúde e à maneira pela qual a sociedade se dispõe a enfrentá-los envolvem aspectos outros que não unicamente os conhecimentos da chamada “ciência bioquímica básica” e das inovações técnicas que ela origina. A abordagem proposta pelo autor aponta para a necessidade de serem consideradas também as relações que articulam esses problemas às condições políticas, econômicas e sociais, isto é, às condições objetivas de existência das sociedades.

Prosseguindo com essa afirmativa, Scliar também aponta que é necessário historicizar a evolução da medicina por meio do elemento humano. Exemplo disso é a história da medicina, disciplina que conquistou seu lugar no currículo de muitas universidades, inclusive no Brasil, como parte das humanidades médicas: ética, antropologia, literatura e medicina. Trata-se de neutralizar um pouco o excessivo viés tecnológico da profissão, o qual está

² ROSEN, George. *Uma história da saúde pública*. 2.ed. São Paulo: Unesp: Hucitec, 1994. p. 45.

prejudicando a relação médico-paciente. Além disso, a visão histórica da medicina resulta numa lição de sóbria humildade.³

Além de propor uma abordagem que valoriza os aspectos sociais do conhecimento médico, Rosen também contribui com a história ao afirmar que esse conhecimento possui conformações que variam segundo as sociedades, suas demandas e valores.⁴ Além disso, ao priorizar a doença, é possível recuperar os determinantes e os valores para além do conhecimento exclusivamente científico e técnico, podendo-se analisar a sociedade escolhida através das práticas coletivas.

Sabe-se que as doenças são fenômenos sociais, uma vez que são resultantes ou interferentes das condições sociais ou das relações sob as quais os homens vivem e trabalham. Portanto, sua compreensão e a busca de soluções se fazem num contexto “biossocial”. É possível afirmar, desse modo, que o conhecimento médico sofre interferência de necessidades socialmente colocadas, resultantes das experiências de vida de cada época.

Reafirmando a questão, é possível encontrar nos *Anuários Estatísticos Brasileiros* elementos que reforçam essa idéia de interação social no campo da saúde, visto que neles são apresentadas tabelas que relacionam qualidade de vida, alimentação e interferências climáticas e culturais a doenças transmissíveis.⁵

Revel acrescenta que a doença é um elemento de desorganização e reorganização social, tornando freqüentemente mais visíveis as articulações essenciais do grupo, as linhas de força e as tensões que o transpassam. O acontecimento mórbido pode ser o lugar de onde

³ SCLIAR, Moacir. A indústria ansiosa contra o corpo santo. *A Folha de São Paulo*, São Paulo, 28 mar. 2004. p. 32.

⁴ ROSEN, *Uma história da saúde pública*. p. 33.

⁵ IBGE. *Estatísticas do século XX*. Rio de Janeiro, 2003.

melhor se observa o significado real dos mecanismos administrativos, as relações de poder ou a imagem que a sociedade tem de si mesma.⁶

Nesse aspecto, sabe-se que a abertura da historiografia às chamadas “outras histórias” vem favorecendo análises diferenciadas que se utilizam de diversos objetos e contribuem para redefinir e ampliar noções tradicionais do significado histórico, permitindo recuperar diferentes representações sociais.

1.2 História do cotidiano: movimentos teóricos

Partilhando da idéia de que também a história é uma ciência em construção, não se pode deixar de apontar algumas tendências mais recentes da historiografia, bem como do direcionamento a novos focos de estudo.

A Nova História que, de um certo modo, dá continuidade à linha de inovação dos *Annales*, apresenta em seu processo de construção três primordiais tendências: novos problemas põem em causa a própria história; novas contribuições enriquecem, modificam e transformam os setores tradicionais da história; e novos objetos aparecem no campo epistemológico da história.

A evolução da ciência, incluindo a história, bem como o desenvolvimento das demais ciências sociais, trouxe para a academia uma redefinição conceitual. Segundo Le Goff e Nora, considerados os “pais” dessa nova tendência, o essencial não é sonhar hoje com um prestígio de ontem ou amanhã, mas saber fazer a história de que hoje se tem necessidade. Ciência do

⁶ REVEL, J. ; PETER, J. P. *O corpo História: novos objetos*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1988. p. 8.

domínio do passado e da consciência do tempo deve, ainda, definir-se como ciência de mudança, de transformação.⁷

Dentre essas mudanças, pode-se citar o surgimento de novas pesquisas, bem como a preocupação dos historiadores com as novas temáticas. Sobre isso, inclui-se o corpo, sadio ou não, e sua certeza biológica: a morte. Nesse aspecto, com muita propriedade, afirma Le Goff: “A doença pertence à história”.⁸ O estudo das doenças e das formas de cura representa uma tentativa de relatar as mais profundas e significativas transformações operadas no comportamento social, independentemente dos grandes acontecimentos e personagens registrados pela chamada “macro-história”.

Na verdade, somente no século XX é que a academia historiográfica tratou – de modo sistemático e rigoroso – toda uma série de “focos” das diferentes sociedades humanas e formações sociais que tradicionalmente ficavam obscuras: amor, casamento, cotidiano, doenças, estruturas familiares, fenômenos religiosos, morte, bem como as atitudes que provocam. Em poucas palavras, é a história das massas anônimas, das suas maneiras de curar, trabalhar e viver nas sociedades em que se integram.

Práticas de cura e doenças são tão velhas quanto a humanidade, sem contar a certeza do “fenômeno morte”, que acompanha todos os indivíduos a partir do primeiro momento de vida. Desde a Pré-História – quando se buscava o alívio da dor ou até mesmo a cura por meio de perfurações cranianas, incluindo as mais antigas civilizações do Médio-Oriente, como os pioneiros documentos históricos o comprovam – até os dias atuais, várias concepções fundamentais mudaram em termos de tentativas de cura e morte. As verdadeiras mudanças que ocorreram, para melhor, foram, em geral, ditadas por mudanças de práticas sociais e de mentalidade, sob pressão/repressão e muita experimentação.

⁷ LE GOFF, Jacques. *A história nova*. São Paulo: Martins Fontes, 1995. p. 25-57.

⁸ LE GOFF, *As doenças têm história*. p. 7.

Revisando a literatura da *Nouvelle Histoire* e considerando a temática em estudo, cita-se Pierre Goubert, que inaugurou o campo da demografia histórica, num enfoque desde o nascimento até a morte, de todos os indivíduos de todas as famílias de uma região durante um século⁹, pela investigação dos registros paroquiais. Debruçando-se sobre o tema, não se poderia deixar de citar Revel e Peter, em “Le corps: l'homme malade et son histoire”, texto que faz parte da obra *Fazer a história e o território da história*, apresentado em 1974 e 1978.

Revel e Peter assinalam a melhoria em qualidade e quantidade de análises enfocadas na Nova História, realizadas na década de 1990. Sem a pretensão de esgotar os escritores, traz-se também Michel Foucault, que em seus estudos analisou a questão do poder nas sociedades capitalistas e sua relação com o corpo: a sua natureza, seu exercício em instituições, sua relação com a produção da verdade e as resistências que este suscita. Foucault também evidencia o fato de que nenhuma realidade está dada, cabendo ao historiador procurar “nos lugares menos promissores” o que diz se constituir em “interstício de poder”. O método genealógico desenvolvido por Foucault evidencia a existência de formas de exercício do poder diferentes do Estado, a ele articuladas e indispensáveis à sua sustentação e atuação eficaz.

Segundo Foucault, na medida em que o poder não está localizado exclusivamente no aparelho do Estado, nada mudará a sociedade se os mecanismos de poder que funcionam fora, abaixo e ao lado dos aparelhos do Estado, num nível muito mais elementar, no cotidiano, não forem modificados.¹⁰

A história do homem físico, por sua vez, progrediu a passos de gigante, pelo menos no que se trata da quantidade de homens, e, por extensão, na quantidade de nascimentos e mortes. Não somente em âmbito internacional, mas também nacional, é possível recorrer a

⁹ GOUBERT, Pierre. *Beauvais et le Beauvais de 1600 à 1730*. Paris: SEVPEN, 1960. A obra foi reeditada com o título *Cent mille provinciaux au XVII siècle*. Paris: Flammarion, 1968.

¹⁰ FOUCAULT, Michel. *Microfísica do poder*. 11.ed. Rio de Janeiro: Graal, 1993. p. 47-48.

produções relativas à temática corpo, enfermidade e morte. O olhar historiográfico sobre o corpo e a história das doenças não é uma conquista recente.¹¹ Em todos os tempos esses temas atraíram os médicos, que, no entanto, deram-lhes um aspecto por muito tempo apologético, ou seja, escreviam belas narrativas, enfatizavam o heroísmo e a dedicação do profissional da saúde, sendo quase uma profecia. Já na atualidade, a temática está baseada, em sua maioria, em documentos quantitativos – e apoiados em dados estatísticos.

O tema do corpo se insere, teoricamente, em diversos campos da historiografia e demografia histórica ao cotidiano. De um modo geral, já na década de 1960, pode-se constatar que a história da humanidade era contada apenas como um conjunto de grandes feitos e heroísmos, o que não é suficiente para dar conta da complexa construção social de qualquer sociedade ou civilização em que a maioria se insere.

Numa rápida análise, o termo “cotidiano” pode ser remetido, no mínimo, a três conotações atribuíveis: primeiro, à idéia de hábito, do que se repete como tarefa ou exercício e que carrega em si, implicitamente, a idéia de duração; segundo, à idéia de que o desejo, a evasão, dá-se fora do cotidiano, que ele não é o lugar, o território do desejo, do sonho, do imaginário, da aspiração; em terceiro lugar, à conotação de monótono e banal, como o que se vê e vive todos os dias. Nesse aspecto, pode-se subentender o cotidiano como algo comum, atribuindo à própria existência um olhar entediado.¹²

Dentro dessa significação, a historiografia aponta basicamente para o cotidiano como um enriquecimento analítico indiscutível, já que a presença dessa dimensão universal em todo o modo de existência humana permite reconstruir de forma mais completa o espaço e tempo das práticas sociais. Mesmo considerando que a dimensão cotidiana está presente em todo o mundo da existência humana, esta não se esgota no limite da cotidianidade. Incorporar a

¹¹ GRMEK, M.D. *Préliminaires d'une étude historique des maladies*. Paris: Annales ESC, 1969.

¹² TEDESCO, João Carlos. *Nas cercanias da memória: temporalidade, experiência e narração*. Passo Fundo: UPF; Caxias do Sul: Edusc, 2004. Parte I.

perspectiva do cotidiano significa ter presente e discutir suas relações entre o coletivo e individual, o público e o privado, o institucional e o informal, o racional e o irracional, entre outros.¹³

Sabe-se que a maior dificuldade com relação à investigação da vida cotidiana é como sair de uma visão fragmentária empírica e avançar para uma reflexão teórica que revele os supostos e as conexões necessárias do que se intitula de cotidianidade. Porém, neste aspecto considera-se importante diferenciar vida cotidiana de práticas cotidianas.

Costumeiramente, a vida cotidiana é apresentada como um modo de existência em que o indivíduo cria relações na base de sua própria experiência, de sua própria possibilidade e ação. Para Heller, a vida cotidiana é a vida de todo homem e é vida do homem inteiro.¹⁴

Norbert Elias afirma que a construção dos costumes e ações reflete de maneira exata a estrutura do quadro englobante do conjunto dos indivíduos que o habitam, resultante na vida cotidiana. A vida coletiva dos homens é um aspecto da vida cotidiana. Desse modo, a estrutura da vida cotidiana é parte integrante da estrutura de tal ou qual camada social, na medida em que essa camada não seja vista de maneira isolada das estruturas de poder da sociedade global.¹⁵

Já as práticas cotidianas, reveladoras do modo de existência, são exaustivamente perseguidas pelos autores em geral, analisando através dos domicílios, parentelas, vizinhança, locais de lazer e reuniões diversas, já que elas, por um lado, são objeto de atenção da sociedade capitalista, cuja necessidade de perpetuação implica controlar a totalidade das relações sociais, tanto as institucionais como as que se desenvolveram na vida cotidiana, e,

¹³ BRANDÃO, Carlos Rodrigues (Org.). Territórios do cotidiano. In: MESQUITA, Zilá. *Dilemas e desafios da historiografia brasileira*. Porto Alegre:ed. UFRGS; Santa Cruz do Sul:ed. Unisc, 1995. p. 59.

¹⁴ HELLER, *O cotidiano e a história*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1989. p. 16.

¹⁵ ELIAS, Norbert. *O processo civilizador*. Rio de Janeiro: Zahar, 1984. p. 234-240.

por outro, vão constituir inúmeras formas de resistência organizada, de confronto com o sistema, fora das instituições formais da produção e do poder.¹⁶

De acordo com Brandão e Peterson, entre 1980 e 1990, descobriram-se caminhos particularmente interessantes para recuperar a experiência vivida pelos agentes sociais. O aumento de trabalhos e a discussão gerada em torno do cotidiano não se devem somente à “crise da modernidade”, como apontado por um número considerável de historiadores. Devem-se atentar, no mínimo, para dois aspectos: de um lado, a crítica à epistemologia racionalista, às grandes narrativas legitimadoras, à hegemonia do discurso científico e o reconhecimento do estatuto gnoseológico de outras formas de conhecimento, como o senso comum, forma do cotidiano por excelência;¹⁷ de outro, a recusa às grandes sínteses, aos macro-objetos, às explicações de caráter estrutural, voltando-se ao fragmentário, fortuito, irracional e habitual, que aparentemente são conteúdos da vida cotidiana.

A historiografia brasileira recebeu influências de diversas formas e de diferentes procedências, tanto da academia francesa quanto da inglesa. Não é casual que os teóricos do cotidiano sejam em número significativo compostos de filósofos e sociólogos. Entre os historiadores franceses da *Nouvelle Histoire*, podem-se citar Jacques Le Goff, Paul Veyne, George Duby, Michel De Certeau e Michel Foucault. De inspiração marxista, Edward Thompson, Eric Hobsbawn, Raphael Samuel, Peter Burke, Carlo Ginzburg e Michel Vovelle, que também contribuíram significativamente no sentido de renovação temática, teórica e metodológica.¹⁸

Dentre tantos, podem-se ainda mencionar como estudiosos do cotidiano Agnes Heller e Karel Kosik, no âmbito da história. No campo marxista, pode-se assinalar uma linha de

¹⁶ BRANDÃO. Territórios do cotidiano. In: MESQUITA (Org.), *Dilemas e desafios da historiografia brasileira*. p. 60.

¹⁷ Id. p. 49-51.

¹⁸ TEDESCO, João Carlos. *Nas cercanias da memória: temporalidade, experiência e narração*. Passo Fundo: UPF; Caxias do Sul: Edusc, 2004. Parte I.

reflexão que procede de Lukács, especialmente na obra *Estética*, que estabeleceu elementos fundamentais de uma teoria do cotidiano, não só pelo desenvolvimento de uma categoria, mas, essencialmente, pela perspectiva integradora com que o autor analisou o objeto de estudo.

Para Lukács, não há indivíduo ou sociedade sem vida cotidiana. Por mais natural que pareça, não se pode esquecer que a trajetória da vida humana, do nascimento até a morte, constitui-se numa cotidianidade. Espaço e tempo de constituição, produção e reprodução do ser social, a vida cotidiana é ontologicamente insuprível, mas Lukács não lhe atribui uma existência abstrata, separada da história. Em cada sociedade, a estrutura da vida cotidiana é concreta e distinta quanto ao seu âmbito, ritmo, regularidades e comportamentos em face da cotidianidade. O cotidiano não se desloca do histórico; é, antes, um de seus níveis constitutivos: o nível em que a reprodução social se realiza na produção dos indivíduos enquanto tais.¹⁹

Lefebvre apresentou o cotidiano como um lugar social de convergências entre as diferentes relações e estruturas de uma sociedade, que assegura o seu funcionamento conjunto. Para ele, a vida cotidiana não é unicamente apresentada como alienação, mas também como vivido. Não é só o lugar da lógica de funcionamento do sistema institucional. O vivido é digno de interesse, ao mesmo tempo, como resistência, não somente como resíduo produzido historicamente pelo nascimento das instituições. Para Lefebvre, o horizonte de análise da vida cotidiana abarca três elementos indissociáveis: o trabalho, o lazer e a família.²⁰

No ponto de vista metodológico, Lefebvre considerou que as passagens ou permanências constitutivas da vida cotidiana, aparentemente informes e triviais, não podem ser determinadas em seu caráter concreto por meio de mera recompilação empirista, que

¹⁹ LUKÁCS, G. *Estética I: la peculiaridad de lo estético*. Barcelona: Grijalbo, 1966. p. 11-15.

²⁰ LEFEBVRE, Henri. *Critique de la vie quotidienne*. Paris: L'Arche, 1947, 1968 e 1981. p. 56.

prescinda de uma teoria e um método. Por outro ângulo, como reflexão sobre uma realidade parcial da vida social, a análise da vida cotidiana não pode prescindir de teses e hipóteses sobre o conjunto da sociedade.²¹

Mesmo apresentando divergências entre si, Lefebvre e Heller entendem a vida cotidiana como objeto privilegiado de estudo. Ambos tematizam o indivíduo, as representações, a reprodução das relações sociais, a rotina e o uso do tempo como um lugar de embasamento entre o concebido e o vivido na cotidianidade

Observa-se que diversos autores elegeram o cotidiano como tema central de suas reflexões, no decorrer das últimas décadas do século XX. O cotidiano serve de referencial, enquanto os objetos históricos se movimentam na cotidianidade. A título de exemplificação, é possível reportar-se novamente a Michel Foucault, que desenvolve uma discussão acerca da cotidianidade, na ótica da concepção de poder como prática cotidiana na sociedade moderna. Sua contribuição para o tema cotidiano está na constituição da teoria dos micropoderes, em que aproxima a análise política das pequenas práticas cotidianas, desenvolvendo a idéia de que a opressão tem sua origem não em construções mentais, mas num conjunto de diminuídos mecanismos que se infiltram na trama social.²²

Para mostrar a relação entre poder e cotidiano, Foucault desenvolve mecanismos de poder que são vistos, primeiramente, em sua gênese espontânea, nos grupos primários, familiares, comunitários e de convivência informal, para, posteriormente, apresentá-los como ações apropriadas pela burguesia, por uma classe, para seus próprios fins políticos, econômicos e sociais.

No âmbito dos pós-modernos, podem-se citar Lyotard e Maffesoli. Integrando uma nova tendência paradigmática, Maffesoli, do campo da sociologia compreensiva, discute a

²¹ LEFEBVRE, Henri. *A vida cotidiana no mundo moderno*. São Paulo: Ática, 1991.

²² FOUCAULT, *Microfísica do poder*.

questão do cotidiano no aspecto epistemológico, não na teorização do tema. Mesmo assim, é comum encontrar referências do autor em diversos trabalhos que analisam a questão cotidiano no campo historiográfico.

O centro de discussão do pensamento de Maffesoli passa pela desconfiança da excessiva teorização, pela crítica às construções teóricas exclusivamente racionais, à lógica redutora de conceitos que se impõem coercitivamente sobre a própria vida social, cuja dinâmica e inacabamento superam a tentativa de teorização de inspiração cientificista e positivista. Dessa perspectiva, propõe que se desenvolva uma forma de conhecimento que recupere a importância do senso comum, já que ele não é insignificante para o conhecimento. Trata-se de uma linha de investigação que quer reintroduzir na análise as dimensões míticas e imaginárias que a epistemologia racionalista havia anulado – se a vida cotidiana é fragmentada, polissêmica, constituída de momentos comuns e adversos, é necessário admitir que esses elementos não podem ser desprezados na análise social.²³

Maffesoli aponta para a construção do conhecimento relativo ao cotidiano, à incerteza ou a verossimilhança e acrescenta que não se trata de fazer apologia ao irracionalismo e, sim, de esboçar uma teoria do conhecimento que admita variáveis estruturais inacabadas na sociedade. Exige-se, assim, tanto um olhar atento por parte do pesquisador, acessível à mudança conceitual, como comungar com o inacabamento intelectual.

Nessas diversas correntes, mesmo com suas abordagens diferenciadas e até excludentes em alguns casos, observa-se que a banalidade do cotidiano não é irrelevante e que as ações diárias do presente não são tão comuns como se apresentam. Desse modo, definir o cotidiano não é algo tão fácil, nem tão banal, mas, antes de tudo, implica assumir posturas epistêmicas em conflito.

²³ MAFFESOLI, *O conhecimento do cotidiano*.

Segundo Tedesco, muito se fala sobre o cotidiano, tratado em vários textos como categoria de análise, como parte de um todo, como uma esfera do social, como uma dimensão da realidade que carrega consigo características peculiares, como senso comum, alienação, mesmismo, que anda por si etc.²⁴ Entretanto, Heller alerta que vários são os conceitos e justificativas teóricas para o tema cotidiano. Porém, independentemente de sua conceitualização e seus paradigmas, todos reconhecem que não há uma realidade humana que não esteja, bem ou mal, imbricada e vinculada à realidade do concreto cotidiano, ou que não esteja inserida numa cotidianidade.²⁵

Um princípio básico para essa assertiva é que todos possuem uma vida cotidiana, considerando suas ambigüidades, complexidades, conflitos, contradições, elevações, ocupações e rotinizações. Sabe-se que a vida ou prática cotidiana é, antes de tudo, um produto histórico; ela se relaciona e possui uma ligação imprescindível com os movimentos, as rupturas e as continuidades que as várias modalidades organizativas e de existência social assumem. Segundo de Certau, é um espaço de usos e táticas, de desvios, de tecnologias disseminadas, como a arte de falar, de fazer, de registrar e de silenciar.²⁶

Já Azanha afirma que, para se conhecer e compreender a vida cotidiana, é necessário restabelecer as relações dialéticas recíprocas e de implicações entre os fatos. Seguindo esse conceito, os fatos não ficam mais pura e simplesmente hierarquizados ou sem relação. A cotidianidade relaciona-se estreitamente às formas de organização e de existência da sociedade.²⁷

É justamente nesse aspecto que se dá a crítica à cotidianidade como objeto de análise, ou melhor, trata-se de abrir o cotidiano ao cultural, ao histórico, ao político, ao social,

²⁴ TEDESCO, João Carlos. *Paradigmas do cotidiano*. Introdução à constituição de um campo de análise social. 2.ed. Santa Cruz do Sul: Edunisc; Passo Fundo: UPF, 2003. p. 20-25.

²⁵ HELLER, Agnes. *O cotidiano e a história*. São Paulo: Paz e Terra, 2000.

²⁶ CERTAU, Michel de. *A invenção do cotidiano*. Petrópolis: Vozes, 1994. p. 30-35.

²⁷ AZANHA, José Mário. *Uma idéia de pesquisa educacional*. São Paulo: Edusp, 1992.

impulsionando, com isso, uma transformação substancial do cotidiano. Dessa forma, a vida cotidiana passa a ser um nível mediador entre as esferas superiores genéricas e o mais simples, o mais comum e evidente. Lefebvre acrescenta: é um misto de natureza e de cultura, de história e de vazio, de individual e social, de real e irreal, um lugar de transição e de encontro, de interferências e de conflitos, enfim, um nível de realidade.²⁸

Mesmo que as transformações no âmbito das esferas superiores genéricas ocorram de forma rápida, avançando e invadindo a cotidianidade, as relações tradicionais permanecem. Observa-se claramente que as continuidades estão presentes em meio às rupturas, apresentando, inclusive, limites e imbricações na racionalidade técnica. A complexidade do cotidiano não se resume ao fetichismo linear da técnica, fruto de interferências múltiplas, mas por preservar uma riqueza imensa frente a uma realidade programada.

Lefebvre atribui a essas permanências ou mutações a denominação de “catástrofe silenciosa”. O cotidiano luta por preservar a antiga realidade, as antigas representações, as quais objetivam se perpetuar na prática social. Em geral, o cotidiano não pode ser transformado sem uma alteração das estruturas sociais, das representações coletivas e das condições materiais que o condicionam e que o colonizam, as quais o transformam em cotidianidade.²⁹

A história do cotidiano propõe enxergar a realidade na perspectiva das pessoas comuns e das práticas, hábitos e rituais que caracterizam o dia-a-dia delas, tirando o foco dos grandes nomes e acontecimentos políticos e econômicos e voltando-o para a riqueza que está próxima de todos, impregnada pela aparente banalidade do cotidiano; investigar, por exemplo, como os cidadãos nascem, vivem e morrem.

²⁸ LEFEBVRE, *A vida cotidiana no mundo moderno*.

²⁹ Id. p. 55.

A ordem do cotidiano está contida na história. Torna-se pouco proveitoso perceber a história senão permeada pelos acontecimentos do cotidiano, de onde tudo parte, como sugere Agnes Heller, quando afirma que a vida cotidiana não está “fora” da história, mas no “centro” do acontecer histórico: é a verdadeira essência da substância social.³⁰

1.3 Outros caminhos: história oral

Considerando o alargamento dos objetos de pesquisa da história e a crescente busca de aportes para se pensar a sociedade em seus vários aspectos e períodos, os pesquisadores têm se utilizado de metodologia conhecida como história oral. Quando o assunto é *história oral*, dois pontos de vista são repetidos à exaustão: trata-se de uma metodologia para criar novas fontes à investigação; é metodologia reabilitada em tempos recentes, com características inovadoras.³¹

O consumo dos trabalhos de história oral tem surpreendido mesmo os mais otimistas, revelando o caráter público desse tipo de produção. Ao mesmo tempo, torna-se maior a responsabilidade de seus produtores, que têm de desenvolver critérios de apreensão, guarda e interpretação das informações recebidas e transportá-los para suas análises historiográficas.

O uso de metodologia em história oral tem marcado presença nas disciplinas universitárias e atuado diretamente na conduta de museus e arquivos do mundo inteiro. Não apenas institucionalmente, mas também em nível de coleções e lembranças familiares, e até

³⁰ HELLER, *O cotidiano e a história*. p. 20.

³¹ CONSTANTINO, Núncia Santoro de Teoria da História e reabilitação da oralidade: convergência de um processo. In: ABRAHÃO, Maria Helena (Org.). *A aventura (auto)biográfica: teoria e empiria*. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2004.

mesmo pessoais, a democratização do acesso oportunizada pelos meios eletrônicos tem facilitado o registro digital em forma de vídeo, fotos e DVDs.

Por meio da história oral, podem-se observar aspectos ocultos das manifestações coletivas; elite e minorias têm encontrado espaço para abrigar suas palavras, dando sentido social às experiências vividas sob diferentes circunstâncias. Meihy acrescenta: “É matéria essencial da história oral a humanização das percepções que até então têm sido, geralmente, vistas como expressões institucionais, de macroestruturas: partidos políticos e processos como a industrialização, o comportamento da relação campo-cidade”.³²

Atualmente, a história oral já se constitui em parte integrante do debate sobre a função do conhecimento social e atua em uma linha que questiona a tradição historiográfica centrada em documentos oficiais. Sem dúvida, a história oral é parte inerente dos debates sobre as tendências da história contemporânea.

Uma parte significativa dos trabalhos de história oral tem se ocupado do cotidiano – exatamente por se equiparar aos sem histórias é que se verificam pontos comuns. Além disso, utiliza-se positivamente o recurso da história oral como forma de reorganizar os espaços sociais de grupos humanos, e que, sob nova interpretação, podem-se perceber as tramas de relações que constituem e se desenvolvem no social. Por meio da oralidade, pode o historiador produzir um texto-documento que, em qualquer circunstância, precisa ser analisado. Além disso, sendo a história oral definida como metodologia, torna-se indissociável da teoria da história.³³

O trabalho calcado no cotidiano exige prudência por ser de difícil precisão, dadas as pluralidades de pólos ou fatores sociais constitutivos. Exemplificando, pode-se indicar que um determinado hábito de um grupo pode ser identificável como aspecto da vida ou prática

³² MEIHY, José Carlos Sebe Bom. *Manual de história oral*. São Paulo: Loyola, 2000. p. 14.

³³ CONSTANTINO, Núncia Santoro de. *Caixas no porão: vozes, imagens, histórias*. Porto Alegre: Biblos, 2004. p. 31.

cotidiana. Entretanto, se esta não for analisada apontando para a necessidade de reconstrução global das relações como um todo, obter-se-á somente uma narrativa categorizada.

Considera-se importante registrar que, em história oral, o coletivo não corresponde à soma dos particulares. A observação do único é básica para se formular o respeito à experiência individual que justifica o trabalho do depoimento. Também não se pode deixar de assinalar que os estudos que trabalham com a perspectiva da cotidianidade devem não apenas marcar as semelhanças e afinidades internas dos indivíduos, para que não ocorra a dispersão do tema em razão dos diversos elementos elencados pelo depoente durante a construção do documento oral.

Várias definições a respeito da história oral têm surgido desde suas primeiras incursões pelo mundo da ciência. Constantino considera-a como “metodologia e, assim, procura-se demonstrar que é indissociável à teoria da História e, como tal, há muito se encontra restabelecida e até mesmo revigorada à investigação histórica”.³⁴

Como um dos grandes responsáveis por esse processo destaca-se Paul Thompson, que define história oral como a mais nova e a mais antiga forma de fazer história. Sabe-se que, através dos séculos, a história dos povos foi transmitida pela tradição oral, mas o caráter renovador deve-se, justamente, ao trabalho sistemático de recuperação da memória e à possibilidade de permanente utilização da fonte oral em instituições encarregadas de preservar documentos, como é o caso dos arquivos de som.³⁵

Como metodologia da contemporaneidade, a história oral deve responder a um sentido de utilidade prática e imediata, permitindo, assim, que não se esgote no momento da elaboração e transcrição da entrevista. Essa relação mantém um compromisso de registro

³⁴ CONSTANTINO, Núncia Santoro de *Teoria da História e reabilitação da oralidade: convergência de um processo*. IN: ABRAHÃO, Maria Helena (Org.). *A aventura (Auto) Biográfica: Teoria e Empíria*. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2004.

³⁵ THOMPSON, Paul. *A voz do passado: história oral*. Rio de Janeiro: Paz e Terra.

permanente que se projeta para o futuro, possibilitando que outros possam vir a usá-la de diversas maneiras.

Segundo Tedesco, a história oral, quando provocada por questões ou temas, pode revelar um universo de desejos sociais não esgotados e personagens idealizados por um tempo e que pedem sua continuidade. Se o valor da história oral pode ser questionado como método de investigação, por trazer no seu bojo as limitações da subjetividade, pode, de outra parte, trazer contribuições decisivas na organização educacional, uma vez que o universo rememorado é um trabalho onde se encontram as vontades e os sonhos, as casas e o público, as autoridades a quem se obedece, podendo-se colher a lição da comunidade que ainda não foi concluída.³⁶

Meihy também adverte sobre o cuidado com posturas nostálgicas em virtude dos avanços da tecnologia moderna, especialmente quanto ao uso de meios eletrônicos, como CDs, DVDs, gravadores, vídeos e computadores. As possibilidades eletrônicas não devem ampliar a produção de fontes orais pela facilidade que os meios oferecem, mas, sim, pela sua significativa contribuição histórica. Sabe-se que “a história oral se apresenta como forma de captação de experiências de pessoas dispostas a falar aspectos sobre sua vida”.³⁷

As novas tecnologias simplificaram o trabalho do pesquisador, sem dúvida, mas a utilização da história oral nos últimos anos pressupõe, sobretudo, uma transformação radical na forma de pensar o objeto da história e o seu método de investigação. O historiador, colhendo depoimentos, transforma-os em documentos, que, como sempre, precisa interpretar. Isso só é possível quando reconhece a necessidade de estabelecer comunicação com outras áreas do conhecimento, salientando-se a importância da interdisciplinaridade. Tornam-se imprescindíveis para o historiador aportes da lingüística, da sociologia, da antropologia, da

³⁶ TEDESCO, João Carlos (Org.). *Usos de memórias*. Passo Fundo: UPF, 2002. p. 87.

³⁷ MEIHY, José Carlos Sebe Bom. *Manual de História Oral*. São Paulo: Loyola, 2000. p. 26.

psicologia e da geografia. Para interpretar um depoimento, ele precisa conhecer mais do que o significado das palavras, precisa ler nas entrelinhas, nos silêncios dos depoentes; necessita saber sobre questões de estrutura e de estratificação social; deve conhecer formas de transmissão cultural, mecanismos de memória; precisa ter esclarecido conceitos de espaço e de tempo; precisa, sobretudo, saber história para entender a história que os depoentes narram, como sempre precisou para entender os documentos escritos que lhe serviram de fonte.³⁸

O uso de história oral, neste trabalho, representa uma ferramenta que parte do princípio de que se constitui num objeto definido – enfermidade e morte –, com procedimentos claros e pré-estabelecidos, que a justificam como uma metodologia. Nesse caso, ela encerra o fundamento da pesquisa; é sobre ela que se organiza o projeto de trabalho. Na possibilidade de uso de outras fontes, sujeitam-se ao debate central decorrente das fontes orais, sem sua anulação ou privilégio.

Aspectos ligados ao tempo histórico também constituem preocupação para o debate sobre o discurso da história oral. Meihy destaca três tempos nas narrativas de história oral: tempo antigo, tempo de mudanças essenciais e tempo da narração. É comum dizer que a história oral é tão velha quanto a própria história. Vários autores afirmam que toda história, antes de ser escrita, passou pela oralidade.³⁹

História oral, de modo geral, é um campo em que, independentemente das várias tradições disciplinares, com várias categorias e diferentes linhas de trabalho, tem encontrado um território para o diálogo sobre maneiras de abordagem das entrevistas e espaços de trocas de experiências.⁴⁰

³⁸ CONSTANTINO, Núncia Santoro de Teoria da História e reabilitação da oralidade: convergência de um processo. In: ABRAHÃO (Org.). *A aventura (auto)biográfica*.

³⁹ Cf. Paul Thompson, Jan Vansina, Nuto Revelli, Franco Ferrarotti, Alessandro Portelli, Luisa Passerini e Mercedes Vilanova.

⁴⁰ FRASER, Ronald. História oral, história social. In: *História social*. Valência: Instituto de História Social, n.17, 1993. p. 131.

1.4 História das doenças

Assinala-se que termos como “afecção”, “doença”, “enfermidade” e “moléstias” são, não raro, utilizados como sinônimos – e tais elementos ligam-se diretamente à concepção e à representação de corpo. Porém, considera-se necessário apresentar suas diferenças. A diferença semântica entre afecção, doença, enfermidade e moléstia tem sido objeto de indagação tanto do ponto de vista lingüístico e histórico, como da terminologia médica.

O grego clássico serve de fonte para a ciência médica, que nele busca os elementos formadores de sua terminologia. Para expressar doença com radicais gregos, utilizam-se os temas *nósos* e *páthos*, com os quais se formaram numerosos compostos, tais como nosologia, nosografia, patologia, cardiopatia, patogenia, entre outros. *Páthos*, em grego, tem um sentido muito mais amplo do que *nósos*, e tanto se refere ao infortúnio físico, como ao moral, e às paixões exacerbadas.⁴¹

Para designar o estado mórbido prevaleceram de um modo geral, na terminologia médica, palavras de origem latina, populares ou semicultas, de livre trânsito entre médicos e leigos, como achaque, incômodo, padecimento, mal, afecção, doença, enfermidade, moléstia. As quatro últimas são as de maior uso no vocabulário médico. Originalmente, cada uma delas caracterizava um aspecto particular da perturbação da saúde, o que estava implícito em sua própria etimologia.

O termo “afecção” provém do latim *affectione*, ação de afetar, influência; estado resultante da influência sofrida; modificação. Doença, em latim, era designada por *morbis*, *-i*, resultando daí mórbido, morbidade, morbífico e morbígeno; em Língua Portuguesa, a palavra “doença” procede do latim *dolentia*, de *dolens*, *-entis*, participio presente do verbo *doleo*

⁴¹ REZENDE, Joffrei M. *Linguagem médica*. 3.ed. São Paulo: AB, 2004.

(*dolere*), sentir ou causar dor, afligir-se, amargurar-se.⁴² “Enfermidade” corresponde ao latim *infirmitas*, *-atis*, decorrente de *infirmus*, que, por sua vez, resultou da fusão do prefixo *in* (negação) + *firmus*, firme, robusto, saudável, denotando, portanto, debilidade, fraqueza, perda de forças. Já “moléstia” provém de igual palavra latina, *moléstia*, *-ae*, que exprime enfado, incômodo, estorvo, inquietação, desassossego.⁴³

Assim sendo, cada uma das palavras em estudo tinha, originalmente, seu conteúdo semântico próprio. Afecção expressava as modificações sofridas pelo organismo resultantes da ação de uma causa; doença traduzia o sofrimento, a dor que acompanha os estados patológicos; enfermidade caracterizava o enfraquecimento, a debilitação do organismo; e moléstia refletia a sensação de desconforto e mal-estar que acompanha o estado mórbido. O uso alternativo de um ou de outro termo para indicar uma condição que enfeixa o significado dos demais, forçosamente, levaria a uma metonímia, o que efetivamente ocorreu. As tentativas de manutenção das diferenças semânticas entre essas quatro denominações, tanto no passado como no presente, têm sido infrutíferas, sem qualquer resultado prático.

Plácido Barbosa, em seu *Dicionário de terminologia médica portuguesa*, reconhece a impossibilidade de manter a distinção semântica entre moléstia e doença: “Moléstia” tem significação originária como enfado, incômodo, ação ou efeito do que é molesto, não a de doença, que hoje se lhe dá. Todavia, como a doença é sempre acompanhada de maior ou menor moléstia, essa relação constante favoreceu e determinou a metonímia, pela qual moléstia passou a significar doença. Essas mudanças de sentido são fenômenos naturais na vida das palavras, e não há que estranhá-lo em relação à moléstia.⁴⁴

Miguel Couto, numa tentativa de atribuir um significado próprio a cada um dos nomes, propõe as seguintes definições: *Doença* – termo genérico, significando qualquer

⁴² SARAIVA, F.R.S. – *Dicionário latino-português*, 9.ed. Rio de Janeiro: Garnier, 1993.

⁴³ Id.

⁴⁴ BARBOSA, Plácido. *Dicionário de terminologia médica portuguesa*. Rio de Janeiro: Liv. Francisco Alves, 1917.

desvio do estado normal; *moléstia* – conjunto de fenômenos que evoluem sob a influência da mesma causa; *afecção* – conjunto de fenômenos na dependência da mesma causa; *enfermidade* – desarranjo na disposição material do corpo.⁴⁵ Reconhecendo a autoridade dos autores citados e a diferenciação na terminologia, utilizam-se, nesta tese, os conceitos de Miguel Couto.

Doença, enfermidade e moléstia são ocorrências que uma ou mais vezes, ao longo da vida, apresentam-se ao corpo humano. São questões que representam interrogações de longa data; mesmo apresentadas de modo simples, são motivo de curiosidade e preocupação desde os primórdios da humanidade, pois têm implicações coletivas e sociais que exigem tentativas históricas em solucioná-las, o que não pode ocorrer mediante respostas singelas e diretas.

As tentativas de cura e a organização dos serviços de saúde formam instituições antigas no Ocidente, mas em constante transformação, condicionadas pela evolução das relações entre o homem e a natureza e dos homens entre si. A relação do homem com a natureza, como já assinalado, gera-se, essencialmente, pelo fator da apropriação e, mediante o avanço em termos quantitativos e qualitativos, marca o desenvolvimento das forças produtivas, que, no caso da doença, concretiza-se pelo progresso das técnicas de prevenção e cura, como fenômeno biológico e social, evitando o seu oposto – a morte.

As primeiras formas de cura foram atribuídas aos bruxos, curandeiros, demônios, semideuses, por meio de substâncias diversas, quer do reino animal, quer do mineral, quer do vegetal. O reino vegetal apresenta-se como o mais usado e apreciado pelas civilizações, em razão da facilidade de obtenção, fornecendo cascas, folhas, flores, frutos, raízes, resinas e sementes.

⁴⁵ COUTO, Miguel. *Clínica médica*. 3.ed. Rio de Janeiro: Flores & Mano Ed., 1936. p. 223.

1.4.1 Corpo e doença na evolução histórica

O instinto de minimizar a dor e de curar existe nos seres humanos, desde seu surgimento. Até mesmo os animais procuram se livrar da dor e das enfermidades. É assim que um animal ferido lambe os próprios ferimentos, fazendo uso da propriedade exterminadora de germes que há na saliva. Os instintos de cura são profundos e, por vezes, ultrapassam os livros e experiências da medicina convencional. Tal instinto, que leva a descobrir fontes de cura, está presente da mesma forma que outros instintos, como o que conduz todo ser humano a encontrar o seu alimento.

Na Antigüidade, as práticas de cura podem ser chamadas de “mágico-sacerdotais”⁴⁶, nomenclatura que se explica por várias razões. Uma análise sobre esse período pode revelar as relações existentes entre a mística e os atos religiosos ou com as práticas de saúde desenvolvidas pelos sacerdotes nos templos. Assim, associam-se às práticas religiosas, numa luta de milagres e encantamentos contra os demônios causadores dos males do corpo e do espírito. A cura era, portanto, um jogo entre a natureza e a enfermidade. O período corresponde à fase do empirismo, situada antes do surgimento da especulação filosófica, que ocorre por volta do século V a. C.⁴⁷

Dos gregos aos romanos, as artes de cura na Antigüidade passam de místicas e sacerdotais para a medicina aristotélica e hipocrática, a qual desencadeia uma relação de causa e efeito para as doenças. Já na especulação filosófica, promoveram-se alterações de atitudes, especialmente na investigação livre e na observação dos fenômenos, até então limitada, por causa da inexistência de conhecimentos anatomofisiológicos. Consolidada pela

⁴⁶ CALDER, Ritchie. *O homem e a medicina: mil anos de trevas*. São Paulo: Hemus, 1976. p. 47-51.

⁴⁷ Cada cidade possui um deus-protetor e cada atividade é regida por um ente mitológico. Assim, Apolo é venerado como o que espanta todos os males, Artemis é a protetora de mulheres e crianças. Hygiea é a deusa da saúde e Panacéia aquela que cura os males. Esculápio, filho de Apolo e discípulo de Centauro Chiron, é o deus da arte da cura e da cirurgia, sendo reverenciado nos templos denominados Asclepiades, que se espalharam rapidamente pelas cidades gregas

filosofia aristotélica, a doutrina hipocrática sobreviveu por vários séculos por meio de seus seguidores, tendo, posteriormente, fragmentado-se em orientações diversas, de acordo com os períodos históricos e a evolução humana.

Mesmo com a avanço da medicina na Grécia, não se pode deixar de citar outras regiões que se preocuparam e tiveram algum desenvolvimento nas práticas de saúde. Certamente, podem-se elencar as escolas médicas de Alexandria, Sicília e Ásia Menor, locais que se tornaram grandes centros culturais e desempenharam papel relevante na política e na higiene dos Estados. A Grécia centralizou a história por ter evoluído mais em relação à saúde do que as demais regiões; contudo, não é possível desconsiderar o envolvimento de Roma, cujo uso de práticas religioso-sacerdotais reporta à busca da cura às diversas enfermidades que se apresentavam na sociedade romana com o culto a Esculápio⁴⁸, ocorrido anteriormente ao período de formação do Império. Segundo Rostovtzeff, os romanos consideravam a prática médica como indigna a seus cidadãos comuns, razão por que eram os estrangeiros que se dedicavam a ela. Considerando a superioridade dos gregos na arte de curar, esta foi gradativamente sendo reconhecida. Assim, os barbeiros, escravos e flebotomistas que adotaram essas práticas foram aceitos e reconhecidos pela sociedade, chegando a fazer fortuna e a exercer os direitos de cidadãos.⁴⁹

O desenvolvimento das práticas de cura e a preocupação com as enfermidades que abalaram todos os tempos em diversos continentes também atingiram as populações eslavas. A Polônia, em especial, foi também influenciada durante a Antigüidade pelo império grego e desenvolveu atitudes frente à cura a partir da utilização de elementos próprios, fornecidos pela natureza e embasados em suas convicções religiosas.

⁴⁸ De acordo com a lenda, Esculápio foi filho de Apolo, por via de uma jovem terrestre. Apolo determinou que Quíron, o centauro, fosse seu tutor e seu professor quanto às maneiras de curar. Quíron foi o primeiro cirurgião, ensinando seu aluno de forma eficaz, sendo sobrepujado por ele.

⁴⁹ ROSTOVITZEFF, M. *História de Roma*. Trad. Waltensir Dutra. Rio de Janeiro: Zahar, 1983.

Nos primeiros séculos do período cristão, as práticas de saúde sofreram a influência dos fatores sócio-econômicos e políticos da Idade Medieval e da sociedade feudal. Com a queda do Império Romano, a Igreja tornou-se depositária do conhecimento – da sabedoria não somente relacionada com a medicina, mas também com a cultura geral – que havia convergido, através de milhares de anos, para a área do Mediterrâneo.⁵⁰

O período medieval inicia a história da medicina com dois entraves: a destruição da cultura greco-romana e o obscurantismo cristão. Os conhecimentos médicos que sobreviveram foram dispersados pelos mosteiros e difundidos pelas várias ordens da Igreja. Ao longo de oito séculos, a pesquisa esteve diminuta e, em alguns momentos, foi até suspensa – e Hipócrates havia ensinado que a doença não era punição nem castigo enviado pelos deuses, mas algo que necessitava ser estudado, como qualquer outro fenômeno natural estudado.

Acrescidas às adversas condições sociais, as grandes epidemias de lepra e sífilis que paralisaram a vida política e social, acompanhadas das seguidas estiagens ou inundações, reforçaram as superstições e as crendices que prosperavam, apoiadas na ignorância coletiva. Nessa perspectiva, a doença representava possessão demoníaca, e o cuidado com os desvalidos em geral – desocupados, doentes variados, loucos, órfãos – estava a cargo da Igreja. Dominado pelo clero, o controle acerca do conhecimento das práticas de cura e enfermidades, predominantemente caracterizado pelo ceticismo e desvinculado do interesse científico, dirigia-se para uma prática dogmática, desenvolvida quase que exclusivamente à sombra dos claustros, que, durante séculos, foram depositários do saber em todas as suas manifestações.

⁵⁰ CALDER, Ritchie. *O homem e a medicina: mil anos de trevas*. São Paulo: Hemus, 1976.

A grande participação do clero nas questões de saúde fez surgir inúmeras congregações e ordens seculares⁵¹, formando um contingente em favor da associação da assistência religiosa. “É assim que as congregações e ordens passaram a assumir a liderança na construção de hospitais, bem como na assistência, ligando definitivamente a prática da saúde aos mosteiros”⁵². Os primeiros hospitais foram, primeiramente, destinados aos monges; posteriormente, surgiram outros, para assistir os enfermos em geral e estrangeiros, em virtude da necessidade de defesa pública sanitária, causada pelas epidemias, da demanda dos povos peregrinos e das guerras.

Segundo Antunes, entre os primeiros hospitais instituídos destacou-se o nosocômio fundado por São Basílio (396-372), em Cesaréia, na Capadócia, e um grande hospital construído por Fabíola (380-400), em Roma. Os hotéis de Dieu, construídos na França (542-651), são citados como precursores do progresso na assistência hospitalar da época.⁵³ Os hospitais cristãos mantiveram-se em funcionamento dos séculos IV até o XIV, quando passaram a declinar rapidamente e converteram-se em instituições públicas para a prestação de assistência social, gerida pela iniciativa leiga.

Não diferindo de grande parte dos países da Europa ocidental, na Polônia, o controle do corpo, as práticas de cura e a construção de espaços asilares e hospitalares no Medievo ocorreram por meio de organizações religiosas católicas. A adoção do cristianismo católico na Polônia ocorreu no final do século X, a partir de decisão tomada pela elite política. Esse vínculo serviria de elo entre a Polônia e o restante da Europa ocidental, privando os príncipes germânicos do cómodo pretexto de fazerem ataques constantes por serem os poloneses, em sua maioria, pagãos.

⁵¹ A exemplo dos beneditinos e franciscanos.

⁵² GEOVANINI, Telma e outras. *História da enfermagem*. Versões e interpretações. Rio de Janeiro: Revinter, 1995. p. 10.

⁵³ ANTUNES, José Leopoldo Ferreira. *Hospital*. Instituição e história social. São Paulo: Letras & Letras, 1991.p. 59-70.

A adoção do catolicismo introduziu o Latim como língua do culto e das camadas dirigentes, abrindo as portas da cultura e das artes ocidentais para a Polônia. Com a cristianização, a posição política do imperador polonês Mieszko foi fortalecida. A estrutura política polonesa também se beneficiou no cenário internacional, em face dos demais impérios, como o reino tcheco e, principalmente, seus vizinhos que permaneciam pagãos.⁵⁴ O catolicismo polonês, por derivar de um acordo político, representou para as camadas dirigentes uma significativa melhoria na condição econômica e social, levando a que a maioria da população composta por camponeses ou proletários rurais e comerciantes formasse um padrão alterado de comportamento – ocidentalização –, que, com o passar dos séculos, pode ser observado na formação cultural, social e religiosa.

É possível obter informações sobre a fundação de hospitais na Polônia, no século XIII, em Boleslawiec e Bunzlau, coordenado o primeiro por clérigos e mantido financeiramente pela nobreza, e o segundo, de 1462, pertencente à nobreza e à incipiente burguesia comercial polonesa. No século XV, em Boleslawiec e outras regiões da Polônia, era possível utilizar-se do serviço de atendimento médico domiciliar e de farmácia. Também do século XV data a fundação de hospitais psiquiátricos em diversas regiões. Em Boleslawiec, o Hospital Psiquiátrico, como os demais hospitais, permaneceu com a mesma composição arquitetônica desde o início do século XV, perdurando boa parte da construção até a atualidade, apesar da destruição decorrente dos grandes conflitos mundiais.

⁵⁴ WACHOWICZ, Ruy Christovam. *O camponês polonês – raízes medievais na mentalidade emergente*. Tese de Concurso à Livre-Docência. Disciplina de História Medieval. Universidade Federal do Paraná. Curitiba, 1974. p. 24.



Figura 1 – Hospital Psiquiátrico de Boleslawiec, Polónia. Fonte: Acervo fotográfico particular de Krzysztof Strycki. Boleslawiec, Polónia, 2006.

No tocante à saúde, durante toda a Idade Média, partilhou-se da convicção de que a assistência espiritual era o remédio mais indicado em casos de doenças e outros infortúnios. A caridade era cultivada pelas religiões mais difundidas nas cidades europeias – cristianismo, islamismo e judaísmo –, cujos seguidores estimulavam e promoviam a edificação de vários hospitais, dentre outros estabelecimentos voltados à prestação de várias modalidades de assistência social. Antunes apresenta os hospitais mantidos pelas igrejas no Medievo como uma extensão dos templos, diferindo apenas pela disposição de camas em lugar de bancos e genuflexórios. Sabe-se que, durante muito tempo, os monges foram os únicos depositários da sabedoria médica clássica no Ocidente e tiveram seus conhecimentos aplicados em prol dos doentes.⁵⁵

É consenso no meio científico que, anteriormente ao declínio do período feudal, o sistema que envolvia as práticas de cura apresentava sinal de falência. Incapazes de coibir a malversação dos recursos destinados à manutenção, circundados dos conflitos e disputas com o poder civil, e insatisfeitos com os constantes atritos gerados pela competição entre monges médicos e profissionais leigos que praticavam a arte da cura, as autoridades eclesiásticas assentiram, a partir do século XIII, em transferir progressivamente as atribuições sociais

⁵⁵ ANTUNES, José Leopoldo Ferreira. *Hospital*. Instituição e história social. São Paulo: Letras & Letras, 1991. p. 60-61.

advindas do campo da saúde para a jurisdição secular. Sob a responsabilidade do poder público, as práticas de cura, delineadas na Idade Moderna, adquiriram feição diferenciada das existentes, ou melhor, da caridade cristã que se procurou imprimir no período medieval.

As práticas de saúde na Idade Moderna apresentaram-se, então, segundo uma nova ordem, com seus próprios caracteres estruturais. A necessidade de controlar as epidemias, em virtude do alto índice de mortalidade, e de disciplinar o funcionamento dos estabelecimentos hospitalares, a importância do controle a ser exercido sobre todos os aspectos relativos à permanência dos internos e o desejo de organizar o interior dos hospitais fizeram-se notar a partir do século XVIII, quando profissionais ligados às áreas da saúde e do bem-estar social efetuaram diversas visitas aos principais hospitais e lazaretos europeus.⁵⁶

Por causa desses motivos, a partir do final do século XIII, os estabelecimentos e práticas de cura foram tomados por espaços tidos como ideais para a imposição de dispositivos disciplinares derivados da atenção institucional à peste. As mudanças ocorreram de forma branda, pois, ainda que grande parte da população e os cientistas em geral reivindicassem alterações nos processos de cura, vários aspectos do funcionamento anterior conservaram-se. As instituições de atenção às doenças continuaram preferencialmente voltadas aos desprovidos e atendiam não só aos enfermos, mas também às vítimas de toda sorte de infortúnios, a quem ofereciam não apenas serviços médicos, mas cuidados gerais e assistência social. Sobretudo em razão de sua transferência administrativa ter derivado do consentimento mútuo de clérigos e do poder político, os rituais religiosos puderam continuar a ser celebrados regularmente em diversos estabelecimentos de saúde. Entretanto, pode-se dizer que a secularização do sistema hospitalar teve poucas alterações imediatas e foi apenas

⁵⁶ Id. p. 126-127.

parcial, pois, em alguns hospitais, os religiosos continuaram atuando também em nível administrativo.⁵⁷

Esse cenário perdurou até o século XVI, momento em que as transformações econômicas, políticas e sociais que se apresentaram com os movimentos de reforma religiosa e científica – Reforma Protestante, Renascimento e Iluminismo – repercutiram significativamente nos processos de institucionalização das práticas de cura, impondo-lhes novos parâmetros e alterando o conteúdo de sua inserção na cotidianidade urbana. As alterações implantadas no aspecto saúde na modernidade apresentaram, de imediato, uma nova realidade social, que se manifestou nos estabelecimentos de saúde por meio de um gradual aumento da demanda por seus serviços. O número crescente de requisições por serviços hospitalares foi, em parte, causado pelo êxodo rural que se seguiu à emergência da burguesia, causado pela alteração da matriz econômica e que refletia diretamente no rápido chamado à vida urbana para milhares de camponeses, que buscavam inserir-se neste novo mundo: o mundo do capitalismo comercial.

Acrescenta-se a isso a mudança do poderio econômico dos centros comerciais europeus, que haviam se deslocado das cidades mediterrâneas para aquelas situadas na costa atlântica, como Amsterdã, Londres e Sevilha, o que intensificou a ocorrência de migrações e peregrinações comerciais. Não se pode deixar de citar que, ao longo da história, as instituições de atenção às doenças estiveram tradicionalmente relacionadas à realização de viagens em condições precárias de abrigo, alimentação e transporte, motivo que gerou e disseminou enfermidades de longa data.

Quanto aos fluxos migratórios estimulados pelo Renascimento, além de impulsionar um grande número de pessoas para as grandes cidades, geralmente portando inúmeras mazelas, favoreceram a disseminação de desconhecidas doenças, o que resultou em dupla

⁵⁷LE GOFF, *As doenças têm história*.

preocupação: controlar as epidemias e moléstias já conhecidas e desenvolver mecanismos de inibição e cura das novas enfermidades que marcavam presença em diversas cidades.⁵⁸

Concomitantemente às diversas transformações, cabe considerar ainda, na questão econômica, o uso do recurso dos hospitais marítimos, nas regiões portuárias, como tática para burlar a fiscalização aduaneira e permitir a introdução nas cidades de mercadorias e objetos preciosos contrabandeados das colônias. Também se utilizou o quesito saúde durante o final da Idade Moderna para justificar, em âmbito militar, o internamento como subterfúgio para a deserção, bem como a incapacidade dos estabelecimentos de saúde militares de recuperar para a guerra os soldados enfermos ou feridos.

Durante boa parte da Idade Moderna, os estabelecimentos de saúde e práticas de cura mantiveram seu caráter de entidades promotoras de assistência social. Nesse período, contudo, uma nova função sobrepujou as atribuições benemerentes das tradicionais instituições, pois elas foram postas a serviço da segregação de contingentes populacionais tidos como perigosos ao convívio comunitário, como imigrantes, loucos, vadios, mendigos, portadores de doenças consideradas repulsivas ou de outras moléstias cujo caráter transmissível já era identificado.⁵⁹

Ao promoverem a exclusão e o isolamento asilar de ponderáveis segmentos sociais, os estabelecimentos de saúde, em especial os hospitais, submeteram-se ao controle e ao disciplinamento da vida urbana moderna. Nesse ângulo, podem-se perceber em seu funcionamento diversos pontos similares observados nos estabelecimentos penais do mesmo período. Mesmo sendo reconhecidos como espaço para a realização de vocação piedosa, com forte apelo cristão católico, os estabelecimentos de saúde teriam evoluído rumo a um caminho

⁵⁸ Id.

⁵⁹ ANTUNES, *Hospital*, 1991, p. 160-161.

que, no século XVIII, apresentou-se como devastador após se contabilizarem os enfermos que resultaram em óbito. Doença, dor e moléstia estavam muito próximas do ato de morrer.

Como consequência de diversas transformações que ocorreram, com preponderância no século XVIII, acreditou-se que as práticas de cura pudessem vir a exercer uma função terapêutica efetiva e potencialmente eficaz sobre os enfermos, caso superassem sua condição insalubre. Desde a Antigüidade, as instituições de atenção às doenças e o implemento da medicina haviam se desenvolvido de forma autônoma e independente, com raras oportunidades de uma aproximação mais estreita.⁶⁰

A partir do início da Idade Contemporânea, as atitudes diante da busca de cura, médicos e estabelecimentos de saúde convergiram para uma associação praticamente integral, o que se refletiu na solidez de uma relação entre enfermo e responsável pela cura. A figura do médico também passou a ser reconhecida e alcançou uma posição de destaque técnico e administrativo no estabelecimento sanitário. Esse processo apenas foi possível graças à realização de sucessivas reformas no ambiente físico dos principais estabelecimentos de saúde europeus, como já assinalado, as quais tinham como intuito a eliminação de diversos efeitos nocivos, como a infecção, já reconhecidos e analisados em âmbito científico. A reorganização dos hospitais também incluiu a emissão de novos regulamentos para condução diária, que promoveram a imposição de dispositivos disciplinares voltados à regularização de diversos aspectos relativos ao funcionamento desses estabelecimentos.

Seguindo a evolução desse período, a medicina também experimentou reformulações em sua orientação pragmática, o que conduziu a que se convertesse em prática eminentemente hospitalar. Nessa época, o saber médico proclamou a necessidade de se estabelecer um rígido controle sobre todas as questões que envolvessem os enfermos, desde a qualidade do ar e a temperatura do ambiente à estrutura física de hospitais e ambulatórios, à assepsia e à dieta

⁶⁰ Id. p. 162.

alimentar. Além das intervenções cirúrgicas e farmacológicas, passou-se a valorizar a ação do meio sobre o enfermo como instrumento de debelar suas moléstias.⁶¹

A partir do momento em que se deliberou sobre a estipulação do espaço como elemento terapêutico, os estabelecimentos de saúde e hospitais em geral passaram a ser concebidos como lugares favoráveis para a constituição de microcosmos individualizados, especialmente preparados para inserir cada doente de acordo com a sua doença e com as prescrições do tratamento que deveria ser seguido a partir do diagnóstico realizado pelos responsáveis no processo de cura.⁶² Para que essas transformações se efetivassem, houve a necessidade de que grande parte das práticas de cura e todos os recursos hospitalares fossem expressamente dirigidos às finalidades médicas, ficando submetidos ao comando funcional e administrativo da classe médica. Basicamente, foi essa a grande alteração observada no cotidiano das práticas de cura, refletida nos estabelecimentos de saúde e na relação dos homens com as enfermidades na Idade Contemporânea.

É nesse contexto de mudança que surge no cenário das práticas de cura a institucionalização da atuação do médico e a figura paradigmática de *paciente* aplicada àquele que sofre a ação terapêutica. Apresenta-se, então, à sociedade uma nova maneira de se registrar o surgimento do tipo contemporâneo da organização nas práticas de cura, cuja premissa consiste em tentar perceber esse processo não mais pelo estudo das características funcionais, administrativas e arquitetônicas dos estabelecimentos de atenção às doenças, mas focalizando o ponto de vista das pessoas enfermas ali internadas.⁶³

A individualização no tratamento e o disciplinamento médico nos estabelecimentos de cura, para o enfermo, apresentam-se como o surgimento do paradigma do paciente, o que lhe confere em vários momentos a condição de sofredor, resignado, vítima, induzindo-o a uma

⁶¹ LE GOFF, *As doenças têm história*.

⁶² PIRES, Denise. *Hegemonia médica na saúde e a enfermagem no Brasil (1500 a 1930)*. São Paulo: Cortez, 1989. p. 14.

⁶³ PIRES, *Hegemonia médica na saúde e a enfermagem no Brasil (1500 a 1930)*. p. 163.

condição desfavorável. Essa intervenção racionalizada provoca no adoentado a supressão instantânea e voluntária de sua intimidade, bem como a ruptura com o cotidiano e a expropriação do corpo doente do enfermo.⁶⁴

A nova ordem que adentrou nos processos de cura constituiu nos enfermos a diferença entre o ser político – titular dos direitos e deveres relativos à sua pessoa – e o seu corpo biológico – arena privilegiada em que médico e doença disputam, palmo a palmo, as células e os tecidos. Desse modo, as enfermidades podem assentar-se num limite em que a devolução dos corpos a seus verdadeiros donos depende do reconhecimento institucional da cura, único atestado capaz de permitir ao indivíduo usufruir de seu *status* de cidadão.⁶⁵

1.5 História das doenças no Brasil

As atividades ligadas ao controle da propagação das doenças foram estruturadas, nos séculos XVIII e XIX, para evitar a disseminação de moléstias nos agrupamentos urbanos que estavam surgindo ou apresentando sintomas de mau funcionamento sanitário. A execução dessa atividade exclusiva do Estado, por meio da polícia sanitária, tinha como finalidades observar o exercício de certas atividades profissionais, coibir o charlatanismo, fiscalizar embarcações, cemitérios e áreas de comércio de alimentos e controlar as doenças infecciosas, para que não se transformassem em epidemias e pandemias.⁶⁶

O conceito atual de doenças infecciosas resultou do desenvolvimento da microbiologia como disciplina científica, entre o final do século XIX e o início do XX. Nesse período, em

⁶⁴FOUCAULT, Michel. *O nascimento da clínica*. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1994.

⁶⁵Id.

⁶⁶WEBER, Beatriz Teixeira. *As artes de curar*. Medicina, religião e positivismo na República Rio-Grandense (1889-1928). Santa Maria: Ed. da UFSM; Bauru: Edusc, 1999. Cap. I.

razão do desenvolvimento de uma nova tecnologia, uma enorme quantidade de agentes infecciosos e seus vetores, reservatórios e mecanismos de transmissão puderam ser identificados, permitindo a consolidação de uma nosografia que já vinha se estabelecendo desde o final do século XVIII.⁶⁷ Durante séculos, o controle das doenças infecciosas ou demais fundamentava-se na medicina dos humores: “Os fatores ambientais como os ventos, a chuva, emanações reais ou imaginárias compunham um figurino de ação tipicamente hipocrático”.⁶⁸

No Brasil, poucas modificações ocorreram na organização e no planejamento da saúde até o século XIX. Até os primeiros vinte anos de 1800, a organização da saúde pública e o controle de doenças baseavam-se na figura do físico-mor, do cirurgião-mor e do provedor de saúde dos portos. Assim, o Brasil entrou no século XIX doente e sem recursos institucionais para enfrentar as doenças.⁶⁹ A saúde pública brasileira antes da República está repleta de medidas de intervenção ambiental, quase sempre nas cidades, ainda que a maioria da população fosse rural. A localização dos cemitérios e hospitais, a drenagem dos terrenos, a influência dos ventos e até de pessoas “nocivas”, como mendigos, doentes mentais ou “leprosos”, sempre constituíram um ponto central de preocupação.⁷⁰ A partir do final do século XIX, houve um salto de qualidade nas atividades de controle de endemias, em decorrência do advento da microbiologia como ciência. Varíola, febre amarela e cólera foram as que mais tiveram a influência das novas idéias.⁷¹

O início do século XX foi um suceder de estudos sobre a etiologia, ocorrência e outros aspectos de diferentes doenças endêmicas brasileiras, como os estudos de Gaspar Vianna

⁶⁷ COUTO, Miguel. *Clínica médica*, 3.ed. Rio de Janeiro, Flores & Mano.ed., 1936.

⁶⁸ SILVA, Luiz Jacinto. *O controle das endemias no Brasil e sua história*. São Paulo: Ciência e Cultura, v. 55, 2003. p. 31.

⁶⁹ PIRES, Denise. *Hegemonia médica na saúde e a enfermagem no Brasil (1500 a 1930)*. São Paulo: Cortez, 1989. p. 61.

⁷⁰ BENCHIMOL, J. L. *Dos micróbios aos mosquitos*. Febre amarela e a revolução pasteuriana no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz; UFRJ, 1999.

⁷¹ BENCHIMOL, J. L (Coord.). *Febre amarela: a doença e a vacina, uma história inacabada*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.

sobre a leishmaniose cutânea, de Lutz sobre a blastomicose sul-americana e a descoberta da doença de Chagas, em 1909. Esse fervilhante movimento científico, concentrado no Rio de Janeiro e em São Paulo, fez-se sentir sobre o controle das doenças. Assim, a febre amarela, que vinha causando epidemias sucessivas no Rio de Janeiro desde 1849, determinou a mais emblemática das ações de controle de endemias na história do país.⁷²

Ao mesmo tempo em que se estudava a transmissão da febre amarela e se concluía de maneira definitiva pela transmissão vetorial, Emílio Ribas, então buscando controlar a febre amarela nas cidades cafeeiras do Estado de São Paulo, passou a empregar o controle do *aedes aegypti* como estratégia única do controle da febre amarela. O sucesso obtido ainda no século XIX, determinou a adoção da estratégia em várias cidades de São Paulo e, posteriormente, por intermédio de Oswaldo Cruz, no Rio de Janeiro. Em 1908, a febre amarela urbana havia desaparecido de São Paulo e do Rio de Janeiro, ainda que permanecesse nas cidades costeiras do Norte e do Nordeste.⁷³

Em 1899, a peste bubônica chegava aos portos brasileiros, causando epidemias em Santos e no Rio de Janeiro. Foi a peste bubônica, mais do que a febre amarela, a responsável pelo desencadeamento da resposta governamental às endemias e epidemias que acometiam as cidades brasileiras. A investigação conduzida por Vital Brazil, em Santos, foi significativa e estabeleceu as bases dos serviços de controle da peste, que foi eficientemente controlada, não chegando a causar grandes epidemias e sendo eliminada do meio urbano, ainda que tenha permanecido em focos silvestres e rurais, hoje silenciosos, no Nordeste e na serra do Estado do Rio de Janeiro.⁷⁴

⁷² ALMEIDA, M. de; DANTES, M. A. M. O serviço sanitário de São Paulo, a saúde pública e a microbiologia. In: DANTES, M. A. M (Org.). *Espaços da ciência no Brasil. 1800-1930*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.

⁷³ PIZA, J. T. Esboço histórico da incidência de algumas moléstias infectuosas agudas em São Paulo. *Arquivo Higiene Saúde Pública*; v. 29. p. 7-46, 1964.

⁷⁴ PESSOA, S. B. *Problemas brasileiros de higiene rural*. São Paulo: Renascença. 1950.

Doença importada, de triste memória no imaginário europeu desde a Idade Média, a chegada da peste determinou uma enérgica resposta buscando sua erradicação, que levou à constituição do Instituto Butantan, em São Paulo, e do Instituto Oswaldo Cruz, no Rio de Janeiro, ambos, ainda hoje, duas grandes instituições de pesquisa em saúde pública e ciências biológicas do país.

A renovação urbana talvez tenha sido o grande legado da resposta sanitária brasileira do início do século XX. Pereira Passos, no Rio de Janeiro, Saturnino de Brito, em Santos, e Orozimbo Maia, em Campinas, solidamente apoiados pelos governos centrais, buscaram superar Hausmann e empreenderam reformas nas suas cidades, com destaque para as obras de saneamento.⁷⁵

No final do século XIX, houve uma reestruturação da vigilância sanitária, impulsionada pelas descobertas nos campos terapêutico e da bacteriologia, nos períodos que incluem a I e a II Guerra Mundial. Após a II Guerra Mundial, com o crescimento econômico, os movimentos de reorientação administrativa ampliaram as atribuições da vigilância sanitária, no mesmo ritmo em que a base produtiva do país era construída, bem como conferiram destaque ao planejamento centralizado e à participação intensiva da administração pública no esforço desenvolvimentista.⁷⁶

O impacto das endemias, na primeira década do século XX, fazia-se sentir, essencialmente, nas cidades. A necessidade de reduzir os problemas sanitários provocou várias atitudes concretas no âmbito estrutural dos Estados brasileiros em que as moléstias vinham se apresentando de forma mais incisiva ou aumentando o número de óbitos. Dentre essas atividades, podem-se citar a canalização de córregos, a drenagem de várzeas, a implantação de redes de água e esgoto. A necessidade de manter o controle sanitário

⁷⁵ BENCHIMOL, J. L. *Pereira Passos, um Hausmann tropical*. Rio de Janeiro: Departamento Geral de Documentação e Informação Cultural, 1990.

⁷⁶ BIRABEN, Jean-Nôel. Epidemias na história da população. In: MARCÍLIO, Maria Luiza (Org.). *População e sociedade: evolução das sociedades pré-industriais*. Petrópolis: Vozes, 1984.

promoveu, em vários Estados, a segregação de todos aqueles que, de alguma forma, não correspondiam às representação que a elite urbana fazia de si e de sua cidade.

Poucos anos antes, no final do século XIX, a recém-proclamada República havia se dado conta dos riscos decorrentes de ignorar o povo e a cultura dos diversos Estados brasileiros, pois sua constituição em termos de elemento humano era muito variada, o que representava sérios riscos no controle sanitário. Diversas epidemias, e muitas tendo como resultado uma trágica experiência, impulsionaram o governo brasileiro a determinar ao Instituto Oswaldo Cruz que realizasse uma série de expedições ao interior do país, com o fim de conhecer a realidade sanitária nacional.⁷⁷ A mais lembrada dessas expedições foi a de Artur Neiva e Belisário Penna, porém não se podem esquecer as de Oswaldo Cruz à Amazônia, advindas da construção da Estrada de Ferro Madeira-Mamoré; a de Lutz e Penna ao Nordeste, e a de Lutz, Souza Araújo e Fonseca Filho ao Sul do país, chegando à Argentina pelo Rio Paraná.⁷⁸

No cenário internacional, o final da I Guerra Mundial alçou os Estados Unidos da América à sua nova posição de destaque na ordem mundial e colocou o Brasil nos planos da Fundação Rockefeller, o braço sanitário internacional da nação norte-americana. Na época, o grande interesse da Fundação Rockefeller era a ancilostomíase, cujo controle se baseava na experiência adquirida no Sul dos EUA, no início do século, a febre amarela e a malária, estas últimas buscando reproduzir a experiência do exército norte-americano em Cuba e no Panamá.⁷⁹

A participação da Fundação Rockefeller teve um peso considerável na formação do pensamento sanitário brasileiro, influenciando-o até as décadas de 1950 e 1960. A instituição

⁷⁷ THIELEN, E.V et.al. *A ciência a caminho da roça: imagens das expedições científicas do Instituto Oswaldo Cruz ao interior do Brasil entre 1911 e 1913*. Rio de Janeiro: Fiocruz/Casa de Oswaldo Cruz, 1991.

⁷⁸ NEIVA, A.; PENNA, B. *Viagem Científica pelo Norte da Bahia, Sudoeste de Pernambuco, Sul do Piauí e de Norte a Sul do Goiás*. Membro Inst. Oswaldo Cruz, 1916. p. 74-224.

⁷⁹ BENCHIMOL, J. L. (Coord.). *Febre amarela: a doença e a vacina, uma história inacabada*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.

financiou o treinamento de uma geração de sanitaristas brasileiros nos EUA, em sua imensa maioria na escola de saúde pública da universidade Johns Hopkins, em Baltimore. Os três primeiros médicos brasileiros a receberem bolsa de estudos foram Carlos Chagas, Geraldo H. de Paula Souza e Francisco Borges Vieira.⁸⁰ Esse foi um período de intensa atividade e de grandes avanços no desenvolvimento de estudos e na tentativa do controle de doenças em solo brasileiro. A parceria com a Fundação Rockefeller foi reforçada em virtude de duas importantes circunstâncias: o retorno das epidemias de febre amarela urbana, com a epidemia de 1928-29, no Rio de Janeiro, e a detecção do *anopheles gambiae*, no Rio Grande do Norte.⁸¹

Quando a febre amarela deixou de causar epidemias nas capitais brasileiras, a partir de 1908, as atividades de controle do *aedes aegypti* foram gradativamente sendo relegadas a um segundo plano, até que, vinte anos depois, irrompeu uma epidemia no Rio de Janeiro, controlada a muito custo e com um contingente de dez mil agentes. Esta epidemia serviu como um sinal de alerta às autoridades, que entenderam haver a necessidade de programas de controle de endemias mais organizados e de caráter permanente, o que levou o governo brasileiro a firmar um acordo com a Fundação Rockefeller para o controle da febre amarela em todo o país.⁸²

1.5.1 Doenças endêmicas e epidemias: um processo de evolução

O final da II Guerra Mundial trouxe não só uma nova ordem mundial, mas também a idéia de que as doenças endêmicas eram passíveis de controle, quando não de erradicação. A capacidade organizativa adquirida pelos sanitaristas norte-americanos durante a guerra e a

⁸⁰ LUTZ, A.; SOUZA-ARAÚJO, H.C de; FONSECA Fº; O. da. *Viagem científica no Rio Paraná e Assunción com volta por Buenos Aires, Montevideo e Rio Grande*. Membro Inst. Oswaldo Cruz; 1918. p. 104-173.

⁸¹ BENCHIMOL, J. L. (Coord.). *Febre amarela: a doença e a vacina, uma história inacabada*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.

⁸² Id.

percepção de que o controle das doenças endêmicas e epidêmicas poderia ser um importante trunfo na busca de aliados durante a Guerra Fria, conduziram a que o governo norte-americano, por intermédio de diversas agências de cooperação internacional, assim como organismos internacionais de saúde – a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e a Organização Mundial da Saúde (OMS) –, empreendesse uma série de ações globais ou regionais com vistas ao controle e à erradicação de doenças.⁸³

No Brasil, essas ações tiveram pleno desenvolvimento, em razão de um grande número de sanitaristas formados no país e no exterior, os quais haviam acumulado uma significativa experiência no controle de diversas endemias ao longo de décadas. Apoiados pela OMS e OPAS, eles empreenderam duas grandes campanhas, cujo objetivo final era a erradicação da malária, com sucesso parcial, e do *aedes aegypti*, com sucesso total, ainda que de duração efêmera.⁸⁴

No início da segunda metade do século XX, havia uma grande proximidade entre essas organizações internacionais. O presidente da OMS era Marcolino Candau, um sanitarista brasileiro, e o da OPAS era Fred L. Soper, um sanitarista norte-americano, anteriormente da Fundação Rockefeller, que trabalhara por vários anos no Brasil, tendo sido responsável pelo programa de controle da febre amarela e pela erradicação do *annopheles gambiae* no Nordeste brasileiro.⁸⁵ Ao lado das sempre lembradas campanhas de erradicação do *aedes aegypti* e da malária, há uma outra, geralmente esquecida, mas com bons e duradouros resultados, que foi a campanha de erradicação da boubá (doença infecciosa, de efeitos semelhantes aos da sífilis). Essa foi, talvez, a campanha de erradicação mais eficientemente conduzida e de maior sucesso

⁸³ COSTA, Nilson do Rosário. *Lutas urbanas e controle sanitário: origens das políticas de saúde no Brasil*. Petrópolis: Vozes, 1986.

⁸⁴ PIZA, J.T. Esboço histórico da incidência de algumas moléstias infectuosas agudas em São Paulo. *Arquivo Higiene Saúde Pública*; v. 29. p. 7-46, 1964.

⁸⁵ Id.

em toda a história da saúde pública brasileira, mas também a mais freqüentemente esquecida.⁸⁶

A manutenção das agências de controle de endemias e de suas ações fazia parte da ideologia desenvolvimentista das décadas de 1950 e 1960, fortemente apoiadas, e, muitas vezes financiadas, por organismos internacionais e pelo governo norte-americano. O gradual desinteresse deste último pelo controle e erradicação de endemias, notadamente da malária, levou que o governo brasileiro pós-1964 passasse a relegar essas atividades para um plano cada vez mais secundário, pois estava preocupado com seu projeto de desenvolvimento de indústrias de base e de infra-estrutura, muito mais urbano do que rural. O centro das preocupações em saúde passou, então, a ser o oferecimento de atenção médico-hospitalar à crescente população urbana.

As ações de controle de endemias foram perdendo sua importância na lógica oficial, ainda que fossem mantidas, mas não mais com a prioridade dada no início da década de 1950. Tanto foi assim, que o *aedes aegypti*, erradicado em 1955, voltou a assolar o país por diversas vezes, embora sempre eliminado, até que, em 1973, ocorreu a reinfestação do país, não mais sendo alcançada a erradicação.⁸⁷

Analisando esse cenário, constata-se que, durante os séculos XIX e XX, o debate acerca do controle de doenças e sanitarismo urbano e rural, presente na ótica do contágio, envolveu principalmente engenheiros e médicos e instrumentou as intervenções realizadas pelo poder político.

⁸⁶ WALDMAN, E.A; SILVA, L. J. da; MONTEIRO, C. A. Trajetória das doenças infecciosas: da eliminação da poliomielite à reintrodução da cólera. In: MONTEIRO, C. A. (Org.). *Velhos e novos males da saúde no Brasil*. 2.ed. São Paulo: Hucitec/Nupens-US., 2000.

⁸⁷ PIZA, J.T. Esboço histórico da incidência de algumas moléstias infectuosas agudas em São Paulo. *Arquivo Higiene Saúde Pública*; v. 29. p. 7-46, 1964.

1.5.2 Condição social e doenças: imigração polonesa

Ao final do século XIX, os poderes públicos ampliaram suas intervenções para além do aparato legislativo, momento em que se organizou um aparelho de fiscalização sanitária. No Rio Grande do Sul, Porto Alegre foi a primeira cidade, a partir da década de 1920, a adequar-se a um novo momento de desenvolvimento econômico, inserindo-se no rol das capitais brasileiras que desenvolveram medidas de controle sanitário.⁸⁸ Uma das razões de grande preocupação estava centrada na chegada em massa de imigrantes europeus.

Mesmo sabedor de que grande parte da massa imigracional dirigia-se para os vazios demográficos, fora dos limites geográficos da capital, havia preocupação por parte do poder público de que a permanência de imigrantes em Porto Alegre ou em Rio Grande, durante um longo período, pudesse impulsionar a disseminação de moléstias, tanto brasileiras quanto européias. Para transformar a cidade num espaço sanitário saudável, foi buscada a superação de mais dois grandes problemas urbanos, segundo a ótica do poder público e das elites: a superlotação dos barracões que abrigavam os imigrantes e as condições de espaço não compatíveis para garantir a boa higiene e saúde.

Percebe-se que, apesar da existência de várias moléstias em diversas regiões do país, a preocupação do poder político era, sobretudo, com a vigilância dos portos, de modo a garantir o fluxo migratório, visto que as doenças poderiam tornar o país ameaçador para estrangeiros e para a própria economia nacional. A inquietude acerca das moléstias na figura do imigrante não era percebida somente nos órgãos responsáveis pelo fluxo migratório, mas também entre os próprios imigrantes.

⁸⁸ WEBER, Beatriz Teixeira. *As artes de curar. Medicina, religião e positivismo na República Rio-Grandense (1889-1928)*. Santa Maria: ed. da UFSM; Bauru: Edusc, 1999. p. 88.

Em cartas escritas por imigrantes, é possível encontrar a preocupação com moléstias, especialmente as epidemias, que vitimavam um número significativo de indivíduos toda vez que entravam em contato com esses grupos. Jan Wietrzykowski, em 1891, relatou, em carta endereçada à Polônia, que fizera boa viagem juntamente com outros imigrantes, porém mencionou que 50% das crianças do grupo estavam morrendo de doença. A enfermidade que o imigrante descreve diz respeito à varíola, cuja epidemia irrompeu em fins de 1890 e matou, em Caxias do Sul, nos barracões que abrigavam os recém-chegados, mais de cem crianças polonesas com idade inferior a sete anos. Até o início de 1891, foram vitimados mais poloneses, prosseguindo a mortandade no decorrer do mesmo ano. Tal acontecimento deixou os poloneses assustados, em razão do grande número de crianças mortas, enterradas em vala comum.⁸⁹

Sob o título “1890: tragédia em Caxias do Sul”, Gardelin registra o feito dessa epidemia que matou em Caxias do Sul, cenário dessa brutal tragédia, grande parte da população infantil dos poloneses recém-chegados ao Brasil. Cerca de cem crianças morreram no curto espaço de 60 a 70 dias, deixando aos imigrantes uma sensação de abandono e desalento.⁹⁰ A questão do sepultamento coletivo também é apontada por Gardelin: “Os pequeninos poloneses foram ceifados impiedosamente e, num dia, foram realizados quinze enterros. Os corpinhos eram sepultados em covas comuns, no cemitério local”.⁹¹

A tragédia permanece até hoje na memória de descendentes poloneses, fato que durante muito tempo acreditou-se tratar-se de um genocídio, suspeita que, para alguns, ainda persiste. Segundo Groch, o grande número de crianças polonesas mortas gerou grande abalo emocional, desconfiança e medo.⁹² Assim, provavelmente as razões de se desconfiar de um genocídio deviam-se às poucas providências médicas tomadas, à ausência de diagnóstico da

⁸⁹ STOLZ, Roger. *Cartas de imigrantes*. Porto Alegre: Edições EST, 1997. p. 111.

⁹⁰ 1890: tragédia em Caxias do Sul. *Correio do Povo*. Porto Alegre, 26 jan. 1974.

⁹¹ Id.

⁹² GROCH, Vanda Maria Krepinski. Entrevista realizada em 20 mar. 2003. Erechim.

doença e às dificuldades climáticas e geográficas vivenciadas pelo grupo, acrescidas do medo do desconhecido.

Soma-se à idéia de genocídio o fato de ocorrerem mortes somente no grupo polonês – não entre os italianos, que eram maioria na região. A justificativa encontra-se na atitude de isolamento do grupo polonês, que raramente dividia espaço de convivência com outras derivações européias, por causa da difícil e até inexistente comunicação, das diferenças nos hábitos alimentares, comportamentais e de higiene. Desse modo, com o aparecimento das enfermidades, o isolamento era ainda maior, fazendo com que o barracão se tornasse um “lazareto”. O registro de ter sido essa a epidemia polonesa confirma-se quando se depara com a lista de nomes das crianças falecidas, cujos sobrenomes são: Bartosz, Benizerski, Cirzewski, Josefinski, Klinski, Kubiak, Lewandoski, Lompa, Madejewski, Markolecki, Mazurek, Michalewski, Moraskowski, Panienski, Wirnicki, Zelewski, entre outros.⁹³

Stawinski, por outro lado, afirma que jamais houve entre os poloneses sobreviventes qualquer idéia de genocídio; nem atribui as mortes aos alimentos – causa cogitada durante muito tempo – e, sim, à varíola. Também rechaça a idéia de superpopulação nos barracões, a qual se deveria, segundo o depoente, ao hábito que os poloneses tinham de andar agrupados, de serem conservadores das suas tradições e fiéis à religião e ao patriotismo.⁹⁴ Entende-se que o discurso de Stawinski tente neutralizar a ação cometida pelos sobreviventes após a morte das crianças, quando um grupo descontente com a situação revoltou-se e atacou o almoxarifado da Empresa Colonizadora, situado em área central de Caxias do Sul, depredando o imóvel.⁹⁵

⁹³ 1890: tragédia em Caxias do Sul. *Correio do Povo*. Porto Alegre, 26 jan. 1974.

⁹⁴ Id.

⁹⁵ Arquivo Histórico do Rio Grande do Sul. Secretaria de Obras Públicas. Obras Públicas 52, 1891. Caxias do Sul.

Quanto à causa de óbito, existe divergência entre os depoentes e a bibliografia consultada. Stolz aponta como causa uma epidemia de varíola;⁹⁶ Gardelin afirma que a tragédia seria consequência de uma gastroenterite infecciosa febril do tipo de “cólera-morbus”; outros, ainda, apontam como causa a peste bubônica, em virtude do estado de fraqueza e sofrimentos passados na viagem.⁹⁷ Quanto aos depoentes, vários apontam como causa as péssimas condições dos gêneros alimentícios fornecidos pelo almoxarifado do governo, causa dificilmente aceita, pois havia, por parte deste, transporte gratuito até a colônia e ração alimentar compatível até a fixação do imigrante no lote colonial, visto que a vinda e instalação dos imigrantes compunham parte do plano político nacional.

Outra causa da morte das crianças seriam as condições físicas do barracão que abrigava os imigrantes poloneses, visto que se localizava próximo ao Moinho Andreazza e a um velho cemitério. O espaço abrigava um número superior de pessoas ao normal para os padrões da época, o que o deixava insalubre, fétido e extremamente quente, especialmente considerando que o período em que ocorreu a mortandade foi no verão. Gardolinski comunga dessa idéia das péssimas condições de higiene do barracão, por causa da superlotação de poloneses. Em seu relato: “A situação tornou-se muito séria, enquanto o governo não conseguiu dominar a marcha dos acontecimentos. Os mais fracos, principalmente as crianças, sucumbiram em massa”.⁹⁸

Nesse episódio, as crianças foram as principais vítimas, embora pessoas idosas também tenham morrido, porém em número menor. Após o ocorrido, os sobreviventes, mesmo amedrontados com o número de mortes ao adentrarem no Rio Grande do Sul, foram localizando seus lotes e instalando-se para iniciar a construção das primeiras moradias e

⁹⁶ STOLZ, Roger. *Cartas de imigrantes*. Porto Alegre: Edições EST, 1997. p. 111.

⁹⁷ BUSATTA, Félix Fortunato; STAWINSKI, Alberto Victor. *Josué Bardin: história e religião das colônias polonesas*. Porto Alegre: Edições EST, 1981. p. 47.

⁹⁸ GARDOLINSKI, Edmundo. Imigração e colonização polonesa. In: BECKER, Klaus (Org.). *Enciclopédia Rio-Grandense*. Canoas Regional, 1958. v. 5.

cultivar a terra. Grande parte deste grupo instalou-se na comunidade de São Marcos, mas, posteriormente, transferiram-se para o norte do Estado, especialmente para a Colônia de Erechim.

Os agentes de empresas responsáveis pela propaganda favorável à imigração na Europa tentavam impedir que notícias como essas chegassem aos desejosos de viajar para o Novo Mundo, evitando, assim, a diminuição do fluxo migratório. Na questão polonesa, constata-se que o Império Russo, por meio do periódico *Przegląd Katolicki*, promoveu a publicação de uma série de cartas vindas do Brasil para reforçar sua posição contrária à imigração de poloneses, apontando as enfermidades como grande empecilho para a instalação em solo brasileiro.

Além disso, divulgou-se, na Europa, notícias desses infortúnios sofridos por imigrantes que já habitavam o Brasil como contraproposta à máquina propagandística que se criara nos diversos países europeus. Dentre essas cartas, encontra-se a escrita por José Komornicki, o qual relatou:

Nesses dias na localidade fronteiriça de Alexandrow chegou com decisão o morador da cidade de Lódz, José Komornicki com esposa e dois filhos, retornando do Brasil, para onde emigrou em julho. Komornicki contou a todos os interessados e prestou declaração no escritório distrital de Nieszaw que passou a fronteira na alfândega de Alexandrow, e por Torun chegou até Bremen donde juntamente com outros imigrantes no total de 900, embarcou em navio alemão “Hulwen” para o Rio de Janeiro e em seguida para uma ilha próxima [...] os imigrantes não ganham nenhuma ferramenta agrícola nem qualquer alívio no pagamento dos impostos e censo (aluguel) [...] devem então realizar os trabalhos mais pesados para os quais são tocados logo que chegam [...] as autoridades locais tratam-nos de maneira selvagem. Os produtos alimentícios são caros e o calor é muito forte, em consequência grassa a febre amarela e freqüentemente morrem crianças pequenas. Ocorrem vários suicídios devidos à situação em que não tinham outra saída [...].⁹⁹

1.5.3 Corpo limpo, povo sadio

A verificação da condição social e da saúde dos imigrantes, envolvendo a higiene e aos cuidados corporais, eram condição para o impedimento à chegada de enfermidades e moléstias variadas que resultassem em epidemias. Nesse assunto, pode-se observar a condição do imigrante polonês também como desfavorável, como se constata nos depoimentos orais, ao revelarem a diferença entre os hábitos de higiene corporal dos nacionais e europeus.

O processo de aprendizado de novos significados e habilidades, paralelamente ao sentimento de ser aceito, pode ser chamado de “aculturação”. É no dia-a-dia, nas práticas cotidianas que mais freqüentemente o imigrante pode ser observado enquanto ser histórico. Dessa análise advém o maior dilema do imigrante, que consiste na tensão entre o empenho para uma maior adaptação sociocultural e a preservação da identidade com seu país de origem.¹⁰⁰ Neste aspecto, analisando as doenças e as práticas de cura nos núcleos coloniais poloneses, pode-se afirmar que a dificuldade de adaptação à legislação sanitária estadual facilitava uma maior incidência de enfermidades infecto-contagiosas no grupo.

⁹⁹ *Przegląd Katolici*. Varsóvia, 1891. p. 88. Acervo particular – cópia reproduzida por Radek Olek.

¹⁰⁰ MOTA, E.; FRANCO, A.; MOTTA, M. (1999). Migração, estresse e fatores psicossociais na determinação da saúde da criança. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, v. 12 Nº 1. p. 119-132.

As práticas cotidianas podem ser entendidas como um conjunto de experiências, crenças e valores, avaliadas como um campo ativo de luta e contestação, que envolve também os fatores já citados, mas não apenas esses, ou seja, abrange ainda os processos, categorias e conhecimentos por meio dos quais as comunidades são definidas de forma específica e diferenciada. Isso significa que, longe de uma limitação de englobar a totalidade de experiências compartilhadas por um determinado grupo, a cultura está relacionada à forma pela qual tais experiências, crenças e tradições perpassam o mundo social e são levadas pelos imigrantes no seu processo migracional.¹⁰¹

Não se pode desconsiderar que o processo de aculturação é um processo lento. Wachowicz assinala que para o Brasil emigrava somente o povo miúdo, em sua maioria camponeses, com forte traço de alienação cultural e subserviência. Por isso, em solo brasileiro, tinham dificuldades de realizar mudanças necessárias para o processo de assimilação.¹⁰² Nesse aspecto, evidencia-se a necessidade de novas práticas cotidianas na manutenção do corpo – higiene – e vestuário. Para eles, o clima tropical era apresentado como fator de economia, pois evitaria a compra de pesados e caros capotes – grandes casacos – e vestimentas para passar o inverno.¹⁰³

Vivendo em casas modestas, não raro em choupanas, na Polônia dos séculos XIX e XX, há de se convir que esses indivíduos experimentavam dificuldades para realizar a higiene corporal, especialmente no rigoroso inverno. Nesse contexto, era comum que o banho de corpo inteiro não fosse diário, prática que permaneceria em solo brasileiro. Entretanto, em solo nacional, com o clima tropical, era necessário alterar tal hábito não somente pela questão

¹⁰¹ MEYER, D. Alguns são mais iguais que os outros: etnia raça e nação em ação no currículo escolar. In: SILVA, I (Org.). *A escola cidadã no contexto da globalização*. Petrópolis: Vozes. 1998.p. 369-380.

¹⁰² WACHOWICZ, Ruy Cristovam. *O camponês polonês no Brasil: raízes medievais na mentalidade emergente*. Tese de Concurso à Livre-Docência. Curitiba, 1974. p. 112.

¹⁰³ Id. p. 119.

climática, mas, sobretudo, para acompanhar as práticas das comunidades aqui residentes e para preservar o corpo em condição saudável.

A falta de higienização diária domiciliar e do corpo era apontada como canal livre para a propagação de moléstias cutâneas, como o furúnculo, a sarna e diversos parasitas – percevejos, piolhos, entre outros. Moléstias mais graves também foram atribuídas à falta de cuidados com o corpo, como: ancilostomíase ou “amarelão”, infecção intestinal provocada por alimentos mal-lavados ou manuseados com mãos contaminadas por parasitas; cortes nos pés, que, se não higienizados, poderiam resultar em grandes fístulas ou tétano; tuberculose, devido ao número de indivíduos ignorantes, possuidores dos mais rudimentares preceitos de higiene e com péssimas condições de resistência orgânica, o que resultava em baixa imunidade corporal e numa série de outras enfermidades.

Até mesmo as doenças mentais foram incluídas no rol de moléstias que poderiam alojar-se no organismo, caso o cuidado corporal não fosse considerado uma necessidade. Em nota intitulada “Hygiene do suicídio”, escrita no jornal *Diário de Notícias*, Antônio Leão Veloso assim se manifesta:

As desgraças econômicas, sentimentais e sociais habitualmente citadas como determinantes de suicídios só agem por encontrar um organismo mal cuidado disposto a receber-lhe o influxo desfavorável. [...] No dia em que possuímos uma raça forte, expurgada dos males que afligem atualmente a família brasileira, teremos seguramente menor número de suicídio que lamentar. Ainda aí, porém, eles aparecerão a despeito da eugenia e do expurgo profilático feito no noticiário dos jornais.¹⁰⁴

Em outro anúncio, da segunda metade da década de 1920, encontra-se uma nota enfatizando a necessidade de orientação às crianças, em especial aos filhos de imigrantes e residentes nas áreas urbanas e rurais, para o desenvolvimento de preceitos de higiene individual. Isso garantiria uma melhoria, no futuro, das condições sanitárias de regiões que apresentavam um grande número de moléstias, em sua maioria adquiridas ou transmitidas por causa da falta de higiene corporal ou domiciliar. Veja-se o texto:

¹⁰⁴ *Diário de Notícias*. Porto Alegre, 10 jan. 1930.

Mas ao lado da higiene aplicada à escola, tem ainda grande importância o ensino da higiene nas escolas primárias. É sabido, com efeito, que, para se tornarem eficazes, tem de ser inculcados desde a mais tenra idade os preceitos de higiene individual. [...] Com a população assim educada nos preceitos da higiene individual, fácil se tornará a prática coletiva. A saúde geral depende, antes de mais nada, de medidas de ordem geral que serão logo compreendidas e observadas. [...] estendendo-se também para os cursos secundários e superiores. [...] No dia em que uma educação assim compreendida se tornar realidade, no dia em que cada pessoa possa saber, a partir dos primeiros anos, o que deve fazer e o que deve evitar para conservar sua saúde, hão de melhorar consideravelmente as condições sanitárias da coletividade [...].¹⁰⁵

Sabe-se que as práticas cotidianas dos grupos em que o indivíduo se insere deixam para o sujeito uma série de possibilidades de manutenção ou alteração dessas atitudes, de forma individual ou coletiva, de acordo com o momento.

¹⁰⁵ *Diário de Notícias*. Porto Alegre, 09 jan. 1927.

CAPÍTULO II

IMIGRAÇÃO POLONESA NO BRASIL

2.1 Polônia: movimentos históricos e políticos

A apresentação de razões que justificam o deslocamento de milhares de seres de um continente para outro não pressupõe uma resposta imediata e simples, e a implicação é ainda maior quando se apresenta a prática cotidiana desses grupos humanos que se deslocaram de além-mar, em especial os imigrantes poloneses, como objeto de estudo. Optou-se, nessa pesquisa, por tomar como ponto de partida as condições específicas de imigrantes poloneses, destacando algumas características mais abrangentes, para, posteriormente, adentrar no cotidiano em si.

As razões da emigração polonesa eram diversas e profundas. No século XIX, à semelhança de outros países europeus, a Polônia vivia grave crise econômica, política e social, o que obrigou milhares de indivíduos a migrar para o Novo Mundo. Nos séculos XVI e XVII, a Polônia apresentara-se como uma nação poderosa, organizada politicamente e de considerável desenvolvimento econômico. O cenário econômico positivo polonês devia-se à exportação de alcatrão, cereais, madeira e serragem para a Europa Ocidental, particularmente para os Países Baixos, Inglaterra e norte da Alemanha, fato que aumentou as rendas da nobreza, como também das cidades.

Na esfera política, esse foi um período de vigor e de ausência de ameaças externas, pois as poucas guerras que ocorriam limitavam-se à fronteira norte da Polônia e à Lituânia. Entretanto, observava-se o crescente interesse da Prússia e da Rússia pela nação polonesa, e a correlação de forças não seria favorável à Polônia. Sucede que o crescimento da nação polonesa despertara a atenção de seus vizinhos Áustria, Prússia e Rússia, que desencadearam uma série de invasões, fragmentando a organização política e a estabilidade econômica da Polônia, fato que levou muitos poloneses a abandonar o país em busca de vida digna e livre.¹⁰⁶

A Polônia dos séculos XVII e XVIII apresentava características antagônicas às dos seus grandes vizinhos – Prússia e Rússia –, os quais centralizavam o poder, ao passo que a nação polonesa conhecia o enfraquecimento do poder central. O exército polonês constituía-se, sobretudo, de milícias camponesas mantidas e controladas pela nobreza, as quais eram utilizadas pelo governo central em guerras defensivas.¹⁰⁷ A situação geral era propícia à mudança; entretanto, a nobreza não permitia a diminuição de seu poder, anulando as tentativas de mudança na Dieta (Câmara). A Dieta – *Sejm* – era regida por leis anacrônicas, que encaminharam o país à desorganização política.

O *liberum veto* era apresentado como defesa das liberdades das minorias, o qual dava direito a cada deputado do *Sejm* de anular uma decisão parlamentar. Porém, geralmente, o veto era exercido em benefício da nobreza; assim, nas votações referentes às cobranças de impostos, o veto impedia que a tributação se estendesse aos nobres. O poder de veto impossibilitava o Parlamento Polonês de legislar baseado no poder de maioria, visto que

¹⁰⁶ WACHOWICZ, Ruy Christovam. *O camponês polonês – raízes medievais na mentalidade emergente*. Tese de Concurso à Livre-Docência. Disciplina de História Medieval. Universidade Federal do Paraná. Curitiba, 1974. p. 12.

¹⁰⁷ Id. p. 53.

qualquer grupo anulava os trabalhos parlamentares, por mais importante que fosse a decisão.¹⁰⁸

Dentre as principais razões do movimento migratório encontravam-se o excesso de mão-de-obra nas aldeias e vilas, o elevado crescimento demográfico, a falta de terras para as novas gerações, a ausência de legislação agrária, o êxodo rural para os centros industriais por causa da mecanização rural, perseguições políticas e religiosas. Contudo, sem dúvida, a grande razão da imigração foi a possibilidade de, em outra nação, tornar-se proprietário de terras.

Na Polônia, era quase inviável tornar-se proprietário de terra, pois, nos séculos XVIII e XIX, o poder político e econômico estava nas mãos da nobreza. A pequena e média burguesia progredia com dificuldade, enquanto a alta burguesia, ligada à alta nobreza, acelerava o passo, sem questionar a estrutura vigente. Wachowicz relata a respeito: “O camponês polonês, tanto sob o domínio prussiano como sob os outros domínios, vivia num sistema social altamente hierarquizado. Numa aldeia as classes sociais eram nítidas e sua mobilidade muito hierarquizada”.¹⁰⁹ Obrigado a arrendar a terra, o camponês cedia grande parte do seu trabalho como renda.

2.1.1 Polônia: a produção econômica e a terra

Nesse contexto que bloqueava a ascensão social dos segmentos subalternos, o camponês era visto e tido como simples força braçal geradora de trabalho. Além disso, seu alheamento a quase tudo que se encontrava situado fora de sua aldeia e arredores – *okolica* –,

¹⁰⁸ Polska Agencja Informacyjna. Polônia, 1991. p. 4. Este texto compõe uma série de textos divulgados pelo governo federal da Polônia, intitulado Cartão da Polônia.

¹⁰⁹ WACHOWICZ, Ruy Christovam. *O camponês polonês – raízes medievais na mentalidade emergente*. Tese de Concurso à Livre-Docência. Disciplina de História Medieval. Universidade Federal do Paraná. Curitiba, 1974. p. 86.

apoiado pela aristocracia e pelo clero, dificultava-lhe a luta pela divisão da terra e pela aplicação de leis agrárias. Wachowicz lembra:

Vivendo pois, numa comunidade semi-feudal, possuía oportunidades de pertencer a poucas instituições sociais. A comuna e a paróquia eram o seu mundo. Sua participação na primeira era muito limitada. Medidas restritivas do governo faziam com que sua participação na administração comunal fosse a de espectador passivo [...].¹¹⁰

Também o pequeno proprietário via-se em grandes dificuldades. Stawinski assinala: “Na área econômica, a situação dos poloneses tornara-se ainda mais crucial. Os impostos prediais e territoriais eram tão pesados que os proprietários não tinham com o que pagar e, para não caírem na prisão, eram forçados a vender suas reduzidas propriedades”.¹¹¹ Durante dezenas de anos, a economia polonesa alicerçou-se na agricultura, com destaque para alguns produtos básicos, como a batata, o centeio e o trigo. A Posmânia e a Pomerânia Ocidental eram bons exemplos desse tipo de economia: eram regiões essencialmente agrícolas, com um número incipiente de indústrias.

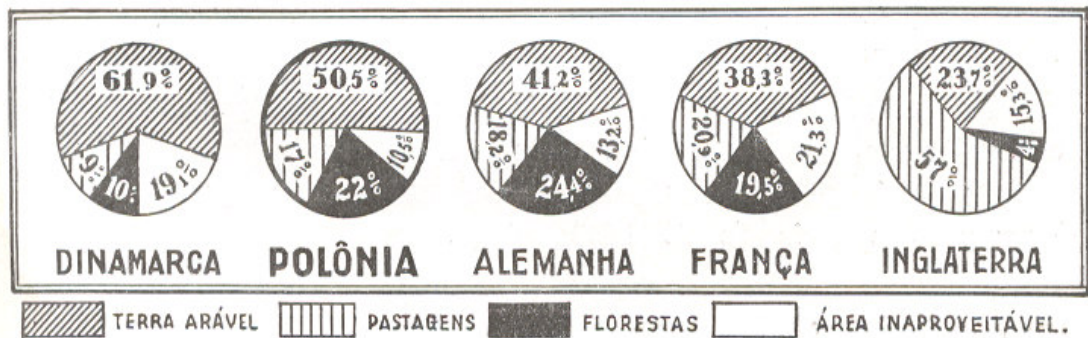


Figura 2 – Divisão de terras na Polônia, no século XVIII. Fonte: LACERDA, de Faro C. *O essencial sobre a Polônia*, 1944. p. 13.

O caráter agrário da Polônia e a carência de terra explicam o fato de a imensa maioria dos poloneses que partiram para o Brasil ser camponesa. Wachowicz registra: “O camponês,

¹¹⁰ WACHOWICZ, *O camponês polonês – raízes medievais na mentalidade emergente*. p. 86.

¹¹¹ STAWINSKI, Alberto Victor. *Primórdios da imigração polonesa no Rio Grande do Sul*. Caxias do Sul: UCS; Porto Alegre: EST, 1976. p. 15.

ávido por terra, da qual tirava seu sustento, vem procurá-la onde ela existe em abundância, na América. Esta é a grande aspiração dos que preferem o Brasil como seu novo habitat. Noventa por cento dos que vieram para este país são agricultores [...]”.¹¹²

2.2 Movimentos migratórios

Dois grandes períodos caracterizaram os movimentos migratórios poloneses para o Brasil entre a década de 1890 e a I Guerra Mundial, nomeados de “febre brasileira” pela historiografia: o primeiro abrange de 1890 a 1897, quando o governo brasileiro proporcionou transporte gratuito aos imigrantes, por meio de contratos com companhias de navegação; o segundo iniciou-se em 1906.

As primeiras levas de poloneses dirigiram-se para o Paraná e o Rio Grande do Sul. São Paulo, Minas Gerais e Espírito Santo também receberam poloneses, que se espalharam pelos centros urbanos e pelas fazendas de café. De 1897 a 1906, caiu bruscamente o número de imigrantes poloneses: chegavam apenas imigrantes isolados, geralmente atraídos por amigos e parentes residentes no Brasil. Wachowicz assim descreve o segundo período: “[...] inicia-se por volta de 1906, quando o Brasil, necessitando de mão-de-obra barata e numerosa para a construção de estradas-de-ferro, notadamente a São Paulo – Rio Grande do Sul, volta à sua antiga política de proporcionar passagem gratuita a quem desejasse imigrar”.¹¹³

Já Smola apresenta uma periodização mais detalhada das etapas do processo migratório, que divide em sete períodos:

¹¹² WACHOWICZ, *O camponês polonês – raízes medievais na mentalidade emergente*. p. 27.

¹¹³ Id. p. 55.

1) até 1869 – início da emigração em massa; 2) 1869/90 – primeira fase da emigração em massa; 3) 1890/1914 – etapa da febre brasileira; 4) 1914/1918/20 – queda da emigração originada pela I Guerra Mundial e os acontecimentos nacionais; 5) 1918/1939 – emigração dirigida, relacionada com ações do Estado polonês; 6) 1939/1945 – etapa dos refugiados de guerra; 7) 1945 – etapa contemporânea.¹¹⁴

É importante ressaltar a dificuldade em se apresentar estatísticas quando ao número de imigrantes egressos da Polônia, visto que, em grande parte das fontes estatísticas, são elencados na categoria “outras nacionalidades”, pelas razões já assinaladas. A categoria que engloba “outras nacionalidades”, embora com variações mais amplas, também mantém proporções altas de entradas que se dirigiram ao Estado de São Paulo. Nos períodos de 1920 a 1929 e de 1945 a 1949, o grupo “outras nacionalidades” ultrapassa a percentagem de todas as demais nacionalidades específicas que se vem analisando.¹¹⁵

Além dos *Anuários Estatísticos Brasileiros*, é possível encontrar dados sobre as entradas de imigrantes, em termos de números, e outras variáveis a eles ligadas, em nível nacional, em diversas fontes. Dentre essas, estão os relatórios: do Ministério dos Negócios do Império (1872-1889), do Departamento Nacional de Imigração e Colonização (DNIC), do Conselho de Imigração e Colonização, da Divisão de Terras e Colonização, do Instituto Nacional de Imigração e Colonização (INIC), da Superintendência de Política Agrária (SUPRA) do Instituto Nacional de Desenvolvimento Agrário (INDA) e do Departamento Nacional de Mão de Obra, Divisão Nacional de Imigração. Já as informações referentes às saídas estariam em mãos do Serviço de Registro de Estrangeiro, pertencente ao Ministério da Justiça.¹¹⁶

¹¹⁴ SMOLA, Krzysztof; DEMBICZ, Andrej. A presença polonesa na América Latina. *Roteiros poloneses na América Latina*. CESLA: Centro de Estudos Latino-Americanos. Varsóvia: Universidade de Varsóvia, 1996. p. 23.

¹¹⁵ *Anuário Estatístico do Brasil*, 1954. p. 49.

¹¹⁶ IBGE. *Estatísticas do século XX*. Rio de Janeiro, 2003.

2.2.1 Movimentos da imigração polonesa para o Brasil

A I Guerra Mundial interrompeu sensivelmente a vinda de imigrantes poloneses e de outras origens para o Brasil. Ao findar o conflito mundial, o fluxo migratório polonês foi restabelecido, porém em menor escala. No período intitulado “febre brasileira” (1889/1914), aproximadamente noventa mil poloneses chegaram ao Brasil, dos quais 45% fixaram-se no Rio Grande do Sul; 40%, no Paraná; e os 15% restantes em Santa Catarina, São Paulo e Minas Gerais.¹¹⁷ Em seu estudo pioneiro sobre os poloneses no Rio Grande do Sul, Edmundo Gardolinski apresenta um total de 27 mil imigrantes chegados ao Estado, originando as colônias, até então desocupadas, descritas na tabela 1.¹¹⁸

Tabela 1 – Imigrantes poloneses vindos ao Rio Grande do Sul

Colônias	Nº de famílias
Alfredo Chaves	10
Nova Virgínia	100
Nova Bassano	180
Monte Vêneto	30
Nova Roma	60
Capoeiras	100
Antônio Prado	200
São Marcos	600
Santo Antônio da Patrulha	200
Total	1.480

Fonte: GARDOLINSKI, Edmundo. Imigração e colonização polonesa. In: BECKER, Klaus (Org.). *Enciclopédia riograndense*. Porto Alegre: Regional, 1958, p. 12. v. 5.

Fontes bibliográficas apontam para a existência de elementos poloneses na colônia sul-rio-grandense de Conde d’Eu, na Linha Azevedo Castro, I secção, quando nessa região

¹¹⁷ GARDOLINSKI, Edmundo. Imigração e colonização polonesa. In: BECKER, Klaus (Org.). *Enciclopédia riograndense*. Porto Alegre: Regional, 1958.p. 12. v. 5.

¹¹⁸ GARDOLINSKI, Imigração e colonização polonesa. v.5 .p. 12.

aportaram os imigrantes italianos, em 1875. Segundo Stawinski, a chegada do grupo polonês teria ocorrido na mesma época em que vieram os imigrantes franco-suíços, alguns meses antes dos imigrantes italianos.¹¹⁹

2.3 A presença polonesa no Rio Grande do Sul

A estrutura político-administrativa do Rio Grande do Sul representava não somente o fim do escravismo e a implantação do trabalho assalariado, mas também o esboço de um projeto de industrialização e de colonização policultora, com base na mão-de-obra familiar. O positivismo, que na Europa fora a ideologia legitimadora da hegemonia burguesa, no Rio Grande do Sul assumiu noções progressistas em relação ao escravismo anterior e ao domínio do latifúndio charqueador e pecuarista, abrindo espaço para o ingresso da massa imigracional.

Oriundos da região ocupada pela Prússia, os primeiros imigrantes poloneses teriam chegado ao Rio Grande do Sul na segunda metade do século XIX, por volta de 1875. Eles se estabeleceram na margem esquerda do rio das Antas, na Colônia Santa Tereza, que se limitava, ao norte, com a Oitava Seção da Colônia Alfredo Chaves e, ao sul, com a região de colonização alemã.¹²⁰ As cidades de Bochnia, Brzesko, Cracóvia, Jarosław, Leżajsk, Przemyśl, Przeworsk, Rzeszów, Sanok, Tarnów, Tarnobrzeg, bem como as que se encontram presentemente nas fronteiras da Ucrânia: Bolechów, Chodorów, Czortków Sambor, Stryj, Stanisławów colaboraram no envio de imigrantes poloneses ao Rio Grande do Sul. Já os poloneses provenientes da região sob o domínio russo somente começaram a chegar ao Rio

¹¹⁹ STAWINSKI, Alberto Victor. *Primórdios da imigração polonesa no Rio Grande do Sul*. Caxias do Sul. UCS/EST. Porto Alegre, 1976. p. 31.

¹²⁰ Id. p 79.

Grande do Sul no final de 1889. Em sua maioria, eram oriundos de Varsóvia, Kalisz, Plock e arredores. A viagem inicial rumo ao porto de Bremen era feita de trem, via Berlin.¹²¹

A travessia do oceano, de Bremen ou Hamburgo até o Rio de Janeiro, não era feita em menos de 18 dias. Durante a permanência nos barracões dos imigrantes, na Ilha das Flores, as famílias aguardavam ansiosas pela definição da região em que iriam se estabelecer. Em geral, após uma semana de descanso, a viagem prosseguia em direção aos seus destinos.¹²² Em caso de enfermidades, os imigrantes permaneciam por um período mais extenso, pois havia o cuidado de que os doentes não rumassem para as colônias, evitando, assim, o contágio com os demais, que poderiam originar surtos epidêmicos.

O traslado, as relações diplomáticas, a distribuição de terra e outras questões relacionadas ao fluxo migratório eram registrados e homologados em forma de lei, segundo decretos e incisos, de conformidade com a legislação federal. No aspecto traslado e meios de hospedagem, encontra-se a preocupação quanto à saúde e às acomodações dos imigrantes. O Decreto N° 9.081, de 3 de novembro de 1911, que dava novo regulamento ao serviço de povoamento, composto de 277 artigos, condensou todas as medidas necessárias à colonização e à imigração – esta promovida pela União diretamente ou mediante acordo com os governos estaduais, empresas de navegação, companhias ou associações particulares. Veja-se seu texto:

¹²¹ Id. p 65.

¹²² WONSOWSKI, João Ladislau. *Nos peraus do rio das Antas: núcleo de imigrantes poloneses da ex-colônia Alfredo Chaves* (1890). Tradução e notas de Stawinski. Porto Alegre: EST/UCS, 1976. p. 10-11.

Art. 232 – A permanência dos imigrantes na hospedaria durará o tempo preciso para o despacho aduaneiro de suas bagagens, desinfecção destas, quando for conveniente, indicação ou escolha do destino ou espera de condução; e só poderá exceder de oito dias em caso extraordinário ou de força maior, a juízo da Diretoria de Serviço de Povoamento.

Art. 233 – Em caso de doença, os imigrantes recém-chegados terão tratamento médico, medicamento e dieta, sendo recolhidos à enfermaria da ilha quando preciso, tratando-se de enfermidades passageiras; devendo ser removido para os hospitais do Rio de Janeiro, em caso de moléstias contagiosas ou infecciosas, ou quando necessário tratamento melhorado.

Art. 234 – Enquanto estiverem na ilha das Flores, os imigrantes ficarão subordinados às medidas de ordem, higiene e disciplina, postas em vigor a bem da moralidade, polícia, condições sanitárias e segurança do estabelecimento.¹²³

Observa-se, no decorrer do documento, o registro de que haveria três médicos encarregados do serviço médico-cirúrgico, um médico especialista de moléstias dos olhos, um farmacêutico, um prático de farmácia e o serviço de uma ou mais parteiras, de acordo com as necessidades existentes nos diversos barracões localizados em Ilha das Flores.

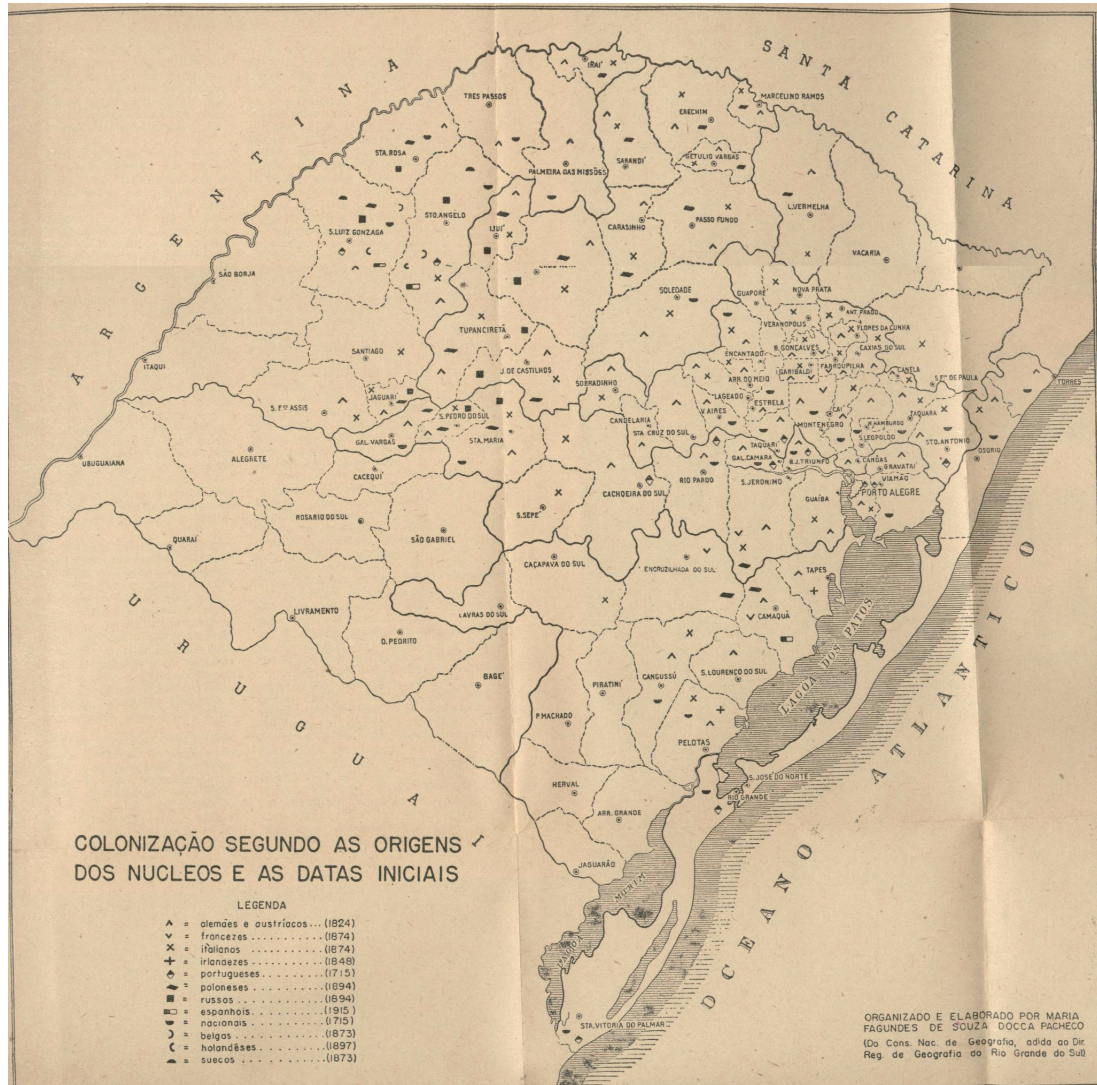
No processo de imigração, nem todas as famílias eram direcionadas para a mesma região. As que se dirigiam ao Rio Grande do Sul continuavam de vapor até Porto Alegre, onde descansavam por alguns dias e eram informadas sobre a região em que se instalariam. Geralmente, prosseguiam, a seguir, por via fluvial até o porto de São João do Montenegro, de onde se faziam a distribuição e dispersão dos imigrantes poloneses para as diversas localidades do Rio Grande do Sul. Então, as famílias polonesas partiam por diferentes caminhos, de carreta, a cavalo ou a pé, transportando bagagens e crianças.¹²⁴

No decorrer de poucos anos, surgiram vários núcleos poloneses, como São Marcos de Cima da Serra (município de São Francisco de Paula); Nova Roma e Castro Alves (município de Antônio Prado); Linhas Quinta, Sexta, Sétima, Oitava e Nona (municípios de Veranópolis e Nova Prata). São Marcos, fundado em 1890 por imigrantes poloneses, foi elevado à categoria de município em 9 de outubro de 1963. Atualmente, as linhas Quinta, Sexta e

¹²³ IOTTI, Luiza Horn (Org.). *Imigração e colonização: legislação de 1747-1915*. Porto Alegre: Assembléia Legislativa do Estado do RS; Caxias do Sul: Educs, 2001. p. 564.

¹²⁴ WONSOWSKI, *Nos peraus do rio das Antas*. p. 11.

Sétima pertencem ao município de Nova Prata. Em Nova Trento (Flores da Cunha), residiram, outrora, colonos poloneses.¹²⁵



Mapa 1- Mapa geral da colonização segundo a origem dos núcleos de imigrantes no Estado do Rio Grande do Sul. Fonte: Boletim Geográfico do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 1955. p. 13.

Após resolverem problemas iniciais candentes, tais como dificuldades com o estabelecimento, a baixa qualidade das terras (acidentadas e pedregosas), as péssimas vias de comunicação vicinais, que tornavam o transporte caro e precário, os imigrantes depararam-se com um novo problema: a falta de terras para seus filhos. A partir do século XX, a pequena

¹²⁵ STAWINSKI, *Primórdios da imigração polonesa no Rio Grande do Sul*.

extensão das colônias (12,5 ha) fez com que os poloneses, defrontando-se novamente com o problema da falta de terra, procurassem novas fontes coloniais no rio do Peixe e Paiol Grande (Erechim) – Colônias Novas.¹²⁶ Os poloneses aproveitaram a oportunidade de vender suas terras, quando os italianos de Nova Trento (Flores da Cunha) e arredores se encontravam na mesma situação, sem lotes coloniais para seus filhos recém-casados: “Por sua vez, os novos casais italianos faziam questão de iniciar a vida em lote colonial que não distasse longe dos pais, parente e amigos”.¹²⁷

Na primeira década do século XX, iniciou-se nova onda migratória polonesa rumo ao Alto Uruguai, no norte do Rio Grande do Sul. Segundo Cassol, entraram em Erechim no primeiro semestre de 1911, 2957 imigrantes, e no segundo, 1788, na maioria de nacionalidade polaca e russa. As turmas da Comissão mediram 964 lotes, e mais 487 por contrato.¹²⁸

Gardolinski registra:

A região do Alto Uruguai e Planalto Médio foi dividida em “colônias” ou lotes rurais de 250 mil m² (25ha). O Governo Estadual facilitava o pagamento, concedendo a cada família o empréstimo de 500 mil-réis, quantia essa que devia ser devolvida em pequenas prestações e em longo prazo. O título definitivo de propriedade do lote era concedido ao colono após a cobertura daquela dívida para com o Estado. A maioria dos colonos conseguiu franquear os lotes, trabalhando na construção de estradas.¹²⁹ [aspas do original]

Em geral, as colônias do Alto Uruguai e Planalto Médio eram divididas em lotes rurais – colônias – de 250 mil m², cujo preço girava em torno de 500 mil-réis. O governo estadual financiava a compra, devendo o imigrante pagar a terra em prestações, porém a dívida também podia ser paga com trabalho na construção de estradas. O título definitivo de propriedade do lote era concedido ao colono após o pagamento da dívida com o Estado.¹³⁰

¹²⁶ STAWINSKI, *Primórdios da imigração polonesa no Rio Grande do Sul*. p. 66.

¹²⁷ Id. p. 74.

¹²⁸ CASSOL, Ernesto. Estado e Colonização no projeto de PRR: a Colônia de Erechim. Parte IV. *Diário da Manhã*, Erechim, 12 dez.1991. p. 9.

¹²⁹ GARDOLINSKI, Imigração e colonização polonesa. In: BECKER (Org.). *Enciclopédia riograndense*, v. 5. p. 12.

¹³⁰ CASSOL, Ernesto. *Histórico de Erechim*. Passo Fundo: Instituto Social Padre Berthier, 1979. p. 30.

A organização dos novos núcleos de colonos poloneses deu-se segundo o processo já conhecido nas “Velhas Colônias”. Em geral, cada comunidade era composta de trinta a quarenta famílias. Stawinski relata a presença de núcleos poloneses nas seguintes localidades: Alecrim, Alpestre, Aratiba, Áurea, Barão de Cotegipe, Cândido Godói, Capoerê, Carlos Gomes, Erechim, Erval Grande, Frederico Westphalen, Gaurama, Getúlio Vargas, Giruá, Horizontina, Iraí, Marcelino Ramos, Paim Filho, Palmeiras das Missões, Planalto, Porto Lucena, Santa Rosa, Seberi, Três de Maio, Tucunduva e Viadutos.¹³¹

Além disso, vale lembrar que, a partir de 1911 e 1912, e sobretudo após a I Guerra Mundial, milhares de agricultores poloneses emigraram da Polônia para a colônia de Erechim.

2.4 O início da colonização nas Colônias Novas

Dentre as diversas Colônias Novas enfatiza-se uma região com significativo número de poloneses: Áurea, cuja maioria étnica foi constituída por imigrantes poloneses, os quais provinham, quase em sua totalidade, das regiões de Lublin e Siedle, então dominadas pela Rússia. Situado no norte no Rio Grande do Sul, o município de Áurea possui 3889 habitantes, dos quais 3046 são alfabetizados – ou seja, 92,40% da população – e 1262 residem na área urbana.¹³²

O município localiza-se na região do Alto Uruguai, assim denominada por ser o Uruguai o maior rio que banha a região, marcando a divisa entre os Estados do Rio Grande do Sul e Santa Catarina. A região é determinada pelo paralelo de 27° 40' 50' de latitude sul, em

¹³¹ STAWINSKI, *Primórdios da imigração polonesa no Rio Grande do Sul*. p. 79.

¹³² IBGE. *Dados Estatísticos*, 2000.

sua intersecção com o meridiano 52° 04' 08', de longitude oeste.¹³³ Áurea limita-se com os municípios de Gaurama, ao norte; Getúlio Vargas e Sananduva, ao sul; Centenário, a leste; e Erechim, a oeste. Situa-se em região de clima temperado ou subtropical, com duas estações bem definidas, inverno e verão, reguladas pelas massas polar atlântica e tropical atlântica. No inverno, a temperatura varia de 0° a 26°C, com geadas e chuvas abundantes; no verão, de 18° a 26°C, e no mês de janeiro há ocorrência de estiagem.

O município possui uma área territorial de 158,29 km², considerando a última emancipação, ou seja, o desmembramento da Vila Centenário, hoje município. As matas nativas e os capoeirões são o tipo de vegetação predominante na região. Os principais rios do município são o Leão, o Apuaé-Mirim, o Toldo, o Marcelino, o Peixe e dos Índios. Mesmo com esse número de afluentes naturais, o município enfrenta grande dificuldade de distribuição de água nos domicílios urbanos e rurais.

No início da colonização, o município de Áurea denominou-se Rio Marcelino. Por volta de 1918, tomou o nome de Treze de Maio; vinte anos mais tarde, em 1938, já no Estado Novo, passou a chamar-se Princesa Isabel e, finalmente, em 1944, foi denominado de Vila Áurea. Vila Áurea, com o nome de Áurea, tornou-se município em 1988, ex-distrito de Gaurama.

Consta que a chegada do primeiro grupo de poloneses à região que hoje se chama Áurea ocorreu no final de 1911. Em Porto Alegre, os imigrantes haviam recebido um documento onde constavam o número do lote e a situação do local no qual passariam a viver como proprietários da terra – *ziemia* – condição tão desejada. A seguir, viajaram de trem até

¹³³ RUSSI, Miguel Pedro. *Planejamento energético do município de Áurea, Rio Grande do Sul (1992-2000)*. Monografia apresentada na Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões. Erechim, 1992.

Erechim, Gaurama ou Getúlio Vargas e prosseguiram por mais ou menos trinta quilômetros, alguns a pé, outros a cavalo, mata adentro.¹³⁴

A região a que se destinavam os imigrantes poloneses era acidentada e de difícil acesso, pois os melhores terrenos já haviam sido ocupados pelos alemães, judeus e italianos. As primeiras famílias polonesas chegaram ao Alto Uruguai e acomodaram-se segundo as condições oferecidas pela Inspetoria de Terras. O que mais lhes interessava, impulsionando-as nesse reinício de vida, era a possibilidade de se tornarem proprietários.

A maioria dos imigrantes poloneses provenientes da região sob o domínio russo chegada ao Alto Uruguai era oriunda das regiões polonesas de Kalisz, Plock, Varsóvia e arredores. Como já referido, dessas regiões os emigrantes partiam de trem, via Berlim, para os portos de Bremen, Hamburgo, Trieste e também da França.¹³⁵ Krzyszcack informa:

Sáimos da Polônia em 1927. Vendemos nossa terra para pagar a viagem. Quem nos ajudou foi nosso tio. Havia duas possibilidades de embarcar: uma na Alemanha e outra na França. Escolhemos a França, porque na Alemanha podiam nos perseguir [pausa]. Do porto da França até a ilha das Flores, levou mais de duas semanas. Da Ilha até Porto Alegre, uma semana e de Porto Alegre até Balisa quase uma semana também, agora de trem. Ao chegar em Balisa, os parentes já esperavam. Eles moravam em Áurea, já há 18 meses [...].¹³⁶

No princípio da imigração polonesa, os custos das passagens marítimas eram por conta dos próprios imigrantes; após a proclamação da República, o governo brasileiro comprometeu-se a custear as despesas da viagem, desde o embarque nos portos europeus até o desembarque na Ilha das Flores, na baía de Guanabara.¹³⁷ A partir de 1890, um grande número de poloneses partiu para o Brasil, a fim de ocupar terras devolutas no Sul.

Dentre as empresas transportadoras de poloneses, estavam a Bendazewski & Serra Azul e a F. Missler Bremen. A partir do embarque na Europa até o Rio de Janeiro, onde permaneciam em quarentena, na Ilha das Flores, a travessia do oceano durava de 18 a 29 dias.

¹³⁴ KRUPINSKI, Rosália. *Paróquia Nossa Senhora Monte Claro (1915-1990)*. Passo Fundo: UPF, 1990. p. 1.

¹³⁵ WONSOWSKI, *Nos peraus do rio das Antas: núcleo de imigrantes poloneses da ex-colônia Alfredo Chaves (1890)*. p. 10.

¹³⁶ KRZYSCZAK, Wenceslau. Entrevista realizada em 08 jan. 2001, Linha São Sebastião, Áurea.

¹³⁷ STOLZ, Roger. *Cartas de imigrantes*. Porto Alegre: Edições EST, 1997. p. 46.

Era feita, sobretudo, em navios de porte, a vapor ou mistos, visto que, a partir de 1840, as embarcações movidas a vela foram sendo substituídas por navios de casco metálico, impulsionados com motores movidos a carvão. Cada navio transportava, em média, setecentas a oitocentas pessoas, mas houve embarcações que excederam esse número.¹³⁸

Stolz descreve o vapor: “Os navios eram de madeira com rodas laterais além de ter mastros e velas para o uso durante bom tempo em alto mar, e a velocidade, que podia chegar a 1.500 ‘cavalo-motor’, era de 9 pés marítimos”.¹³⁹ Os comentários dos passageiros quanto à alimentação servida a bordo durante a travessia e à superlotação dos navios eram de que a comida costumava ser farta e que as refeições eram o momento mais esperado no decorrer da viagem. Krzysczak, a respeito, relata:

No navio a comida era bem boa, e bastante [risos]. Tinha bolacha ou biscoito de manhã, com café. Lá na Polônia não tinha café. No almoço e na janta tinha batata, carne de vaca, sopa de arroz ou massa, ovos e outras coisas. No domingo era melhor, às vezes tinha vinho e frutas secas. Tudo era bom. Era meio apertado para comer, porque tinha muita gente no navio [...].¹⁴⁰

Nos navios, a alimentação era abundante e, em geral, mais farta e rica do que a conhecida na Polônia pelos camponeses. Veja-se outro depoimento de imigrante: “Durante a viagem alimentou-nos a carne de dois bois”.¹⁴¹ Observa-se que a carne, servida aos passageiros, não era comida habitual das populações camponesas polonesas. Os animais eram abatidos, segundo as necessidades, no decorrer da viagem.

Vários problemas surgiram no início das atividades da Empresa Pública de Colonização, no Alto Uruguai. Os mais citados compreendem a viagem da sede – Erechim – até os demais núcleos coloniais e a acomodação dos imigrantes nessas áreas, enquanto não construía suas moradias. Era difícil acomodar número tão grande de pessoas, com costumes e dialetos diferentes, em pouco espaço. Em Erechim, os imigrantes ficavam num barracão,

¹³⁸ Id. p. 39.

¹³⁹ Id. p. 33.

¹⁴⁰ KRZYSCZAK, Wenceslau. Entrevista realizada em 08 jan. 2001, Linha São Sebastião, Áurea.

¹⁴¹ STOLZ, Roger. *Cartas de imigrantes*. Porto Alegre: Edições EST, 1997. p. 33.

onde alemães, italianos, judeus e poloneses dividiam o mesmo espaço, à espera da designação dos lotes.

Os imigrantes não eram exigentes no que se referia à moradia, já que a situação habitacional na Polônia era difícil. Muitas casas – *chalupa*¹⁴² – eram desconfortáveis, sem instalações sanitárias, assemelhando-se às choças medievais. Antes de emigrar, muitos camponeses moravam em casas locadas.¹⁴³

2.4.1 Características da viagem empreendida

A viagem de Porto Alegre rumo aos núcleos coloniais é apresentada como difícil e perigosa, pois o imigrante polonês procedia de uma realidade geográfica urbana e rural diferenciada. Em geral, vivia em seu habitat *rural* relativamente *urbanizado*, no contexto europeu. Ao começar a emigrar para o Rio Grande do Sul, antes da I Guerra Mundial, estradas, ferrovias e meios de transporte variados já eram comuns nas regiões que os emigrantes abandonavam.

A viagem rumo à nova propriedade iniciava com o carregamento das malas nas mulas ou nas costas. Reservavam-se cavalos mansos para as mulheres e as crianças mais novas. Geralmente, os homens e os filhos seguiam a pé, ou revezavam-se nos costados dos animais. Os imigrantes seguiam a viagem em fila indiana; à frente, ia o pai, acompanhado do funcionário da empresa. Parava-se para almoçar e para o descanso de homens e animais. Não

¹⁴² Termo utilizado pelo polonês para designar casa-moradia.

¹⁴³ TEMPSKI, Edwino. Quem é o polonês? *Boletim Especial do Instituto Histórico, Geográfico e Etnográfico Paranaense*. Curitiba, 1971. p. 309-313.

havia estradas, andava-se por picadas abertas na mata; não raro, precisava-se abrir caminho com o auxílio de facão.¹⁴⁴

À noite, desencilhavam-se os animais, que eram soltos, exceto a mula madrinha. Improvisavam-se as camas, geralmente embaixo de árvores robustas, com pouca vegetação rasteira. O jantar era o próximo passo e, segundo Stawinski, era **frugal**¹⁴⁵: pão, lingüiça e um caneco de café preto. Acendia-se uma fogueira para afugentar os animais ferozes e ratões, que poderiam comprometer as refeições dos dias seguintes.

Durante a viagem, no que se refere às dificuldades impostas pelo relevo, os imigrantes poloneses teriam uma primeira noção da região que habitariam. A região destinada aos núcleos coloniais poloneses era, em sua maior parte, pedregosa, de difícil acesso, com grandes escarpas. Por não estarem acostumados a terras tão altas e acidentadas, retratavam essas características do meio em cartas enviadas à Polônia. Quanto à diferença entre o solo polonês e o brasileiro, Stawinski lembra: “É que os agricultores poloneses, habituados a cultivar terras já trabalhadas, não imaginavam topar com terras cobertas de mato fechado, acidentadas e pedreguentas”.¹⁴⁶

2.4.2 De viajantes a pequenos proprietários

Ao chegar à área destinada, cada colono procurava encontrar seu lote. Nos primeiros dias, construíam um pequeno barraco até providenciarem a construção da casa, ainda que rústica. Dormiam também sob as árvores, improvisando barracos de lona ou de cobertores trazidos da Polônia.

¹⁴⁴ WONSOWSKI, *Nos peraus do rio das Antas*: núcleo de imigrantes poloneses da ex-colônia Alfredo Chaves (1890). p. 14-15.

¹⁴⁵ Grifo da pesquisadora.

¹⁴⁶ STAWINSKI, *Primórdios da imigração polonesa no rio Grande do Sul (1875-1975)*. p. 17.

Na sua maioria, os emigrantes eram camponeses pobres, que não tinham bens imóveis na terra de origem. Em geral, também possuíam pouca ou nenhuma escolaridade: “Nem todos os imigrantes sabiam ler e escrever, pois alguns recorriam a amigos, para que em seu nome escrevessem cartas. Por sua vez, os que escreviam mostram que tinham apenas instrução primária”.¹⁴⁷

Como já referido, consta que foram poloneses os primeiros colonos que chegaram ao Alto Uruguai na primeira década do século XX. Podem-se encontrar registros de instalação de poloneses em Floresta – atual Barão de Cotegipe – e Dourado, ainda em fins do século XIX.

O livro-tombo da paróquia Nossa Senhora do Monte Claro – Áurea – fornece dados sobre a fundação da comunidade. Em 1916, Jacinto Bernardo Miesopust, da congregação da Missão, pároco desde a fundação da paróquia até abril de 1918, registrou:

Grande número de poloneses veio aqui [RS]. Uns empurrados pela miséria, outros pelo desejo de possuir sua própria terra. Uns serviam ao senhor (*pan*) e desejavam livrar-se da condição de servos tornando-se proprietários. Outros já moravam aqui, mas espalhados pelas diversas localidades do Estado, principalmente entre italianos, desejosos de agrupar-se a eles para mais facilmente ter o padre, a escolinha, algum tipo de sociedade, e, duma maneira geral, para que a vida polonesa, de uma ou de outra forma pudesse florescer neste Estado.¹⁴⁸

2.4.3 A residência nos núcleos coloniais

Apenas chegados, os imigrantes poloneses dedicavam-se à abertura de clareiras nas matas, ao reconhecimento das “fronteiras” do lote, ao levantamento de rústicos abrigos cobertos de folhagens e galhos e, posteriormente, à construção residencial definitiva e dos estabelecimentos coloniais. Segundo Gilberto Freyre, a “casa é, na verdade, o centro mais importante de adaptação do homem ao meio”.¹⁴⁹ A casa protegeu o imigrante dos animais, das

¹⁴⁷ Id. p. 79.

¹⁴⁸ Livro-tombo Paróquia Nossa Senhora do Monte Claro. Áurea: Arquivo Particular, Nº 1, 1916.

¹⁴⁹ FREYRE, Gilberto. *Sobrados e mucambos*. Rio de Janeiro: José Olympio, 1951. p. 24 e 343.

intempéries, dos intrusos, modificando a paisagem e impondo ao meio que o cercava a marca da sua presença.

A casa é fruto da habilidade humana, onde se dá vazão aos gostos e às capacidades particulares do homem. A casa rural não é produto da “espontaneidade” do proprietário rural; sofre as influências culturais trazidas do país de origem, das imposições de seus recursos técnicos e econômicos e da disponibilidade de materiais; é, enfim, determinada profundamente pela forma de viver e de produzir de seus habitantes.¹⁵⁰

Em geral, foi o colono que edificou sua casa, utilizando-se de material encontrado no lote: barro, madeira, palha e pedra. Os pregos, algumas vezes utilizados pelos imigrantes alemães e italianos, não foram prática na arquitetura polonesa; pois os poloneses utilizaram, sobretudo, o sistema de encaixes de madeira – *blocausse* –, usado na Polônia durante vários séculos, especialmente na área rural.

Residências de poloneses mais elaboradas foram construídas em áreas de maior desenvolvimento econômico, como em Guarani das Missões, onde havia: 25 indústrias leves, cinco moinhos hidráulicos, um moinho a vapor, quatro serrarias, um engenho de arroz, cinco ferrarias, uma fábrica de carroças, uma fábrica de refrigerantes, um curtume, dois descascadores de cereais, uma olaria, 20 casas comerciais (das quais três atacadistas), uma cooperativa, um cine-teatro, uma escola de nível secundário, 20 escolas particulares de grau primário.¹⁵¹

¹⁵⁰ LEMOS, Carlos. A. C. *A casa brasileira*. São Paulo: Contexto, 1989. p. 131.

¹⁵¹ MARMILICZ, Paulo Tomaz. *Antiga colônia polonesa de Guarani das Missões e suas relações atuais*. Ijuí: Polígrama, 1996. p. 71.

2.4.4 Arquitetura e mobiliário polonês

Em geral, a residência do imigrante polonês era pequena e coberta de tábuas miúdas, feita de madeira, como as moradias italianas, e compreendia um ou dois cômodos: cozinha e quarto, sem assoalho, com o piso de terra batida. Os imigrantes dormiam em camas trazidas da Polônia ou em tarimbas construídas por eles mesmos. A fumaça e as más condições de higiene eram comuns nessas pobres moradias; a cozinha era separada dos quartos para isolar o ambiente das cinzas, fumaça, odores e picumã, também como era habitual na zona colonial italiana.

Ainda não existe um trabalho especializado sobre a casa e a mobília da imigração polonesa no Rio Grande do Sul; o pouco que se sabe sobre o assunto está disperso em capítulos de estudos sobre o tema e na história oral. De forma geral, as mesmas condições de produção, os mesmos materiais, os mesmos recursos técnicos disponíveis determinaram uma importante unidade no que se refere à moradia colonial.

As famílias não só construíam suas próprias casas como fabricavam seus móveis e peças de vestuário. No mobiliário, encontravam-se bancos, mesa, guarda-comidas e – nem sempre – o armário. As roupas eram penduradas em pregos fixados às paredes dos quartos, nos quais predominava o uso da madeira.¹⁵² Weiss refere-se à mobília: “Ainda armamos algumas prateleiras para a guarda de uso diário e construímos, com tampos de caixas, uma mesa tosca e alguns bancos. Já podíamos então comer, sentados à mesa [...]”.¹⁵³ Ainda sobre o mobiliário, Tecla Karpinski informa: “O guarda-roupa era o prego. Para as roupas de domingo tínhamos nos cantos do quarto uma ripa pregada, para pendurá-las. As roupas sujas

¹⁵² PRECHESKI, Gema. Entrevista oral, em 08 jan. 2001. Áurea.

¹⁵³ WEISS, João. *Colonos na Selva. Emigrantes como agricultores*. Rio de Janeiro: Edição do Autor, 1949. p. 38.

iam para o tanque ou para trás da porta. No outro dia pela manhã recolhíamos todas as roupas para serem lavadas [...]”¹⁵⁴

Além da casa, as propriedades possuíam outras construções, duas delas muito importantes: o galpão e o abrigo de animais. A facilidade de acesso a um ponto de abastecimento de água era determinante na localização da casa, do galpão, do abrigo dos animais e do banheiro.¹⁵⁵ Mais afastado da casa, os imigrantes construíam o galpão, de utilidade variada: servia como depósito de implementos agrícolas, oficina e, em dias chuvosos, como local para as crianças brincarem. Como na Região Colonial Italiana, o galpão era um prédio erguido sem acabamento esmerado, geralmente para armazenar os cereais.¹⁵⁶

Inicialmente, os animais eram encerrados por cercas de arbustos, espinhos e galhos entrelaçados; mais tarde, surgiram as cercas de taipas de madeira e pedra, elemento farto na região, dispensando a estética. Era grande a preocupação com a saúde e segurança dos animais – aves, bovinos, muares e suínos –, pois serviam nas lidas agrícolas e como fonte de proteína alimentar.¹⁵⁷ Com o passar do tempo, surgiram os cochos para o sal dos animais, que podiam receber coberturas de duas águas, e alguns depósitos para armazenar cereais, lenhas e forragens. Se possível, construía-se um bebedouro, permitindo o acesso dos animais à fonte de água, no potreiro, diminuindo, assim, o trabalho do colono de conduzi-los para saciar a sede.

Algumas propriedades tinham apiários, alambiques, coelheiras e pequenas oficinas. Também próximas à casa, eram destinadas áreas de plantio para horta e pomar. Na horta, plantavam-se hortaliças e legumes. As árvores frutíferas podiam estar espalhadas pela

¹⁵⁴ KARPINSKI, Tecla. Entrevista oral, em 07 jan. 2001. Áurea.

¹⁵⁵ TEMPSKI, Edwino. Quem é o polonês? *Boletim Especial do Instituto Histórico, Geográfico e Etnográfico Paranaense*, Curitiba, 1971. p. 325-327,

¹⁵⁶ GUTIERRES, Éster; Rogério. *Arquitetura e assentamento ítalo-gaúcho (1875-1914)*. Passo Fundo: UPF, 2001. p. 46.

¹⁵⁷ NOSKOWSKI, Carlos. Entrevista oral, em 20 jul. 2002.

propriedade. Mesmo que a preferência fosse pela carne, em razão da escassez deste produto na Polônia, os legumes e vegetais eram consumidos fartamente.

Sabe-se que, com a melhoria das instalações, solucionou-se a preocupação com os hábitos de higiene e saúde corporal. Pela construção dos primeiros banheiros coloniais, houve a possibilidade de tomar banhos regulares e, posteriormente, diários. O banho representou uma significativa diminuição nas doenças cutâneas e o controle de parasitas, como o piolho. Weiss descreve o banheiro como “Uma casinha de um por dois metros, dividida, que servia uma parte para o W.C. colonial, um banco sobre um buraco fundo, e a outra parte de chuveiro colonial, uma lata de querosene perfurada e suspensa por cordão de couro cru”.¹⁵⁸

A gamela e o tanque serviam para a higiene pessoal. Fazia-se a higiene matinal, lavando a face e as mãos; ao meio-dia, repetia-se a operação, lavando também os pés. À noite, o banho era mais longo e rigoroso, em razão das inúmeras atividades braçais realizadas durante o dia. Geralmente, as crianças eram lavadas com água quente e muito sabão. Lavar a cabeça era tarefa do sábado. No verão, a limpeza corporal era mais freqüente, por causa da alta temperatura.¹⁵⁹

Após algum tempo, nas vilas, passaram a ser construídas capelas, escolas, moinhos, selarias e serrarias. O moinho possibilitou ao imigrante abandonar o pilão manual, de baixa produtividade, para o descascamento do arroz e a moagem do trigo. Inicialmente, os moinhos funcionavam com tração animal ou com a roda d'água.

As escolas serviam de espaço de aprendizagem e sociabilidade, havendo diversas espalhadas nas zonas rural e urbana, com aulas em português e polonês. Em torno de 1930, os poloneses mantinham 93 escolas particulares, nas quais lecionavam 83 professores e cujo

¹⁵⁸ WEISS, João. *Colonos na Selva. Emigrantes como agricultores*. Rio de Janeiro: Edição do Autor, 1949. p. 56.

¹⁵⁹ VOLT, Maria. Entrevista realizada em 08 jan. 2002. Áurea.

número de alunos atingia 3.300 matriculados.¹⁶⁰ Segundo Edmundo Gardolinski, foram professores os poloneses “Antoni Wolski, Michal Dembczynski, K. Adamczyk, Wladislaw Kusz, Onufry Odorzcyk e, finalmente, Piotr Lisowski (1926-1928)”.¹⁶¹ Na zona rural, as aulas eram ministradas, inicialmente, por um morador que tivesse um mínimo necessário de conhecimento.

Em meados da década de 1920, diversas colônias iniciavam a movimentação acerca da construção de hospitais, haja vista a quantidade de pessoas que necessitavam de atendimento médico e tinham de ser transportadas, geralmente, para a sede da região – Erechim. Um dos fatos muito citados pelos depoentes era a dificuldade de transportar os doentes ao hospital ou ao consultório médico. Como chamar o médico em casa estava fora das possibilidades da maioria dos colonos, transportavam-se os doentes em carroças, cavalos e mulas, dependendo do estado do enfermo, e até nas costas.

Em Treze de Maio, data de 1937 a idéia de a colônia ter seu próprio hospital. Segundo o Livro Tombo da Paróquia, o padre da época foi quem iniciou as primeiras tratativas para essa realização, alugando-se a casa do Sr. Marchewicz, que foi transformada num pequeno hospital. Posteriormente, realizou-se uma festa para angariar fundos e construir o novo hospital, cuja arrecadação foi de 1.000\$00; a igreja contribuiu com mais 1.500\$00.¹⁶² Com esse dinheiro, foram comprados alguns objetos, como camas, fogão, tecidos para a confecção de vestuário para os leitos, objetos necessários para seu funcionamento inicial. Foi instituído como padroeiro Santo Estanislau Kostka.

A construção do hospital, que passou a chamar-se Menino Jesus, iniciou após a autorização do bispo de Santa Maria, dom João Reis, já que seria instalado no terreno da

¹⁶⁰ MARMILICZ, Paulo Tomaz. *Antiga colônia polonesa de Guarani das Missões e suas relações atuais*. Ijuí: Poligrama, 1996. p. 73.

¹⁶¹ GARDOLINSKI, Edmundo. *Escolas da colonização polonesa do Rio Grande do Sul*. Porto Alegre: EST/UCS, Caxias, 1977. p. 87-8.

¹⁶² KRUPINSKI, Rosália. *Paróquia Nossa Senhora do Monte Claro*. Passo Fundo: UPF, 1990. p. 31.

Mitra, passando a ser de sua propriedade. A comissão para o novo empreendimento foi nomeada pelo padre, e assim estava constituída: Presidente – João Modkowski; Secretário – João Kempa; Tesoureiro – Bernardo Dysarz; Fiscais – Francisco Slussarek, João Dysarz e Wladislau Zielak.¹⁶³

A responsabilidade da obra foi entregue a Alexandre Parafiniak, de Vila Hortência, que a orçou em 13:500\$00, incluindo o material necessário para a construção, exceto a madeira de pinho e as telhas. A obra foi iniciada em 15 de junho de 1939, concluída e inaugurada em 10 de março de 1940, contando com a presença do bispo, dom Antônio Reis.

Em Nova Polônia, 11º distrito de Erechim, atual município de Carlos Gomes, assinala-se a presença de um ambulatório para o atendimento de saúde já em 1935. Entretanto, a construção e inauguração do hospital data apenas de 1970.¹⁶⁴

Na cidade de Getúlio Vargas, o ano de 1925 marca a inauguração do hospital São Roque, oficialmente de caráter beneficente, cuja fundação data de 18 de janeiro de 1918. As atividades eram coordenadas pela sociedade italiana “Società Mutuo Socorso Uniuone e fratelanza di Erechim”. A administração esteve a cargo de religiosas franciscanas, tendo como médicos, de sua fase inicial até final da década de 1930, Olavo Walter Padaratz e Osvaldo Guerra.¹⁶⁵ O hospital contava com 140 leitos, possuindo dois aparelhos de raio-X, aparelhos de diatermia, ondas curtas, infra-vermelho, dois ultra-violeta, anestesia com gases, tendas de oxigênio, incluindo asilo para velhice e enfermarias para indigentes.¹⁶⁶

Muitas internações de poloneses das Colônias Novas, localizadas no Alto Uruguai, ocorreram nesse hospital, primeiramente, por questões geográficas, em razão da facilidade de acesso e melhores vias de comunicação, bem como da presença diária de um ou mais médicos

¹⁶³ Id. p. 32.

¹⁶⁴ GOGULSKI, Stanislaw. *Caminhando para a Terra Prometida: do rio do Peixe, à Nova Polônia até Carlos Gomes*. Erechim: Edelbra, 2000. p. 61.

¹⁶⁵ Álbum Comemorativo. *Jubileu de Prata*. Getúlio Vargas: Livraria do Globo, 1959. p. 47.

¹⁶⁶ Id. Ib.

em turno integral. Também é importante salientar as boas instalações físicas (quantidade de leitos) e equipamentos médico-cirúrgicos do estabelecimento, além da função social, tendo em vista o grande número de atendimentos aos despossuídos, marginalizados e excluídos.



Figura 3 – Hospital São Roque. Getúlio Vargas. Fonte: Álbum Comemorativo. Jubileu de Prata. Getúlio Vargas: Livraria do Globo, 1959. p. 47.

2.5 Imigração e poder público

Reconhecendo que a colonização dirigida pelo Estado marcava um significativo intervencionismo do poder público, em 1889, encerrou-se o período da empresa colonizadora sob sua direção. De forma progressiva, o poder público transferiu para o setor privado a iniciativa – e os lucros – do empreendimento colonial. Em 28 de junho de 1890, pelo Decreto N° 528, regulamentaram-se a imigração e a colonização, que ficaram a cargo da iniciativa

privada. O decreto dispunha “sobre as condições de colonização a ser realizada pelos Estados”.¹⁶⁷

Sabe-se que, desde o Império, havia preocupação com a qualidade dos imigrantes, como registra Giron: “os estrangeiros deveriam ser válidos e não criminosos”.¹⁶⁸ Para Stawinski, o “material humano da imigração polonesa era sadio física e moralmente; satisfazia, pois, plenamente, às exigências do governo, cujo objetivo era colonizar e povoar as terras devolutas do Estado”.¹⁶⁹ Sabe-se que essa condição não se confirma quando se analisam os documentos derivados dos núcleos coloniais, nos quais os elementos poloneses são apontados como “diferentes e tumultuados”.

De acordo com os decretos que regulamentaram a imigração, dentre outros pontos, seriam considerados imigrantes somente os passageiros de terceira classe. Além disso, as companhias de navegação ou armadores não poderiam admitir em seus vapores ou navios imigrantes portadores de doenças contagiosas, vícios orgânicos, defeitos físicos que os tornassem inaptos para o trabalho, dementes, mendigos, vagabundos e criminosos.¹⁷⁰ Outro aspecto a ser registrado é que os imigrantes deveriam vir constituídos em famílias de, no mínimo, três indivíduos aptos para o trabalho, ou seja, entre doze e quarenta e cinco anos. O desembarque seria em Santos ou na Ilha das Flores, de onde seriam transportados para a hospedaria da capital à custa do Estado. O governo faria contrato para a introdução de imigrantes; aqueles que se destinassem ao interior do Estado teriam direito ao transporte gratuito até a hospedaria da capital ou a outro alojamento qualquer; seria permitido a todo imigrante alojamento e sustento nessa hospedaria.

¹⁶⁷ GIRON, Loraine Slomp; BERGAMASCHI, Heloisa Eberle. *Colônia: um conceito controverso*. Caxias do Sul: EDUSC, 1996. p. 49.

¹⁶⁸ Id. p. 17.

¹⁶⁹ STAWINSKI, *Primórdios da imigração polonesa no rio Grande do Sul (1875-1975)*. p. 17.

¹⁷⁰ STOLZ acrescenta ainda os termos: cegos, entevados, idiotas e mudos.

O tamanho dos lotes estava ligado à garantia da manutenção dos latifúndios: “Se não havia limites para o tamanho dos latifúndios, o mesmo não ocorre com os lotes coloniais, que deveriam ter 25 hectares de área”.¹⁷¹ Inicialmente, os lotes tinham 25 hectares, mas foram sendo reduzidos de tamanho com o passar do tempo, em virtude dos objetivos de lucro das empresas colonizadoras.

2.5.1 Companhias privadas

Com a empresa privada, a organização deixou de ter fins estratégicos para o país, adquirindo caráter de negócio econômico, realizado para o povoamento das regiões ao menos formalmente despovoadas.¹⁷² No Alto Uruguai, especialmente em lotes ocupados por imigrantes poloneses, a propriedade rural, em sua maioria, não ultrapassava 25 hectares. Com o nascimento e crescimento dos filhos, grande parte dessas propriedades diminuía de tamanho, pois dava-se um pedaço e até a metade do lote aos filhos casadouros.

Em 1º de julho de 1919, Treze de Maio tinha uma área de 89.372.775 m², totalizando 311 lotes demarcados, sendo 22 pagos por saldo, 30 negociados e pagos por conta e 259 financiados, conforme a legislação da época.¹⁷³

As empresas particulares eram companhias limitadas, com capital integralizado pelos associados. Os sócios registravam a empresa, compravam terras em locais despovoados e desmatavam as terras para demarcá-las, dividi-las em lotes e vendê-las. Dentre as companhias, encontram-se a Empresa Colonizadora Luce-Rosa & Cia. Ltda., que, por ser privada, não possibilitava facilidade no relativo à consulta da documentação das públicas, e a

¹⁷¹ GIRON; BERGAMASCHI, *Colônia*: um conceito controverso. p. 50.

¹⁷² Id. p. 53.

¹⁷³ Prefeitura Municipal de Erechim. Departamento de Obras. Livro N° 2. Requerimentos pertencentes à Empresa Colonizadora Estadual.

Empresa Colonizadora Estadual – Diretoria de Terras, dirigida por Torres Gonçalves, de 1908 a 1928.

De 1883 até 1915, a empresa Luce e Rosa & Cia. Ltda. demarcou parte das terras inclusas na região do Alto Uruguai, abriu picadas e estradas, construiu pontes, com ajuda de topógrafos e agrimensores vindos de Porto Alegre. Como já praticado no Império, a abertura de picadas e estradas prosseguiu após a chegada dos colonos, que intervieram nessa atividade para amortizar parte da dívida adquirida com a compra de lotes.

Segundo Weiss¹⁷⁴, a remuneração deste trabalho permitia aos colonos adquirirem gêneros alimentícios, tecidos, querosene etc., que o cultivo da terra não oferecia diretamente.

O ganho no trabalho de terraplanagem, picareta, pá ou carrinho era assaz pequeno, mas representava para o colono o único meio para obter pronta remuneração e adquirir o que mais fosse necessário para poder continuar sua luta no mato. Recebíamos de 700 a 900 réis por metro cúbico de terra escavada e retirada, variando o preço com a distância a deslocar a terra.¹⁷⁵

Os lotes concedidos pelo poder público ou privado eram considerados hipotecados ao contratado, bem como as benfeitorias neles existentes, como garantia do pagamento ao valor das terras e do débito proveniente de auxílios e multas, em caso da não quitação da dívida. Em caso de venda do lote e benfeitorias da propriedade a terceiros, o que excedesse a importância da dívida era devolvido.¹⁷⁶

Grande parte dos lotes coloniais adquiridos ou requeridos por imigrantes poloneses, provenientes do poder público ou privado, não eram uniformes quanto à fertilidade, à água e

¹⁷⁴ João Weiss chegou ao Brasil em 1912, proveniente do império austro-húngaro, instalando-se em Rio Ligeirinho, no norte do Alto Uruguai. Ele escreveu a obra memorialística *Colonos na selva*, uma das raras memórias regionais que descreve o processo imigratório do Alto Uruguai.

¹⁷⁵ WEISS, João. *Colonos na selva*. Emigrantes como agricultores. Rio de Janeiro: Edição do Autor, 1949. p. 98.

¹⁷⁶ IOTTI, Luiza Horn (Org.). *Imigração e colonização: legislação de 1747-1915*. Porto Alegre: Assembléia Legislativa do Estado do RS. Caxias do Sul: Educs, 2001. p. 741.

ao acesso aos mercados. Rios, fontes e córregos tinham valores agregados aos lotes coloniais.¹⁷⁷

2.6 Vendas de terras no Alto Uruguai

Com a República, proclamada em 15 de novembro de 1889, as terras devolutas passaram à propriedade e domínio dos Estados da federação, de acordo com o artigo 64 da Constituição Federativa de 1891. Em decorrência deste fato, a colonização e imigração passaram à competência dos governos estaduais, agora regidos por Constituição própria, em regime de federação. No Rio Grande do Sul, a legislação base foi a lei N° 28, de 5 de outubro de 1899, sobre “Terras Públicas, Colonização e Florestas”, e o regulamento aprovado pelo Decreto N° 313, de 4 de julho de 1900.

O fato de que os Estados e a União subsidiariam e assumiriam conjuntamente a empresa de imigração e colonização oficial acarretou atritos e dificuldades ao poder público em vários momentos. Por essas e outras razões, o governo do Estado do Rio Grande do Sul rompeu, em 1914, seu acordo com a União, pondo fim à imigração oficial subsidiada no Estado pelo Decreto N° 2.098, de 13 de julho de 1914.

Os propagandistas e recrutadores de imigrantes eram conhecidos como “agentes recrutadores”, os quais estavam espalhados pelas diversas regiões da Polônia, com a finalidade de entusiasmarem a população a emigrar. Também eram distribuídos artigos, livretos, brochuras e comunicados sobre as excepcionais condições oferecidas pelo Brasil. Na Polônia, como assinalado, tais agentes encontraram campo propício de trabalho, em razão dos inúmeros problemas econômicos, políticos – três partilhas territoriais – e sociais que vivia a

¹⁷⁷ GRITTI, Isabel Rosa. *Imigração e Colonização polonesa no Rio Grande do Sul*. A emergência do preconceito. Porto Alegre: Martins Livreiro, 2004. Cap. IV.

população na época. O reino da Polônia e a Galícia foram as regiões que mais sentiram o efeito da atuação dos agentes recrutadores.

A venda das terras iniciou-se em 1915. Para esse comércio, foi instalado um escritório na colônia de Barro, atual Gaurama, atendido por José Petry, que exercia as funções de responsável pelos negócios da empresa. Em 1935, o escritório transferiu-se para Rio Novo, atual Aratiba, mais ao centro das colônias, dando maior acesso às demais colônias. Em 1945, Carlos Guilherme Fünfgelt transferiu-se para Erechim, responsabilizando-se pelo escritório.

Segundo Cassol, as terras da empresa, no Estado de Santa Catarina, correspondiam a 2.041 colônias, de 25 hectares cada; no Rio Grande do Sul, abrangiam uma área correspondente a 1.600 colônias, com a mesma metragem cada.¹⁷⁸ A primeira compra de terras foi realizada por José Inácio Steffens, em 1915, na colônia de Dourado, no município de Aratiba. Grande parte dos lotes territoriais adquiridos pelos imigrantes poloneses no Alto Uruguai foi vendida pela Empresa Colonizadora Estadual.

2.6.1 Legislação e ocupação territorial

Após a proclamação da República, em 1889, o novo poder estadual, sob o controle de Júlio de Castilhos e Borges de Medeiros, estabeleceu critérios, legislação e órgãos executivos para executar e normatizar a colonização. Em 5 de outubro de 1889, foi promulgada a Lei Nº 5, sobre as terras públicas. Foram ditadas, igualmente, outras diretrizes pela Diretoria de Terras e Colonização, incluindo o serviço florestal. Cassol registra quanto à proteção aos nacionais:

¹⁷⁸ CASSOL, Ernesto. Empresa Colonizadora Luce-Rosa & Cia. Ltda. Um estudo de fontes. *Perspectiva*, Erechim, v. III, n. 7, 1978, p. 13.

- 1) O Estado procura resolver os litígios com particulares, indenizando terras particulares colonizadas pelo Estado e cortando a indústria da “grilagem”;
- 2) Os núcleos coloniais são atendidos por infra-estrutura e planejamento, tanto das atividades, como no espaço urbano e rural, como de sua conveniente articulação. O sistema de estradas e transporte é essencial.¹⁷⁹

Com o Decreto N° 1.861, de 30 de outubro de 1894, o poder público federal adotou modelos para expedição de títulos de propriedades de lotes de terras vendidos aos imigrantes, objetivando a padronização e o controle por parte da União e Estados desses vazios demográficos. Havia duas modalidades de título de propriedade: provisório e definitivo. Os dados em ambos são semelhantes, porém havia um compromisso legal assumido pelas duas partes – comprador e companhia colonizadora.

No título provisório, ou designação de lote de terras, incluíam-se os seguintes dados: Estado, município, núcleo, seção, número do lote, data de expedição, nome do comprador e proprietário. A segunda parte do documento correspondia à descrição do lote, mais especificamente às medidas de frente, fundos, lados direito e esquerdo, linhas divisórias, perímetro em metros, área em hectares, preço do hectare e confrontantes.¹⁸⁰

O preço do lote era registrado de acordo com a moeda nacional vigente, podendo ser dividido em prestações iguais e anuais, a contar do primeiro dia do segundo ano do prazo estipulado entre o contratante, prazo esse não inferior a dez anos. Quanto aos juros, recomendava-se que não excedessem nove por cento ao ano. O pagamento poderia ser realizado em espécie – adiantamento de sementes – ou moeda nacional. Em caso de atraso do pagamento por dois anos sucessivos, era permitido à concessionária reclamar o despejo do lote, pagando ao colono as benfeitorias que houvesse feito e metade das prestações cobertas,

¹⁷⁹ CASSOL, Ernesto. Estado e colonização no projeto do PRR: a colônia de Erechim. Diário da Manhã, 1991. [aspas do original]

¹⁸⁰ IOTTI (Org.). *Imigração e Colonização: legislação de 1747-1915*. p. 478-479.

depois de deduzida desta importância o que lhe fosse devido pelo adiantamento que porventura tivesse ocorrido.¹⁸¹

A demarcação de terras em Erechim foi iniciada em 1904, em razão do estudo feito sobre onde deveria passar a ferrovia, espinha dorsal do planejamento da Colônia Erechim. Em outubro de 1908, Carlos Barbosa, presidente do Rio Grande do Sul, criou a Colônia Erechim, com sede em Capoerê, delimitada pela Inspetoria de Terras.¹⁸² Em 1909, o governo do Rio Grande do Sul escolheu o local da sede da Colônia Erechim, situada à margem direita do rio dos Índios, a 5.587 metros da estação férrea de Erechim, a noroeste da ferrovia, no mesmo local onde atualmente se encontra a cidade de Getúlio Vargas. A instalação do núcleo ocorreu em 1910, com 36 colonos (quatro famílias, totalizando 28 pessoas, mais oito solteiros).¹⁸³

Escolhida desde 1912 para sede da Colônia Erechim, a aglomeração urbana de Paiol Grande (hoje Erechim) foi planejada por Torres Gonçalves e sediou a Comissão de Terras, local onde ocorria a venda das colônias, diretamente ou em hasta pública. Paiol Grande também era a colônia que mais apresentava condições para a implantação dos serviços legitimadores do processo de povoamento e colonização, por causa de sua favorável localização geográfica, por possuir casas de comércio e um considerável aglomerado populacional.

A partir de 1920, objetivando atrair novos colonos, a empresa colonizadora empenhou-se em construir estradas e ponte, ação que garantiria o escoamento do excedente produzido pelo colono, propiciando a consolidação e superação de sua economia de subsistência. O adquirente de um lote comprometia-se a ceder gratuitamente parte do terreno, sempre que fosse necessário, para abertura ou melhoramento de estrada. A decisão sobre as

¹⁸¹Id. p. 479.

¹⁸²Cf. CASSOL, este órgão sofreu frequentemente mudança de denominação e de atribuição: Comissão de Terras, Inspetoria de Terras, Inspetoria de Terras do Nordeste (1952), Inspetoria de Terras (1953-1960), Cemapa (1971-1978) e Delegacia Regional de Terras.

¹⁸³CASSOL, Ernesto. *Histórico de Erechim*. Passo Fundo: Instituto Social Padre-Berthier, 1979. p. 28.

terras necessárias à construção do caminho era tarefa da administração municipal, em acordo com a empresa.¹⁸⁴ Assim, ocorreram diversos desentendimentos entre a empresa e os colonos, incluindo os núcleos coloniais poloneses.

2.6.2 Disputas coloniais

Vários são os registros nas subintendências regionais quanto à insatisfação com as medições de lotes e divisas de propriedades rurais no grupo de imigrantes poloneses. Segundo Gritti, os diversos problemas ocorridos nos núcleos poloneses deviam-se, em grande parte, a questões de instalações e divisas territoriais. A revolta dos imigrantes que chegaram ao núcleo de Mariana Pimentel, por exemplo, foi tamanha, que, em 1891, incendiaram o escritório da Comissão de Terras. Além da má administração da Colônia e da dificuldade de acesso, os terrenos não eram dos melhores. A demarcação dos lotes também foi problemática, e as questões envolvendo limites e propriedades foram constantes.¹⁸⁵

Podem-se encontrar reclamações e indiciamentos criminais relativos à questão de disputas territoriais em grande parte das colônias onde se instalaram os poloneses. Parte desta atitude devia-se à forma como o processo de ocupação e povoamento no Rio Grande do Sul era efetivado pelos funcionários estaduais. No comparativo, observa-se a diminuição de conflitos desse gênero na região do Alto Uruguai, em razão de o processo se realizar de maneira mais sistemática, porém também aí existiram.

Quanto ao montante financeiro pago pelas terras, é possível encontrar, em início do século XX, o valor de uma colônia com extensão de 25 hectares por Cr\$ 500,00, porém, com o aumento da demanda, os preços subiram e, após 1912, uma colônia passou a custar cerca de

¹⁸⁴ CASSOL, Empresa Colonizadora Luce-Rosa & Cia. Ltda. Um estudo de fontes, *Perspectiva*. p. 52.

¹⁸⁵ GRITTI, *Imigração e colonização polonesa no Rio Grande do Sul*. p. 95.

Cr\$ 1.250,00, com direito a um empréstimo de Cr\$ 500,00.¹⁸⁶ Modtkowski informa que o valor de uma colônia era, inicialmente, de 150 mil-réis, passando, logo em seguida, para 300 mil-réis e, mais tarde, para 500 mil-réis.¹⁸⁷

Em cada colônia, havia uma pessoa responsável pelas novas aquisições de terras, medições e revisões, representando a empresa. Caso houvesse problemas com os colonos, eles deveriam se dirigir a esse responsável para que buscasse solução junto à empresa. Geralmente, os responsáveis pela colônia eram homens indicados pela Comissão de Terras e de confiança da diretoria. Cita-se, a título de exemplo, a tarefa de revisão territorial realizada por Alexandre Stefaeski, em 1928, na secção Treze de Maio, hoje município de Áurea. O material encontra-se numa única caderneta, sob Registro N° 10157, escrito todo a lápis.¹⁸⁸ É possível também encontrar o registro de todos os números coloniais de poloneses no Alto Uruguai, no acervo do Arquivo Municipal Público de Erechim

As primeiras vias de comunicação encontradas na região do Alto Uruguai foram feitas pelos nativos, as quais seriam, posteriormente, utilizadas pelos paulistas, pelos missionários, pelos caboclos e, finalmente, pela empresa colonizadora. Com o surgimento oficial da Colônia Erechim, esses “caminhos” foram ampliados e multiplicaram-se para que as primeiras linhas e lotes fossem comercializados. Essas primeiras trilhas nas florestas foram denominadas “picadas”, descritas por Weiss como caminhos estreitos, cercados de arbustos, com áreas muito íngremes e pedregosas. O avanço através delas era possível apenas em fila indiana:

¹⁸⁶ GARDOLINSKI, Imigração e colonização polonesa. In: BECKER (Org.). *Enciclopédia Riograndense*, p. 59.

¹⁸⁷ MODTKOWSKI, Luiz Isidoro. A colonização polonesa em Áurea – Rio Grande do Sul. In: *1º Seminário Brasil-Polônia*. Curitiba, 1998. p. 6.

¹⁸⁸ A caderneta encontra-se no acervo do Arquivo Histórico Municipal Juarez Miguel Illa Font, em Erechim.

De vez em quando cruzavam nosso caminho picadas menores que desapareciam novamente na mata. Estreitava-se cada vez mais nosso caminho, a ponto de permitir aos animais com os volumes maiores, andar somente um atrás do outro. [...] Algumas vezes encontrávamos outros tropeiros que vinham em direção oposta, o que constituía um problema de trânsito, batendo as mulas com suas cargas umas nas outras, chegando a arrancá-las das cangalhas, provocando paralisações e gritarias dos tropeiros.¹⁸⁹

2.6.3 Produção agrícola

Com a chegada de mais imigrantes, as colônias constituíram-se e organizaram-se, surgindo as primeiras colheitas. A necessidade de circulação do excedente da produção levou a que as empresas se empenhassem em abrir as primeiras estradas. As vias de comunicação foram tão importantes para as novas colônias como a fertilidade da terra.

Foram, inicialmente, as picadas e, a seguir, as estradas que permitiram ao imigrante polonês o escoamento da produção. Como assinalado, o resultado da venda dos produtos agrícolas servia para adquirir produtos não cultivados na propriedade rural, como sal, tecidos, ferramentas e insumos agrícolas. Sobretudo, a comercialização do excedente servia para pagar a dívida colonial contraída com a aquisição do lote.

A abertura de novas estradas e a ampliação das picadas existentes permitiram ao colono uma possibilidade de obter dinheiro para subsidiar a agricultura e movimentar a vida econômica na linha. A partir de 1940, o esquema básico das estradas já estava consolidado no Estado, incluindo o Alto Uruguai. As estradas partiam da sede, dirigiam-se aos distritos e povoados e, destes, aos lotes coloniais, acompanhando a fronteira agrícola; por isso a sua expansão passa a ser vista como sinônimo de progresso. O ponto de convergência, sobretudo das carretas e carroças, eram as estações férreas e suas imediações.

Esse período caracterizou-se, em linhas gerais, pela opção industrializante, o que gerou a intensificação do comércio, tanto externo como interno, nos núcleos coloniais e,

¹⁸⁹ WEISS, João. *Colonos na selva*. Emigrantes como agricultores. Rio de Janeiro: Edição do Autor, 1949. p. 31.

diante dos maiores custos que a ampliação das linhas ferroviárias proporcionariam, optou-se pela melhoria do setor rodoviário. Além do mais, o trem não atingia, de forma homogênea, todas as regiões, havendo períodos em que a falta de vagões comprometia o escoamento da produção. Cita-se, a título de exemplo, o jornal *A Voz da Serra*, que em 1951 noticiou: “trezentos e cinquenta mil sacos de cereais para transportar e sujeitos a completa deteriorização face à falta de vagões para seu pagamento”.¹⁹⁰

Nesse contexto de descrédito do sistema ferroviário, a partir da década de 1940, as rodovias começaram a ser ampliadas e melhoradas, havendo uma significativa ampliação do traçado rodoviário em quilômetros. O trabalho de abertura de estradas era árduo, difícil e exploratório. Segundo Krzysczak, todos eram obrigados a trabalhar seis dias por ano na abertura de estradas. O trabalho era, sobretudo, manual, já que havia poucos equipamentos.

Na abertura das estradas usavam-se os instrumentos utilizados no cultivo do solo.¹⁹¹ As primeiras safras foram transportadas nas costas dos colonos e de seus filhos, mas, logo que puderam, os imigrantes adquiriram cavalos e mulas para o transporte da produção até as vendas e sedes.

Weiss relata: “E mesmo conseguindo sobras de produtos da roça elevar-se-ia outra barreira: o transporte. Levar produtos da roça em lombo animal para Erechim, ou outro centro comprador [...]”.¹⁹² Os produtos eram vendidos na sede, em vila Áurea, Barro (hoje Gaurama), Getúlio Vargas e Erechim. No transporte dos produtos, utilizavam-se cangalhas de madeira, nas quais eram presas bruacas de couro ou tecido, dividindo o peso nos dois costados do animal. O cesto de taquara – o jacá –, também foi utilizado.

A melhoria das estradas e o desenvolvimento da produção sistematizaram o uso das carroças. A carroça era puxada por pares de cavalos ou mulas, adaptando-se às dificuldades

¹⁹⁰ *A Voz da Serra*, 07 mar.1951. Erechim. p. 4.

¹⁹¹ KRZYSCZAK, Wenceslau. Entrevista realizada em 08 jan. 2001, Linha São Sebastião, Áurea.

¹⁹² WEISS, João. *Colonos na selva*. Emigrantes como agricultores. p. 95.

de tráfego dos caminhos. Em dias chuvosos, cancelava-se a viagem. As carretas com maior capacidade de transporte eram, sobretudo, as de propriedade dos comerciantes. Em Áurea, Constante Kessler e Carlos Mustifaga destacaram-se como comerciantes pioneiros.¹⁹³

O uso da carreta foi intenso nos núcleos coloniais poloneses para o transporte de cereais e pessoas. Busatto descreveu a carreta da seguinte maneira:

O carretão ou carreta era composto dum soalho, assim de quatro ou cinco metros; por cima se armava uma espécie de casa coberta de capim sapé à prova d'água; por dentro a carga de trens. E, às vezes, gente também. Duas enormes rodas, nos primeiros tempos sem aro e sem cambotas inteiriças, de madeira dura (tarumã, açoita-cavalo e outras) mais tarde de cambotas e aro de ferro, suportando todo o peso girando tudo sobre o eixo de madeira com busina e contrabusinas, bem engraxadas.¹⁹⁴

As cangalhas, carretas e carroças fizeram surgir um novo ramo no comércio. Nas margens das estradas gerais e nas sedes, estabeleceram-se ferreiros, marceneiros e casas de pasto. A “casa de pasto” era o local onde o viajante alimentava-se, descansava e dormia; aos animais eram oferecidos água, alfafa, milho e descanso. Caleffi lembra: “Predominavam pastos sobre casas de comidas, restaurantes, hotéis, era o PASTO que era essencial, porque sem o pasto o animal não se locomovia e também não transportava o dono”.¹⁹⁵ O crescimento das cidades e a dinamização da economia colonial conduziram a que os meios e vias de transporte evoluíssem, adaptando-se, a seguir, aos veículos automotores.

A possibilidade de tornarem-se proprietários rurais foi o principal motivo que atraiu os poloneses ao Brasil, onde aspiravam ao ideal inalcançável na Polônia: tornar-se “senhor de fazenda”.¹⁹⁶ Com exceção dos imigrantes da parte dominada pela Rússia, era grande o otimismo dos demais quanto às condições em solo brasileiro. Veja-se o que escrevia um

¹⁹³ KRUPINSKI, Rosália. *Paróquia Nossa Senhora Monte Claro (1915-1990)*. Passo Fundo: Gráfica UPF, 1990. p. 1.

¹⁹⁴ CALEFFI, Luis Ângelo. Entrevista oral e escrita, realizada por Enori Chiaparini, mar. 1985. p. 4.

¹⁹⁵ CALEFFI, Luis Ângelo. Entrevista oral e escrita, realizada por Enori Chiaparini, mar. 1985. p. 3.

¹⁹⁶ KULA, Marcin. *A emigração polonesa no Brasil à luz do estado das pesquisas conduzidas na Polônia*. Varsóvia, 1990. p. 2.

emigrado polonês: “A todos que venham por que no Brasil é bom. Eu estou melhor do que um patrão na Polônia que possui dez propriedades”.¹⁹⁷

Tais declarações sugerem, de forma significativa, o quanto era atrativo o Brasil, em comparação à pobreza e à exploração que os imigrantes conheciam na Polônia. O Brasil atraía o polonês, porque ele podia transformar-se, de assalariado, arrendatário ou minifundiário rural, em proprietário de uma nesga de terra. Na mesma correspondência, constata-se esse sonho: “Meus queridos irmãos, eu não trocaria convosco a minha propriedade. Eu agora sou dono, isto não é assim como era na Polônia”.¹⁹⁸ O otimismo também é percebido nas declarações quanto às condições da terra e do trabalho. Escrevendo no início de 1891, o imigrante polonês Jan Wietrzykowski refere-se à economia pastoril: “A gente daqui é rica e generosa. Na lavoura trabalham pouco. Só criam gado muar, cavalar, vacum e suíno. Tal atividade dá menos trabalho, pois os animais se criam sozinhos, pastando no campo durante o verão e o inverno”.¹⁹⁹

As empresas colonizadoras também fortaleceram o processo de atração dos imigrantes ao Brasil por meio de anúncios publicitários. Na região do Alto Uruguai, a empresa Colonizadora Luce-Rosa & Cia. Ltda. também oportunizou crédito à propaganda. Pesquisa realizada, em fins da década de 1970, pelo historiador Ernesto Cassol apresenta informações através de panfletos distribuídos pela Empresa, nos quais se informava:

Nossas terras [...] recomendam-se pela sua ótima qualidade, matas virgens, sem intrusos, adaptam-se à cultura de todos os produtos agrícolas no sul do Brasil, como milho, feijão, cana, trigo, fumo, etc., bem como laranjas, pêssegos, maçãs, pêras, ameixas e especialmente a cultura das vinhas.²⁰⁰

A condição de camponês no Brasil não garantiu ao imigrante sucesso imediato. Entre outras dificuldades iniciais, Kula alerta para as diferenças climáticas e de relevo existentes

¹⁹⁷ Id. Ib.

¹⁹⁸ Id. Ib.

¹⁹⁹ STOLZ, Roger. *Cartas de Imigrantes*. Porto Alegre: Edições EST, 1997. p. 109.

²⁰⁰ CASSOL, Ernesto. Empresa Colonizadora Luce-Rosa & Cia. Ltda. Um estudo de fontes. *Perspectiva*, Nº 7, 1978. p. 61-62.

entre o Brasil e a Polônia.²⁰¹ Exuberante, a natureza primitiva apresentava-se como um obstáculo para o imigrante polonês.

Pobre em instrumentos agrícolas, habituado a solos já cultivados, o imigrante polonês, utilizou-se de processos anteriormente aplicados pelos nativos. Escolhia uma área onde a vegetação não fosse tão densa, fazia a derrubada das árvores e dos arbustos para, a seguir, atear fogo. Muitas áreas já estavam prontas para o plantio, visto que os nativos já tinham realizado o trabalho de derrubada e queima da floresta. Após a queima, realizava-se a destocagem – tirar os cepos e tocos da terra – e, depois, em algumas colônias, era feita a segunda ou terceira safra, atividade que exigia muito trabalho.²⁰² A seguir, as primeiras sementes, que, em alguns casos, haviam sido trazidas da Polônia, eram lançadas à terra. A empresa colonizadora também fornecia algumas sementes para os primeiros plantios.

A abundância relativa da terra levava o colono a plantar a maior área possível, logo nas primeiras safras. Escrita em 1891, a carta do imigrante Josef Jakub Bulat relata: “No espaço de duas semanas desmatamos o que nos vai bastar para todo o ano. Após a derrubada, vem a queimada e, enfim, a semeadura. Não se cava nem se lavra a terra, mas planta-se entre os troncos e tocos de árvores e tudo cresce às maravilhas: centeio, trigo, cevada, mourisco, batata, ervilha”. Essa técnica de exploração das regiões florestais foi herdada dos nativos tupi-guaranis por meio dos caboclos.²⁰³

Após o entusiasmo inicial, surgiram os primeiros problemas e descontentamentos. O colono, ainda sob o efeito da propaganda, deparava-se com a má qualidade das terras, seja por condições naturais, seja como consequência das queimadas sucessivas. Ambos os tipos de esterilidade podem ser corrigidos: o primeiro, pela alcalinização do solo; o segundo, pela

²⁰¹ KULA, Marcin. *A emigração polonesa no Brasil à luz do estado das pesquisas conduzidas na Polônia*. Varsóvia, 1990. p. 4.

²⁰² Segundo relato oral de Vicente Kessler, 10 set. 2000. Áurea.

²⁰³ MAESTRI, Mário. *Os senhores do litoral: conquista portuguesa e agonia tupinambá no litoral brasileiro*. (séc. 16). Porto Alegre: EdUFRGS, 1995. p. 44-47.

adubação. Os agricultores do Brasil – escreveu Léo Waibel – têm de aprender que as condições do solo não são finais nem irrevogáveis, como são a topografia e o clima, mas são variáveis e podem ser melhoradas ou deterioradas pela atividade humana.²⁰⁴ Contudo, a falta de conhecimentos técnicos, a pobreza de capitais e a abundância de terras virgens impediram a utilização imediata desses recursos pelos colonos.

Além da esterilidade, o colono deparava-se com a acidez do solo, que não é acidental, nem local, e comprometia a produtividade de alguns produtos conhecidos e apreciados na Europa, como o centeio.²⁰⁵ A preocupação inicial era plantar para garantir a sustentabilidade da família. Plantavam-se beterraba, cebola, centeio, cevada, couve, milho, repolho, trigo e outros. Por demorarem mais tempo para produzir, as árvores frutíferas eram plantadas com o passar do tempo. O pinhão teve importante papel na alimentação até que as primeiras colheitas se concretizassem. Para alimentar os animais, para forragem, plantava-se a *vika*, termo utilizado para designar a aveia, a cevada e a ervilhaca.²⁰⁶

O excedente da produção agrícola era vendido ao comerciante local, que revendia a produção colonial aos consumidores ou ao comerciante do centro maior. No Alto Uruguai, constata-se que a Colônia Erechim cresceu rapidamente. Em 1950, constituía-se já num dos municípios mais dinâmicos do Rio Grande do Sul no relativo à produção agrícola.²⁰⁷ O crescimento do município deveu-se à estrada férrea Santa Maria – São Paulo, que permitia escoar facilmente os produtos agrícolas, privilégio gozado por poucas colônias rio-grandenses, e ao grande fluxo colonizador de elementos europeus, que se fixaram, em sua maioria, na área agrícola.

²⁰⁴ WAIBEL, Léo. Princípios da colonização européia no Brasil. *Revista Brasileira da Geografia*, XI, N° 2, 1949.

²⁰⁵ MARTINS, Wilson. *Um Brasil diferente*. 2.ed. Curitiba: Estudos Brasileiros, 1955. p. 33.

²⁰⁶ Termo usado para trepadeira anual com pequenas sementes, não comestíveis por seres humanos.

²⁰⁷ ROCHE, Jean. *A colonização alemã e o Rio Grande do Sul*. Porto Alegre: Globo, 1969. p. 21.

2.6.4 Colheita e demais produtos

A extração de madeira foi a atividade que permitiu o complemento da renda em várias colônias em todo o Estado do Rio Grande do Sul. Karnal destaca o crescimento desta atividade, assinalando que, em 1914, a madeira representava 16% da economia erechinense.²⁰⁸ Em 1924, havia necessidade de cinco mil vagões para transportar a mercadoria. “Essa madeira foi estimada em cerca de 20.000 contos de réis”.²⁰⁹ Esses números registram o elevado processo de devastação florestal sofrido pela região.

A banha também foi produto de importância econômica. Em entrevista oral, Carlos Noskowski referiu-se à banha como um produto muito comercializado e utilizado nos núcleos de imigrantes poloneses. Várias eram as cidades que possuíam comércio e manufaturados, e para as quais o uso da banha tornava-a elemento essencial, do mesmo modo que a morcela e os patês. No Alto Uruguai, pode-se citar Erechim, Gaurama e Viadutos. A banha era utilizada na preparação de alimentos, para conservar a carne e, em alguns momentos, como medicamento: pura ou com ervas, servia para cortes, hematomas e era usada até nos partos.²¹⁰

Karnal cita a banha como um produto importante na economia colonial e de exportação: na produção de 1914, representava 7% da economia municipal de Erechim; em 1921, exportou-se o montante de 250:000\$000 do produto. Já em 1925, na Colônia Erechim, abateram-se cinquenta mil suínos, que produziram aproximadamente cinco milhões de quilos de banha.²¹¹

Dentre diversos produtos, o milho também teve destaque na economia estatal, pois servia para alimentar o elemento humano e os animais. Com o advento da I Guerra Mundial,

²⁰⁸ KARNAL, Oscar da Costa. *Subsídios para a história do município de Erechim*. Porto Alegre: Globo, 1926. p. 39.

²⁰⁹ Id. p. 41.

²¹⁰ NOSKOWSKI, Carlos. Entrevista oral, em 20 jul. 2002.

²¹¹ KARNAL, Oscar da Costa. *Subsídios para a história do município de Erechim*. Porto Alegre: Globo, 1926. p. 40.

um número apreciável de toneladas de milho foi exportado por Erechim. Roche apresenta a seguinte comparação: “Se tomarmos por base 100 a produção de milho em 1914, a de 1916 corresponderá a 200, e a de 1918, a 302. Não fez senão elevar-se, no período entre as duas guerras, do índice 800, em 1920, para 1600 em 1934, e para 2100, em 1946”.²¹² Como se vê, a produção e o comércio eram grandes.

Em 1950, a Colônia Erechim atingiu seu ápice na produção de milho, alcançando trinta vezes o volume de 1914 e quase o de 1939. Torna-se a destacar aqui a importância da estrada de ferro no processo de escoamento dessa produção.²¹³ A abundância de milho colhido fez surgir novos moinhos, que eram movidos pela força da água ou dos ventos.

A decadência do milho, após 1960, acarretou o crescimento da produção do trigo, inicialmente para satisfazer as necessidades domésticas. Desde o período imperial, havia incentivos governamentais para a produção desse produto. Em 1928, Getúlio Vargas, então presidente do Rio Grande do Sul, lançou a campanha “Semeai trigo” e estimulou a produção de novas áreas. O trigo foi um cereal bem aceito nos núcleos coloniais poloneses, em razão do intenso plantio de cereais – especialmente a cevada – de semelhante manuseio em solo polonês.

2.7 Cultivo da terra e os alimentos

Dentre os diversos fatores que impulsionaram os poloneses a procurar uma nova terra, destacam-se as péssimas condições de vida na Polônia, especialmente as alimentares. Stawinski lembra: “Eram levados a tanto não pela ambição de se enriquecerem em terras

²¹² ROCHE, *A colonização alemã e o Rio Grande do Sul*. p. 282.

²¹³ Id.

estranhas, mas pelo anseio de conseguir um pedaço de terra para trabalhar, pão para comer”.²¹⁴

Apesar de algumas mudanças alimentares, os imigrantes poloneses melhoraram substancialmente a quantidade de calorias ingeridas diariamente em solo nacional. A primeira grande conquista dos poloneses no Rio Grande do Sul foi uma rica e mais abundante alimentação. Não raro, nas cartas enviadas à Europa, eram enfatizadas as boas condições alimentares.²¹⁵

Com o término da travessia, permaneceram nas cartas os relatos sobre a fartura alimentar. A alimentação era constituída de arroz, café, carne, feijão, frutas – classificada, portanto, como “muito boa”, por Aleksander Slawski em carta escrita em fins de 1890, após chegar ao Rio Grande do Sul. A diversidade de alguns alimentos e as diferenças alimentares também eram relatadas.

Desde o início da colonização, o calor e as moléstias, como gripe e febre, e o total desconhecimento do clima nacional e do idioma levaram os imigrantes a passar por privações agudas. Acostumado a uma dieta em que a batata era um dos principais ingredientes, os poloneses tiveram de aprender a consumir e plantar milho, mandioca e banana, até então desconhecidos por eles.

Os nativos e moradores locais é que se encarregavam de orientá-los sobre as novas culturas agrícolas, porque não havia qualquer assistência do governo. Porém, nem sempre tiveram êxito. Não havia plantação que resistisse ao ataque de centenas de aves que povoavam grande parte dos núcleos coloniais poloneses, até se utilizarem da observação detalhada e constante para concluírem que a colheita tinha de coincidir com a época em que amadureciam nas matas as frutas preferidas das aves.

²¹⁴ STAWINSKI, *Primórdios da imigração polonesa no Rio Grande do Sul (1875-1975)*. p. 17.

²¹⁵ STOLZ, *Cartas de imigrantes*. p. 49-51.

As lavouras eram também atacadas por capivaras, tatus, cotias, pacas, coatis, tamanduás, macacos, veados mateiros, jacotingas e mutuns. Era um exército de predadores sobre o qual os imigrantes nada haviam lido no folheto que chamava a atenção para um país de terras férteis, sem adversidades e problemas, distribuído pela Sociedade de Colonização de Varsóvia (Towarzystwo Kolonizacyjne), na Polônia do final da década de 1920.

Krupinski lembra que os primeiros frutos de pinhão encontrados pelos poloneses em Rio Marcelino, na região do Alto Uruguai, foram tratados com restrição. “Por desconhecerem o fruto, cozinhavam e davam-no ao cachorro. Se este não morresse é porque o fruto era comestível”.²¹⁶ Alimentos de forte coloração e espinhosos, geralmente frutas e legumes, geravam maior resistência no momento da ingestão.

Os imigrantes produziam seus próprios alimentos, exceto o café e o sal. A produção de alimentos era uma preocupação primordial para a família colonial, tanto do homem como da mulher. Entretanto, eram as mulheres que preparavam e produziam as refeições. As frutas e legumes eram plantados e mantidos pela mulher, com o auxílio das crianças, as quais eram introduzidas desde a primeira infância nas atividades agrárias e no cuidado dos animais. Os de pequeno porte, como galinhas, patos, e até suínos, por estarem próximos à casa, também eram de responsabilidade feminina. Abundantes e apetitosos pratos podiam resultar dessa atividade. Weiss recorda: “[...] couve, cenouras, tomates, vagens enriqueciam nossas pobres refeições com mais algumas vitaminas. Era preciso [...] arrumar um galinheiro mais confortável para a criação, que estava alegremente aumentando [...]”.²¹⁷

Além do plantio de arroz, aveia, batata, cevada, feijão, milho e trigo, produziam-se banha, cachaça, salame e toucinho, que abasteciam a família. O excedente era vendido aos

²¹⁶ KRUPINSKI, Rosália. *Paróquia Nossa Senhora Monte Claro (1915-1990)*. Passo Fundo: UPF, 1990. p. 31.

²¹⁷ WEISS, João. *Colonos na selva*. Emigrantes como agricultores. Rio de Janeiro: Edição do Autor, 1949. p. 56.

centros urbanos próximos, para adquirir produtos necessários aos imigrantes, mas não produzidos na colônia, como foices, pregos, querosene, sal e tecidos.

CAPÍTULO III

SAÚDE PÚBLICA E PRIVADA DURANTE O PROCESSO DE COLONIZAÇÃO POLONESA NO RIO GRANDE DO SUL

3.1 A saúde no Rio Grande do Sul

O período de 1890-1930 foi marcado pela hegemonia do Partido Republicano Rio-Grandense, que implementou linhas básicas e unitárias para se pensar a saúde pública no Estado, incluindo-se os núcleos imigracionais. Neste espaço de tempo foi organizado o sistema de saúde para os nacionais e estrangeiros, que se estabeleciam no Estado em grande quantidade.

Observa-se também que, no Estado, os dirigentes do governo assumiram uma posição política predominantemente positivista após a República, defendendo que cada indivíduo deveria ser educado com base nos princípios científicos para, então, decidir o que adotar quanto à sua saúde. Nesse aspecto, manteve-se a defesa da liberdade profissional, especialmente na medicina, que, acompanhada da liberdade religiosa, permitiu que se instalassem diversas práticas de cura no Estado, ao longo das quatro primeiras décadas da República.²¹⁸

²¹⁸ WEBER, Beatriz Teixeira. *As artes de curar*. Medicina, religião e Positivismo na República Rio-Grandense (1889-1928). Santa Maria: Ed. da UFSM; Bauru: Edusc, 1999. p. 49-54.

Entretanto, mesmo com a implantação e a defesa das políticas positivistas no Estado, várias práticas médicas foram contrárias ao ideário positivista. Consta-se que, em diversos momentos, o governo priorizou o isolamento dos doentes e a desinfecção das residências para evitar a propagação das doenças e, após 1925, visualiza-se a perspectiva eugenista, acompanhando os discursos e práticas governamentais.

A perspectiva de administração política positivista no Estado, no tocante à saúde, esteve submetida a certos princípios gerais, influenciados pelo pensamento político castilhistas. O castilhismo baseava-se no pressuposto de que a sociedade caminhava, inexoravelmente, rumo à construção do pensamento racional. Os meios para a realização dessa estruturação racional seriam alcançados mediante o cultivo da ciência social. Segundo Pezat, as opções de Júlio de Castilhos e Borges de Medeiros durante cinco gestões, de 1898 a 1927, foi pela imposição de uma organização positivista por parte de uma minoria esclarecida, realizando a moralização dos indivíduos pela tutela do Estado.²¹⁹

Reservava-se ao governo propagar a educação para que os indivíduos se adequassem aos novos ditames da estruturação racional da sociedade e se submetessem aos preceitos da ciência que os políticos positivistas defendiam. Porém, não caberia ao governo interferir nas decisões dos indivíduos anteriormente ao processo de concretização, devendo apenas ao Estado favorecer o processo educativo à luz das práticas científicas e da filosofia positivista.

Como já assinalado, em alguns momentos, o pensamento positivista rio-grandense sofreu adequações e possibilitou a adoção e a implantação de uma perspectiva diferenciada, especialmente no tocante à saúde. Segundo Weber, a autonomia das práticas regionais, originada do Decreto-Lei de 30 de dezembro de 1891, determinou que os Estados passavam a ser os responsáveis pela organização das ações sanitárias terrestres nas suas regiões e, com a

²¹⁹ PEZAT, Paulo Ricardo. *Carlos Torres Gonçalves, a família, a pátria e a humanidade: a recepção do positivismo por um filho de Auguste Comte e de Clotilde de Vaux no Brasil (1875-1974)*. Tese Doutorado em História – UFRGS, Porto Alegre, 2003.

garantia de descentralização administrativa, o Rio Grande do Sul organizou sua política de forma diferenciada do restante do país. O decreto assegurou a liberdade profissional, que tanto preocupava os médicos diplomados, e a liberdade religiosa, permitindo uma variada implantação de práticas de cura combatidas em outras regiões.²²⁰

A título de exemplo, pode-se citar o Estado do Rio de Janeiro, cuja proibição à liberdade profissional abriu espaço para a regulamentação, incluindo a criação de um tribunal específico para os possíveis problemas que surgissem na área de sanitarismo e saúde. Segundo Machado, até 1850, a vigilância do exercício da profissão era efetuada pelas Faculdades de Medicina, que faziam os exames e conferiam os títulos, e pelas Câmaras Municipais, que registravam os títulos e davam licença para o exercício profissional. Em 1850, reforçaram-se as instâncias de controle propriamente médicas, com o enfraquecimento do poder da Câmara em questões de medicina, passando tais atribuições à Junta de Higiene Pública.²²¹ No Rio Grande do Sul, o controle da Junta de Higiene, criada em 1854, era mais atuante na capital; nos municípios, o poder das Câmaras manteve-se.

De acordo com Schwarcz, de 1870 a 1930, várias abordagens permearam a discussão acerca da liberdade profissional e da atuação do Estado na área da saúde nacional. Assim, se a discussão sobre a higiene pública, que implicava uma atuação médica no dia-a-dia das populações contaminadas por moléstias infecto-contagiosas, mobilizava boa parte das atenções até os anos 1880, na década de 1890 seria a vez da medicina legal, para, em 1930, ceder lugar ao eugenista, que passaria a separar a população enferma da sã.²²²

²²⁰ WEBER, *As artes de curar*. Medicina, religião e positivismo na República Rio-Grandense (1889-1928). p. 44.

²²¹ MACHADO, Roberto. *Danação da norma*. Medicina Social e a Constituição da Psiquiatria no Brasil. Rio de Janeiro: Graal, 1978. p. 193.

²²² SCHWARCZ, Lilia Moritz. *O espetáculo das raças*. Cientistas, instituições e questão racial no Brasil – 1870-1930. São Paulo: Companhia das Letras, 1993. p. 190.

Conforme Fontenelle, a denominação eugenia ou eugenética significa boa criação.²²³ Criada por Galton, em 1883, eugenia seria a ciência da melhoria da raça humana²²⁴, mas acabou sendo conhecida como “higiene da raça”. Pela eugenia, procurava-se obter uma geração de indivíduos sadios e fortes, livres dos problemas hereditários; à eugenia caberia, pois, a higiene das gerações, proposta esta já assinalada, cujo surgimento data de 1930.

Sob a influência de Darwin, Galton lançou as bases do que depois ganharia o nome de “eugenia”, procurando demonstrar que a capacidade humana decorria da hereditariedade mais do que da própria educação. A intenção era justamente fazer prevalecer as hereditariedades mais qualificadas. Segundo Galton, eugenia é a “ciência que lida com todas as influências que melhoram as qualidades natas de uma raça; também aquelas que as desenvolvem à máxima vantagem”. Seus objetivos podem ser assim descritos: “reunir tantas influências quantas possam ser razoavelmente empregadas, para fazer com que as classes úteis na comunidade possam contribuir mais do que sua proporção para a geração seguinte”.²²⁵

A eugenia atuaria por ação negativa ou restritiva e por ação positiva ou construtiva. A ação eugenética restritiva compreenderia três medidas principais: a regulamentação do casamento; a segregação em asilos, como em casos da presença de lepra; e a esterilização para anormais e deficientes. A ação eugenética é considerada construtiva quando baseada, sobretudo, na educação higiênica e na propaganda dos princípios da eugenia e da hereditariedade.²²⁶

A ação eugênista adotada nas práticas e discursos políticos não esteve presente somente na República Velha, pois encontrou defensores e apoio incisivo também no governo Vargas. Em manifestação pública em 14 de maio de 1932, Vargas afirmou que, para apressar

²²³ FONTENELLE, J. P. *Compêndio de higiene*. 5.ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1940. p. 17.

²²⁴ GALTON, Francis. *Herencia e eugenesia*. Madri: Alianza, 1988.

²²⁵ Id.

²²⁶ BRUM, Jane Lilian Ribeiro. *Práticas em saúde para mulher e a criança: retrospectiva histórica em Carazinho (RS) 1931-1945*. Passo Fundo: UPF, 2004. p. 15.

o progresso do país, entre diversas outras medidas de saneamento e higiene, dever-se-ia utilizar o aperfeiçoamento da raça. Em agosto de 1933, enfatizou novamente a importância de pôr em execução um plano completo de saneamento rural e urbano, capaz de revigorar a raça e melhorá-la como capital humano aplicável ao aproveitamento inteligente das nossas condições excepcionais de riqueza. Também salientou que o homem valoriza-se, é certo, pela cultura da inteligência; porém, não poderá atuar no sentido da deficiência social, por efeito de causas congênitas ou adquiridas, se estiver fisicamente incapaz ou encontrar meio hostil, impróprio à vida saudável e sem condições de adaptação produtiva.²²⁷

É quase impossível desvincular a imigração polonesa da colonização. Os idealizadores da política imigratória tinham o homem branco, europeu e camponês como o imigrante ideal. O complexo colonial adquiriu sua feição étnica mesmo em áreas compartilhadas com outros imigrantes. Essa preferência das demandas governamentais persistiu ao longo dos períodos históricos seguintes.

A ansiedade com o futuro da sociedade, reforçada por uma série de transformações sociais e econômicas, criava o contexto no qual a eugenia afluía como uma esperança para a elite branca e rica. Era como se os cérebros da nação se encontrassem nas mais altas classes. Seria estatisticamente mais proveitoso investir nos casamentos em que ambos os cônjuges eram oriundos da mesma classe alta do que em casos em que apenas um deles o era. No Brasil, seria estatisticamente mais proveitoso investir diretamente na entrada de brancos no país, pela imigração direcionada.

Nas primeiras décadas do século XX, novos intelectuais passaram a questionar o determinismo geográfico e biológico como explicação para os problemas nacionais. Era como se a instabilidade política e a inferioridade econômica do país estivessem determinadas pela origem do seu povo, “igualmente inferior”. Como solução, a ideologia do branqueamento

²²⁷ VARGAS, Getúlio. *As diretrizes da nova política no Brasil*. Rio de Janeiro: José Olympio, [s.d]. p. 33.

consolidou-se. Nesse período, a instabilidade política que levaria à crise e à derrocada da Primeira República mostrava cada vez mais um aprofundamento das divisões internas na elite. A somatória dessa cisão com as transformações econômicas e sociais e o desenvolvimento da ciência brasileira (especialmente no campo da medicina) criou o ambiente no qual surgiu e ganhou espaço, no Brasil, a eugenia.²²⁸

A autodepreciação, que antes era intuída nas preferências imigratórias dos idealizadores imperiais, passou a ser cientificamente validada nas primeiras etapas republicanas. Para os escritores brasileiros do período entre as décadas de 1870 e 1930, não havia dúvida da necessidade de embranquecer a população, principalmente quando tentavam explicar o atraso do país, pois, para eles, os negros, índios e mestiços eram – em graus variáveis – incapazes de civilização, característica que seria própria dos povos brancos. Era uma tese que também correspondia aos interesses da oligarquia agroexportadora que dominava o país.²²⁹

O contexto social nacional e sulino era propício para tal manifestação, em virtude das características que apresentava: as epidemias (cólera, febre amarela, tuberculose, varíola, entre outras), as questões alimentares e climáticas e a apreensão médica perante o fenômeno das doenças endêmicas vivenciadas entre algumas populações imigrantes chamaram a atenção para a *missão higiênica* que se reservava aos médicos e aos representantes do governo. Diante desse cenário, redefiniram-se a atuação médica, a busca pela cura nos mais diversos espaços da sociedade e as posturas governamentais do país.

No período da República Velha, seguindo um regime político liberal-positivista, os Estados tinham autonomia de ação e o governo federal não interferia nas áreas econômica e social. O Rio Grande do Sul, portanto, teve uma política diferenciada da dos demais Estados

²²⁸ SCHWARCZ, Lilia Moritz. *O espetáculo das raças. Cientistas, instituições e questão racial no Brasil – 1870-1930*. São Paulo: Companhia das Letras, 1993.

²²⁹ MAESTRI, *Os senhores da Serra*. Cap. I.

na área da saúde. Em 1928, a Diretoria de Higiene Rio-Grandense possuía apenas cinco médicos em seu quadro técnico para atender Porto Alegre e demais regiões, os quais se deslocavam para o interior somente em casos de surtos epidêmicos.²³⁰

Em 1928, Getúlio Vargas, ao ser eleito presidente do Estado do Rio Grande do Sul, criou, com seus assessores, mecanismos de descentralização e regulamentação por meio de unidades de saúde, objetivando ampliar e modernizar os serviços de saúde em nível de Estado. A partir dessa normatização, foi realizado o 1º Congresso de Municipalidades de Porto Alegre, no qual se aprovou a tese de reorganização dos serviços de saúde, tendo o Estado assumido os serviços sanitários e estabelecendo estruturas organizativas iguais para todos os municípios. Com esse encaminhamento, as medidas sanitárias estenderam-se às mais diversas regiões, as quais foram divididas em seis inspetorias sanitárias, geograficamente localizadas nos distritos sanitários.

Cada inspetoria sanitária ficava a cargo de um médico inspetor, cuja função era estabelecer a união da delegacia com a Diretoria de Higiene, orientando e fiscalizando suas atividades. A proposta pretendia criar oitenta delegacias de saúde no Estado, com diferentes categorias de classes, cabendo-lhe atender à população em geral. Nas delegacias de saúde denominadas primeira, segunda e terceira classe, num total de nove, estava prevista a presença da visitadora sanitária, ao passo que nas denominadas de quarta classe, as 71 restantes, não estava prevista, inicialmente, a presença da visitadora.²³¹

A classificação e a implantação de uma delegacia de saúde deviam-se ao tipo de profissional que nela atuava e às atividades realizadas em cada uma, bem como à demanda ou comunicação oficial por parte de representante político, sinalizando a presença de surtos

²³⁰ Rio Grande do Sul. Arquivo do Departamento Estadual de Saúde. v.6, 1945. Imprensa Oficial: Porto Alegre, 1946.

²³¹ VARGAS, Getúlio. *As diretrizes da nova política no Brasil*. Rio de Janeiro: José Olympio, [s.d]. p. 38.

endêmicos e outras enfermidades que atacavam um número significativo de pessoas em espaço físico determinado.

A delegacia de primeira classe era composta por cinco centros de saúde, e sediada em Porto Alegre. As delegacias de segunda classe localizavam-se em Rio Grande e Pelotas e as de terceira classe, nos municípios de Santa Maria, Cachoeira do Sul, Alegrete, Uruguaiana, Bagé e Cruz Alta. As delegacias de quarta classe atingiam os demais municípios do Estado, considerados de menor importância sanitária. Era na quarta classe que estava localizada a região do Alto Uruguai, cuja sede se localizava em Erechim. Foi a partir de 1930 que a região inseriu-se no mapa de regulamentação estatal na Delegacia de Higiene e Sanitarismo.²³²

Segundo Zambonato, por volta da metade da década de 1930, começou a haver presença mais efetiva dos organismos oficiais na área da saúde no Estado. Então, aportaram os primeiros fiscais e funcionários do Posto de Saúde instalado em Erechim. De início, eram pessoas provenientes de outras cidades ou que chegavam de Porto Alegre e ficavam apavoradas com a carência de recursos urbanos, especialmente a falta de calçamento, porque, quando chovia, formava-se muita lama e, quando secava, o vento e os carros levantavam grandes nuvens de poeira.²³³

Desde o final do século XIX manifestava-se a preocupação com a normatização da saúde no Estado. Sabe-se que já em 1895, para exercer a medicina, assim como atividades na área dentária, de drogarias e farmácia e da obstetrícia, exigia-se registro na Delegacia de Higiene, também requerido aos diplomados em faculdade nacional ou estrangeira, cabendo aplicação de multa aos que exercessem suas atividades sem o registro na Diretoria. Em

²³² VARGAS, *As diretrizes da nova política no Brasil*. p. 33.

²³³ ZAMBONATTO, Aristides. *Os meus Erechim*. Erechim: Gráfica São Cristóvão, 1997. p. 155.

havendo erro de ofício, era o mesmo órgão responsável para realização de apuração de fato e reparação ao paciente.²³⁴

O Regulamento de 1895 foi assinado por Júlio de Castilhos e João Abbott, médico republicano que, naquele momento, ainda fazia parte do grupo castilhista. O regulamento expressava a preocupação com a salubridade das áreas urbanas, com ações sanitárias que visavam a vigiar e controlar o meio externo para garantir a higiene, por meio de instrumentos coercitivos, como polícia e campanhas.²³⁵

Pelo exposto, a discussão no período focalizava a higiene pública. Nessa linha, o indivíduo seria um componente externo que estaria favorecendo a propagação dos agentes causadores das doenças. Logo, as ações sanitárias visavam a livrar os indivíduos saudáveis do contato com os doentes e agentes causadores.

A reorganização e a preocupação constantes na área da saúde, no Rio Grande do Sul, ocorriam pela constatação de índices crescentes de enfermidades na população. As visitas realizadas pelos inspetores e os boletins estatísticos enviados das diversas regiões do Estado levavam a que os representantes políticos legais buscassem soluções e encaminhassem diretrizes para sanar ou amenizar as moléstias. Essas mudanças passavam não somente por dificuldades de gestão social, mas também por descobertas científicas, que iam desde a anestesia (1846) e a assepsia (1866) até a vitória da teoria bacteriana de Pasteur, como apresentado no primeiro capítulo.

Ao assumir o governo federal em 1930, Getúlio Vargas nomeou Flores da Cunha como interventor federal do Rio Grande do Sul, o qual permaneceu no cargo até 1937. Flores recebeu como legado um sistema de gerenciamento higiênico e sanitário já organizado. Em

²³⁴ Leis, Decretos e Actos do Governo do Estado do Rio Grande do Sul 1895. Porto Alegre: A Federação, 1920. p. 131-134.

²³⁵ WEBER, Beatriz Teixeira. As artes de curar. Medicina, religião e Positivismo na República Rio-Grandense (1889-1928). Santa Maria: Ed. da UFSM; Bauru: EDUSC, 1999. p. 53.

abril de 1935, o interventor relatou ao governo federal que as dificuldades financeiras do Estado não permitiam a execução do plano de organização sanitária conforme previsto e que o plano de reformulação proposto em 1929 fora executado somente parcialmente, resultando em mínimas melhorias no controle de epidemias e fiscalização sanitária.²³⁶ No mesmo relatório, Flores da Cunha descreveu que o estado sanitário do Rio Grande do Sul não era favorável, pois as epidemias permaneciam atingindo dezenas de vítimas, sendo a epidemia de alastrin, em 1931, entendida pelo interventor como a única de que se tinha registro com diminuição de óbitos.

Algumas iniciativas do governo eram observadas no período: remodelação do Hospital São Pedro, criação de sete delegacias de saúde, fiscalização do comércio, policiamento de habitações, aplicação e distribuição de vacinas, controle da educação sanitária com relação à população. O aumento na instalação de delegacias significou a implantação destas em Cachoeira, Itaqui, Montenegro, Osório, Santa Maria, Santiago, São Gabriel, São Sebastião do Caí e Torres.²³⁷

A Diretoria de Higiene possuía dois departamentos: um fazia a fiscalização sanitária de gêneros alimentícios para exportação, e outro, a inspeção de funcionários para a aposentadoria, licença ou ingresso em cargo público e atendimento ao público geral que trabalhava na indústria ou comércio. Os demais serviços da saúde pública estadual resumiam-se a um laboratório de bacteriologia, um laboratório de química, um instituto de higiene, um desinfectório bacteriológico, ao Hospital São Pedro, ao Hospital da Brigada Militar e ao Hospital da Casa de Correção.

Infelizmente, nesse período, os relatos e boletins epidemiológicos no Estado são extremamente reduzidos. A paralisação das atividades do Instituto Brasileiro de Geografia e

²³⁶ Rio Grande do Sul. Relatório apresentado a Getúlio Vargas pelo interventor federal Flores da Cunha em abr. 1935. Porto Alegre: Globo, 1935. p. 32.

²³⁷ Id. p. 29.

Estatística acarretou o silêncio das fontes, pois os boletins não foram impressos, já que faltavam a base estatística e, em consequência, a análise de dados. O registro somente voltaria a realizar-se em meados de 1940, quando os próprios inspetores regionais passaram a remeter os boletins para os órgãos competentes.

Segundo Machado, na década de 1930-40, podem-se assinalar como principais dificuldades de saúde a lepra, a sífilis e a tuberculose e, na região litorânea, em Osório e Torres, os primeiros casos de malária. Na questão estrutural, constata-se a superlotação do Hospital São Pedro, havendo, inclusive, o pedido de suspensão de envio dos doentes designados para hospitalização com procedência do interior. Mesmo com a regulamentação do sistema de saúde e ampliação de leitos, o maior índice de mortalidade encontrava-se nas causas não específicas e nas classificadas como ignoradas em razão das dificuldades de diagnóstico. Assim, a morte sem acompanhamento ou assistência médica era comum nesse período, dificultando também a elaboração de uma base estatística estadual e nacional.²³⁸

Ainda no decorrer dessa década, a administração de saúde estadual dedicava-se à construção e à implementação de hospitais e ambulatórios, ao saneamento básico, como o abastecimento de água e construção de sistemas de esgoto, em algumas cidades do interior. A região do Alto Uruguai, que possuía núcleos de imigrantes poloneses, ainda não se incluía no rol de cidades que tinham desenvolvido sistemas hídricos e cloacais.

Observa-se que somente 11 municípios possuíam esgoto sanitário; e 70 não dispunham deste serviço. Quanto ao abastecimento de água, 49 municípios não o tinham e, dos 33 possuidores, apenas 28 dispunham de distribuição domiciliar de água, dos quais apenas 14 eram servidos por torneiras ou chafarizes públicos.²³⁹

²³⁸ MACHADO, Roberto. *Danação da norma*. Medicina Social e a constituição da psiquiatria no Brasil. Rio de Janeiro: Graal, 1978. p. 193.

²³⁹ BONOW, Germano Mostardeiro. *Indicadores de saúde do Rio Grande do Sul – aspectos históricos (1900-1977)*. 1979. Dissertação de Mestrado em Saúde Pública. Universidade de São Paulo, São Paulo, 1979.

Em 1934, o Rio Grande do Sul contava com 93 estabelecimentos de assistência médico-sanitária, os quais se dividiam segundo o tipo de construção, sendo 69 do tipo nobloco, 18 pavilhonar, seis sem especificidade e 11 não incluídos na estatística da década de 1930 por órgão sanitário. Do total de 93, 12 estavam localizados na capital e 81 em diversas regiões do Estado; desses, 26 eram mantidos pelo poder federal, sete pelo estadual, seis pelo municipal e 54 eram de cunho particular.²⁴⁰

Ainda quanto às instalações, 88 forneciam informações detalhadas aos órgãos oficiais quanto à estrutura e às condições de funcionamento, confirmando 183 salas de operações espalhadas por todo Estado; 25 salas com gabinetes de raio X; 16 de radioterapia; 31 de electroterapia; além de 25 laboratórios de análise.²⁴¹

Quanto à especialidade da assistência prestada nos 93 estabelecimentos do Estado, 83 compunham-se de clínica geral, quatro de clínica cirúrgica e cinco de clínica neuropsiquiátrica. Relativamente à faixa etária e ao sexo dos enfermos, havia 52 estabelecimentos com atendimento para adultos e crianças e 41 somente para atendimento a adultos. Quanto ao gênero dos pacientes, 63 estabelecimentos prestavam atendimento para ambos os sexos; 29 somente para o sexo masculino e um era exclusivamente feminino.

A partir de 1938, com a implantação do Estado Novo, assumia o cargo de interventor o general Oswaldo Cordeiro de Farias. José Bonifácio Paranhos da Costa tornou-se diretor do Departamento Estadual de Saúde. Em relatório ao governo federal, Cordeiro de Farias demonstrou preocupação com a condução do trabalho anteriormente realizado e chamou atenção para a necessidade de mudanças rápidas e progressivas na área da saúde; qualificou a saúde do Estado como algo que necessitava de substanciais reformas e ampliações e que somente algumas delas tinham sido criadas ou renovadas e desenvolvidas à altura das

²⁴⁰ IBGE. *Estatísticas do século XX*. Rio de Janeiro, 2003.

²⁴¹ Id.

necessidades, dificultando o processo de melhorias e atendimento qualificado à população rural e urbana. Dentre as diversas mudanças, estavam os serviços de bioestatística, de epidemiologia, de educação e propaganda sanitária, de inspeção em saúde, de fiscalização do exercício profissional, de fiscalização dos gêneros alimentícios, de higiene escolar e laboratórios.²⁴²

Como de costume, na gestão de Cordeiro de Farias ocorreu novamente a ampliação dos serviços sanitários no Estado, como reflexo da renovação de cobertura realizada, em 1937, no Departamento Nacional de Saúde Pública. Esse novo plano de organização dos serviços de saúde, datado de 1938 e elaborado por Bonifácio da Costa, apontava para a execução do programa de saúde. Assim, o Estado passou a ter uma rede completa de assistência médico-sanitária, evitando que os serviços se concentrassem na capital – Porto Alegre.

Essa nova forma de coordenar a saúde em âmbito estadual explicitou-se quando José Bonifácio assumiu o cargo de Diretor Estadual de Saúde, assim se pronunciando:

As repartições centrais de saúde pública ressentiam-se de uma estruturação que lhes definisse as atribuições; os centros de saúde e as chamadas delegacias de saúde, respectivamente, em Porto Alegre, Santa Maria, Passo Fundo, Cachoeira, São Borja, Uruguaiana, São Gabriel, Santa Cruz, Montenegro, Caí, Novo Hamburgo, Gravataí, José Bonifácio, Itaqui, Osório e Torres estavam incompletamente instalados, sem instruções que orientassem as atividades inerentes às finalidades, desprovidas de pessoal e material, à revelia de regulamento sanitário que lhe balizasse e legalizasse a atuação.²⁴³

²⁴² Rio Grande do Sul. Relatório apresentado ao presidente Getúlio Vargas pelo interventor federal do Rio Grande do Sul, Osvaldo Cordeiro de Farias, durante o período de 1938-1943. Porto Alegre: Imprensa Oficial, 1943. p. 41.

²⁴³ COSTA, Bonifácio. Administração sanitária no Rio Grande do Sul. *Arquivos de Higiene*, Departamento Nacional de Saúde, Ministério da Educação e Saúde, Imprensa Nacional, 3, ano 13, Rio de Janeiro, 1944. p. 181.

DEPARTAMENTO ESTADUAL DE SAÚDE RIO GRANDE DO SUL

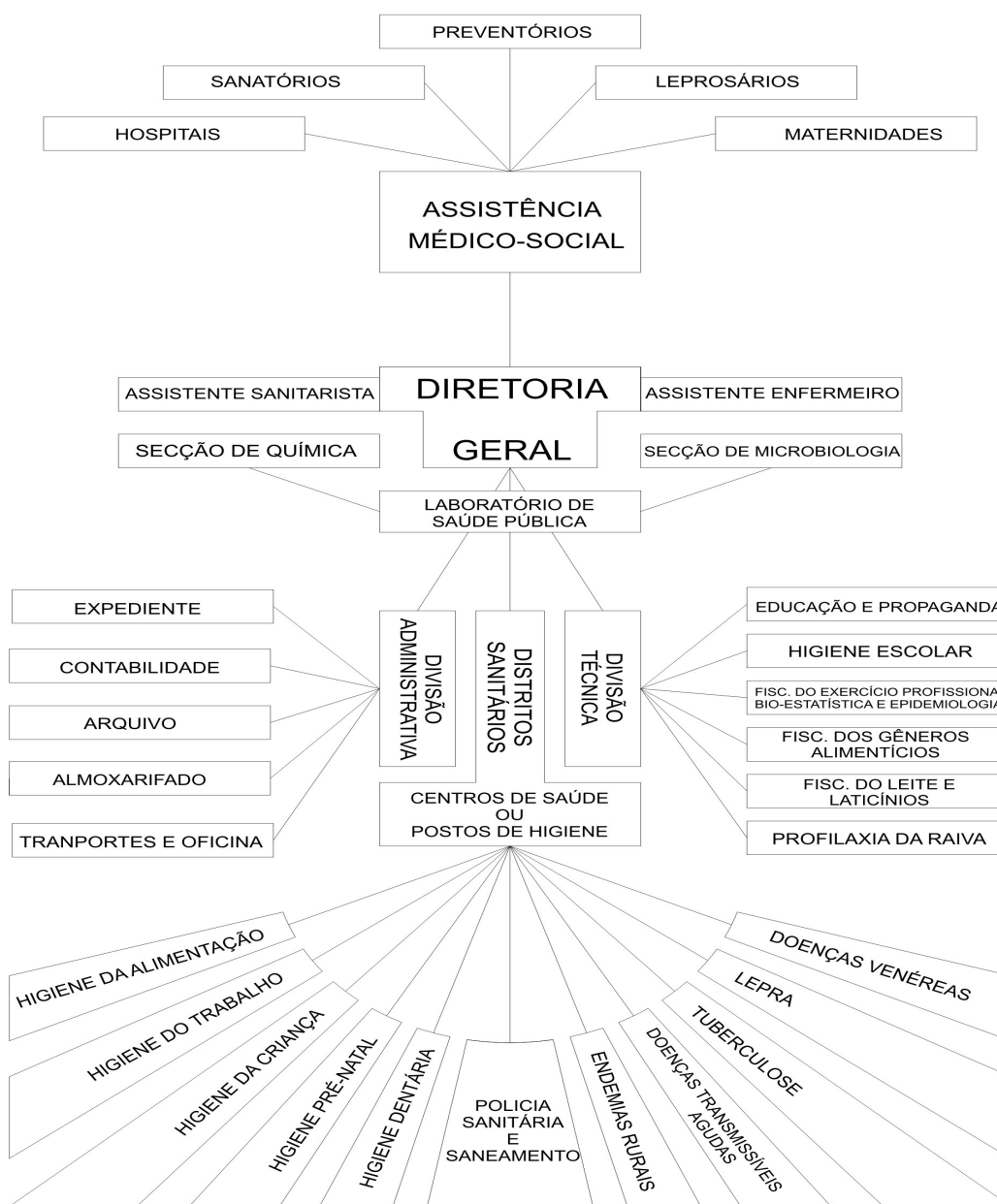


Figura 4 – Organograma do Departamento Estadual de Saúde. Fonte: Decreto N° 7481. Regulamento do Departamento Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul, 1938.

As mudanças na regulamentação da área de saúde não ocorreram somente em âmbito prático e público. Para reconhecimento e moralização perante a sociedade, foi criado e aprovado o Regulamento do Departamento Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul, ao qual se refere o Decreto N° 7.481, de 14 de setembro de 1938, assinado por Cordeiro de Farias, Coelho de Souza, Oscar Fontoura e Miguel Tostes. O documento justifica-se, considerando

que a maioria dos municípios não dispunha de aparelhamento nem de recursos financeiros e técnicos que pudessem manter em funcionamento e eficientes as repartições sanitárias.

Acrescia-se também a justificativa para a modernização na saúde, considerando a situação sanitária, especialmente no que tocava ao saneamento, à tuberculose, à lepra, ao tracoma, à mortalidade infantil, às doenças transmissíveis agudas, que evidenciavam a necessidade de não se retardar o investimento em técnicas favoráveis para a melhoria nas condições de higiene e saúde da população em geral.

O Departamento Estadual de Higiene e Saúde Pública, subordinado até então à Secretaria de Educação e Saúde Pública, passou a denominar-se Departamento Estadual de Saúde, ficando com o encargo dos serviços estaduais e municipais de higiene e assistência médico-social de finalidade sanitária. Esse departamento passou a executar suas atividades por intermédio dos seguintes órgãos²⁴⁴:

I – Diretoria geral: gabinete do diretor com dois assistentes, um médico e um engenheiro, ambos sanitaristas; divisão administrativa, com secção de expediente, contabilidade, arquivo, almoxarifado, transportes e oficinas; divisão técnica, com secção de fiscalização do exército profissional, bioestatística e epidemiologia, educação e propaganda, higiene escolar, de gêneros alimentícios, de leite e laticínios e de profilaxia da raiva;

II – Serviços de Laboratórios de Saúde Pública;

III – Serviços Distritais de Higiene (Centros de saúde e Postos de higiene);

IV – Serviços de Assistência Médico-Social.²⁴⁵

O decreto-lei instituiu que os serviços de saúde pública deveriam ser executados por médicos, dentistas, farmacêuticos, veterinários, engenheiros, químicos, laboratoristas, auxiliares de dispensários, enfermeiras visitadoras, educadoras de higiene, enfermeiros, parteiras, desinfetadores, fiscais sanitários, cartógrafos, acadêmicos de medicina e funcionários administrativos, devidamente previstos nos quadros das repartições do período vigente e das que viriam a partir da demanda estadual ou local.

²⁴⁴ Rio Grande do Sul. Decreto N° 7481, de 14 de setembro de 1938. Porto Alegre: Globo, 1938. p. 6.

²⁴⁵ Id. Ib.

Para a realização dos serviços de saúde pública, o Rio Grande do Sul foi dividido em distritos sanitários, agrupados ou separados conforme as necessidades nosológicas ou as facilidades de comunicação. Os órgãos distritais de higiene serviram de Centros de Saúde, e os Postos de Higiene, que se organizavam a partir de possibilidades financeiras, limitaram-se a prestar serviços dirigidos por especialistas que tratavam de doenças transmissíveis, higiene infantil, pré-natal, saneamento e polícia sanitária, bem como de cuidados higiênicos necessários na área da alimentação e do trabalho.

Já as unidades de assistência médico-social tinham organização própria, porém estiveram subordinadas, para efeitos de administração, aos chefes dos Centros de Saúde ou dos Postos de Higiene, salvo em Porto Alegre, onde foram regulamentadas por disposições especiais. Tal diferença era justificada por possuírem profissionais qualificados e em quantidade mínima para que o atendimento ocorresse normalmente.

No mesmo Decreto N° 7481, as diligências alertavam para a atuação do Estado no auxílio às organizações municipais públicas ou privadas do sistema de saúde, desde que se submetessem à orientação técnica do Departamento Estadual de Saúde. Quanto aos estabelecimentos públicos e privados de ensino ou assistência social, todos ficariam sujeitos à fiscalização do Departamento Estadual de Saúde, no que importava à higiene individual ou coletiva, devendo executar as exigências que lhe fossem impostas por determinação do Diretor Geral, sendo ouvida a Diretoria de Instrução Pública, em instruções aprovadas pelo Secretário da Educação e Saúde Pública.²⁴⁶

Outra nova indicação legal observada foi a criação do Caixa de Fundos, que seria utilizado para a prestação de serviços de higiene e saúde pública dos municípios. O Caixa de Fundos foi constituído a partir da contribuição dos municípios, e outras fontes de receitas foram levantadas pelas próprias municipalidades. Cabia a cada município a contribuição de

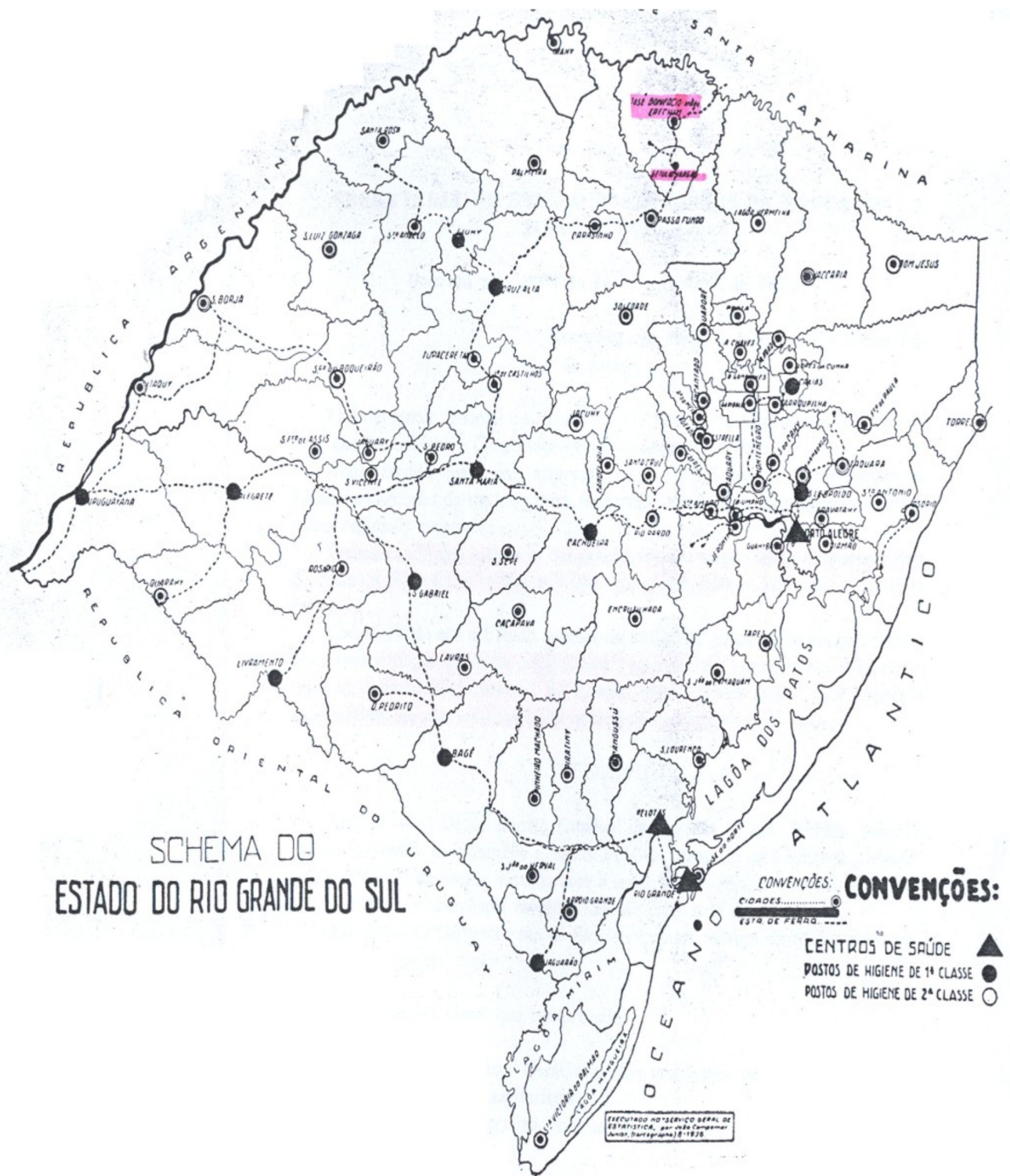
²⁴⁶ Id. Ib. p. 7.

5% sobre a renda total dos impostos arrecadados até o dia 5 de cada mês, devendo ser recolhida às categorias estaduais, que fariam a entrega ao Tesouro do Estado. O Caixa foi instituído temporariamente, pois, com a implantação do plano sanitário estadual, foram encaminhadas dotações orçamentárias regulares fixadas a partir do quadro de funcionários em comissão, efetivos e contratados.

Com a efetivação das unidades sanitárias estaduais, os serviços foram divididos em: Centros de Saúde de primeira classe, Centros de Saúde de segunda classe, Postos de Higiene de primeira classe e Postos de Higiene de segunda classe. No mapa 2, pode-se observar o plano de organização dos distritos sanitários nas diversas regiões do Estado do Rio Grande do Sul.

DEPARTAMENTO ESTADUAL DE SAÚDE

Plano de Organização dos Distritos Sanitários



Mapa 2 – Plano de Organização dos Distritos Sanitários. Fonte: Decreto N° 7481. Regulamento do Departamento Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul, 1938.

Progressivamente, Cordeiro de Farias criou Postos de Higiene e Centros de Saúde em cada sede municipal, os quais tinham como objetivos 12 artigos normativos, que contemplavam desde a higiene pré-natal até o combate ao tracoma. O primeiro artigo versava sobre a fiscalização de gêneros alimentícios e da polícia sanitária, visando a promover a higienização das habitações e proibir as construções em geral sem condições de saneamento.²⁴⁷

Também se pode observar orientações sobre a higiene do trabalho, através de visitas médicas a operários e empresas, para impor condições de higiene; a higiene dentária às gestantes, aos pré-escolares e aos escolares; a higiene pré-natal, através de educação à gestante; a higiene infantil, através da instrução às mães para o cuidado com os recém-nascidos e imunização contra tuberculose, difteria e varíola; a higiene pré-escolar às crianças de dois a seis anos, zelando por sua saúde e desenvolvimento físico e mental, orientando sobre hábitos higiênicos e imunizando-as contra varíola, difteria, tifo, desinteria e combate à verminose.²⁴⁸

O cuidado às crianças também foi reforçado em âmbito da educação formal, quando se recomendou a higiene escolar, afastando-as, se necessário, dos portadores de moléstias contagiosas. Sinalizava-se também a atenção na luta contra a malária, doença de Chagas e eliminação dos focos de mosquitos e barbeiros, bem como o combate à lepra, às moléstias venéreas, ao tracoma e à tuberculose, com tratamento e registro de novos casos. Em suma, recomendava-se o combate às moléstias transmissíveis agudas, também com a identificação dos doentes e tratamento, juntamente com o isolamento e vacinação.²⁴⁹

²⁴⁷ Id.

²⁴⁸ Rio Grande do Sul. Relatório apresentado ao presidente Getúlio Vargas pelo interventor federal do Rio Grande do Sul, Osvaldo Cordeiro de Farias, durante o período de 1938-1943. Porto Alegre: Imprensa Oficial, 1943.

²⁴⁹ Id.

Com toda essa nova estrutura e remodelação dos serviços, Porto Alegre passou a ter três Centros de Saúde equipados, tanto no aspecto físico quanto em recursos humanos. Conjuntamente com o governo federal, em 1940, concluiu-se a construção da Colônia Itapuã, destinada aos portadores de lepra.²⁵⁰ Também houve a conclusão da construção do Amparo Santa Cruz, de responsabilidade da Associação Rio-Grandense aos Lázarus e Defesa contra a Lepra, que propunha o isolamento e a assistência aos filhos sadios de leprosos.

Quanto à questão de melhorias estruturais, pode-se citar a construção do pavilhão Daltro Filho, na Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre. No mesmo período, remodelou-se o Hospital São José, hospital de isolamento de doenças transmissíveis agudas, e instalaram-se os Centros de Saúde de Pelotas e de Rio Grande, maiores cidades do Estado depois da capital.

Para a reorganização dos serviços de saúde, entre 1938 e 1942, a dotação orçamentária aumentou em 300% – e o quadro de pessoal, em 327%. Esses números possibilitaram um efetivo desenvolvimento do setor, segundo dados apresentados no relatório entregue ao presidente Getúlio Vargas pelo interventor federal do Rio Grande do Sul, Oswaldo Cordeiro de Farias, durante o período de 1938-1943.²⁵¹

²⁵⁰ COSTA, Bonifácio. Administração sanitária no Rio Grande do Sul. *Arquivos de Higiene*, Departamento Nacional de Saúde, Ministério da Educação e Saúde, Imprensa Nacional, ano 13, Rio de Janeiro, 1944. p. 43

²⁵¹ Id.

Tabela 2 – Pessoal técnico e administrativo do Departamento Estadual de Saúde (1937-1942)

Função	1937	1938	1939	1940	1941	1942
Funcionários Administrativos	21	21	97	125	140	157
Fiscais sanitários	96	96	212	179	218	242
Laboratoristas	0	0	45	59	72	83
Enfermeiros	7	7	7	79	79	79
Educadores Sanitários	19	19	92	135	154	185
Médicos	50	50	117	194	205	226
Dentistas	0	0	13	15	17	23
Químicos	4	4	11	11	11	11
Auxiliares de Dispensário	0	0	35	35	37	57
Vacinação	5	5	10	14	15	15
Desinfetadores	10	10	10	10	10	10
Outros Funcionários	71	71	115	267	291	477
Total	283	283	764	1.123	1.249	1.565

Fonte: Rio Grande do Sul. Relatório apresentado ao presidente Getúlio Vargas pelo interventor federal do Rio Grande do Sul, Osvaldo Cordeiro de Farias, durante o período de 1938-1943. Porto Alegre: Imprensa Oficial, 1943. p. 41.

Segundo Costa, o Departamento Estadual de Saúde (DES), pelo Decreto-Lei N° 31, de 6 de setembro de 1940, tornou-se autônomo e desmembrou-se da Secretaria de Estado dos Negócios de Educação e Saúde Pública, que passou a denominar-se apenas Secretaria de Educação do Estado do Rio Grande do Sul.²⁵² Como diretor-geral do Departamento de Saúde, em relatório datado de 1943, nomeou-se Eleyson Cardoso. Os serviços permaneceram em ampliação constante e adequação ao surgimento e abrandamento das enfermidades e ações sanitárias.²⁵³

O Departamento de Saúde continuou produzindo folhetos educativos e cartazes de propaganda sanitária de publicação mensal, de caráter popular, denominada “Educação e Saúde”. O mesmo ocorreu com o Departamento de Bioestatística, que continuou a distribuição de suas publicações, bem como o boletim semanal, com o obituário. Os demais setores, como os de fiscalização do exercício profissional e de gêneros alimentícios, mantiveram suas atividades em igual funcionamento.²⁵⁴

²⁵² COSTA, Clóvis Corrêa da. *Higiene pré-natal*. 2.ed. Ministério da Educação e Saúde. Serviço Nacional de educação sanitária. Rio de Janeiro, 1945.

²⁵³ Id.

²⁵⁴ Rio Grande do Sul. Departamento Estadual de Saúde em 1943. Relatório apresentado ao interventor federal do Estado, tenente-coronel Ernesto Dornelles pelo diretor do DES Eleyson Cardoso. p. 6.

Até o final da II Guerra Mundial, o Departamento Estadual de Saúde manteve-se em boas condições de funcionamento, com razoável situação financeira, porém o seu declínio, no final da década de 1940, quando houve uma substancial redução orçamentária e de recursos humanos, comprometeu nas décadas seguintes o seu bom funcionamento e credibilidade perante uma grande parcela da população.

Também data desse período a criação dos dois maiores Centros de Saúde na região do Alto Uruguai. Em Erechim, região com grande número de imigrantes poloneses, prestavam serviços na área da saúde o Hospital Santa Terezinha e o Hospital de Caridade. Até 1942, instalaram-se vários hospitais no Rio Grande do Sul, em diversas sedes dos municípios, faltando apenas 15 para que toda a área territorial do Estado estivesse coberta por rede médico-sanitarista, o que se concretizou, efetivamente, em 1945.

3.2 Imigração e Saúde

A preocupação com o estado físico dos imigrantes no Rio Grande do Sul e demais Estados sulinos pode-se observar na legislação então vigente, bem como em cartas, folhetins e jornais. No jornal *Diário de Notícias*, de 4 de março de 1925, sob o título “A Imigração para o Rio Grande do Sul – Treze dias de torturas pela fome e trabalhos sem conta”, toma-se conhecimento da seguinte situação: “Conforme noticiamos em nossa última edição, chegou ante-ontem, á noite, a esta capital, procedente de São Paulo, uma leva de imigrantes, europeus, num total de perto de quatrocentas pessoas, distribuídas por cerca de oitenta famílias. São estes imigrantes, ao que ontem conseguimos apurar, os primeiros que chegam ao Brasil, trazidos pela *Brasillian American Polish Trade Comission*, com sede em Brooklin.” [grifos do original]. E prossegue a notícia:

com o controle sanitário. Na ficha de identificação (Figura 5) no quesito “Despesa” encontra-se o tópico “mortos em viagem e doentes”.

De acordo com a legislação que tematiza a regulamentação dos processos migratórios brasileiros, data de 1878 o primeiro apontamento referente à saúde da população que adentrava no Brasil na condição de imigrante. A legislação apresenta-se como Decisão N° 712, de 16 de outubro de 1878, que: “[...] declara que o fornecimento de medicamentos se deve considerar gratuito durante seis meses, contados do dia em que o colono for empossado no respectivo lote”.²⁵⁵

O Ato de 14 de março de 1881, assinado por J. Pedro Soares e inserido na promulgação da Lei N°1.259, de 21 de junho de 1880, que orçou e fixou as despesas da Província de São Pedro para o exercício de 1880-1881, autorizou um crédito de 200\$000rs, denominada “Socorros Públicos”, com o intuito de auxiliar os colonos recém-chegados que enfrentavam problemas econômicos e dificuldades de adaptação.

Atendendo ao estado precário de alguns colonos, incluídas as diversas etnias que, tendo ingressado no Rio Grande do Sul, encontravam-se gravemente doentes e sem recursos para tratamento e sustento de suas famílias – compostas, na maior parte, de filhos menores –, e não havendo outra forma de auxílio por verba, o vice-presidente da Província, no uso de seu poder, resolveu abrir um crédito de duzentos mil réis para auxílio aos colonos, intitulado “Socorros Públicos”. Em 14 de abril do mesmo ano, a verba destinada aos Socorros Públicos recebeu um acréscimo de mais 1:000\$000rs, para pagamento de despesas com o sustento e condução de 179 imigrantes encaminhados da Corte para diversos núcleos coloniais.²⁵⁶

Após cinco anos, em janeiro de 1886, Henrique Pereira Lucena alertou para a necessidade de maior controle na liberação de verbas para tratamentos de saúde. A liberação

²⁵⁵ IOTTI, Luiza Horn (Org.). *Imigração e colonização: legislação de 1747 a 1915*. Porto Alegre: Assembléia Legislativa do Estado do RS. Caxias do Sul: Edusc, 2001. p. 415.

²⁵⁶ Id. p. 688.

de mais 2:000\$000rs de crédito para a aquisição de medicamentos e diversos, designado para o tratamento de colonos atacados de grave moléstia na colônia de D. Isabel, em tornando-se constante, traria grave ônus aos cofres públicos. O Ato N°5 informava que se tratavam de moléstias conhecidas como cholérina, escarlatina e sarampo, com caráter epidêmico.²⁵⁷ Em 1887, a mesma Colônia apresentou em seu quadro social a epidemia de varíola. Assinala-se que grande parte desses doentes eram imigrantes poloneses, classificados em documentos oficiais como “polacos”.

Constata-se também que a saúde representava motivo de preocupação financeira no momento em que os representantes locais analisavam os boletins de receitas e despesas do Estado do Rio Grande do Sul. Enfermeiros, médicos e até a instalação de lazaretos ou postos sanitários, a exemplo de 1899, são apresentados como “investimentos” realizados na área de higiene e sanitarismo do Estado.

Diante das diversas doenças e da condição social dos imigrantes, em 1899, por meio do Decreto N° 247, e inserido no Capítulo II, art. 18, foi aprovado o Regulamento que normatizava atitudes que deveriam reger os fiscais de colônia quando se deparassem com imigrantes pobres e doentes. O documento afirmava que, em caso de moléstias ou de absoluta falta de recursos, teria o imigrante, no primeiro ano do seu estabelecimento, auxílio para a dieta e compra de medicamentos e outros socorros necessários a lhe serem prestados.²⁵⁸

As hospedarias e alojamentos destinados aos imigrantes nas cidades de Porto Alegre e Rio Grande também são mencionadas e apontadas em diversos anos nas planilhas de receitas e despesas do Estado, reafirmando-se a questão sanitária como financeira, não social, segundo o olhar administrativo. A hospedaria Crystal, sediada em Porto Alegre, é a mais citada nos

²⁵⁷Id. p. 567.

²⁵⁸ IOTTI (Org.). *Imigração e Colonização: legislação de 1747-1915*. p. 738.

relatórios, em razão da quantidade de imigrantes que desembarcavam na capital e aguardavam transporte para os núcleos coloniais em que deveriam estabelecer-se.

No caso dos poloneses, que começaram a chegar em maior número a partir de 1891, vários foram os casos de enfermidades registrados no livro de egressos. Além das enfermidades, Gritti afirma que os maiores problemas com os poloneses iniciavam durante sua permanência na hospedaria Crystal, em Porto Alegre, referentemente à dificuldade de adaptação de algumas famílias, dificuldades financeiras e brigas internas.²⁵⁹

Em virtude do aumento de imigrantes afetados por moléstias e enfermidades em diversas colônias do Estado, em novembro de 1907, sob a Lei N° 59, instituiu-se a possibilidade de abertura de crédito extraordinário para as despesas necessárias à manutenção da ordem pública, em caso de epidemias ou inundações, com liberação imediata de verba para socorrer os infestados. A determinação esteve inserida no orçamento de receitas e despesas para o exercício de 1908, assinado por Borges de Medeiros, presidente do Estado do Rio Grande do Sul. Nesse ano, a receita geral do Estado esteve orçada em 11.015:000\$000 réis, sendo distribuída de acordo com as necessidades legais e aplicada de acordo com a lei pelas secretarias estaduais.

O Decreto N° 9.081, de 3 de novembro de 1911, que era composto de 277 artigos e dava novo regulamento ao serviço de povoamento, condensou todas as medidas necessárias à colonização e à imigração, fosse esta promovida pela União diretamente ou mediante acordo com os governos estaduais, empresas de navegação, companhias ou associações particulares. Os artigos 233 e 236 do Decreto N° 9.081 versavam sobre providência e procedimentos relativos à saúde física dos imigrantes. Geralmente, nos âmbitos federal e estadual, a legislação equiparava-se nas garantias ao imigrante de forma semelhante.²⁶⁰

²⁵⁹ GRITTI, *Imigração e Colonização polonesa no Rio Grande do Sul*. A emergência do preconceito. p. 82-83.

²⁶⁰ IOTTI (Org.). *Imigração e colonização: legislação de 1747-1915*. p. 564-565.

Em caso de doença, os imigrantes recém-chegados teriam garantia de tratamento médico, medicamento e dieta, sendo recolhidos à enfermaria mais próxima quando preciso. Tratando-se de enfermidades de curta duração ou de menor risco de contágio, o tratamento ocorria em cidades portuárias; para doenças mais graves ou moléstias contagiosas e infecciosas, o paciente era removido aos hospitais do Rio de Janeiro. Cabia também ao diretor da hospedaria responsabilizar-se e providenciar a remoção dos imigrantes que necessitavam ser enviados e tratados em hospitais por indicação dos médicos.²⁶¹

Aos médicos encarregados do serviço cirúrgico competia a coordenação dos trabalhos das enfermarias, os serviços sanitários da hospedaria e a direção dos trabalhos do consultório. Eles trabalhavam alternadamente, revezando-se, para que não houvesse falta de assistência médica na hospedaria, tanto no período noturno como no diurno.²⁶²

Ao médico especialista competiam as tarefas do dia-a-dia na hospedaria, que correspondia ao atendimento dos imigrantes atacados por qualquer moléstia. Ele também elaborava relatórios anuais sobre o andamento de suas atividades, sugerindo, sempre que necessário, ao diretor da unidade, providências para melhorar a atuação do setor. Os exames eram realizados com olhar mais atento às enfermidades visíveis ou com índice significativo no país. Também cabia ao especialista verificar a presença ou não de qualquer enfermidade contagiosa no aparelho visual, principalmente o tracoma. Se constatada a enfermidade, o imigrante era separado imediatamente dos demais e tratado até obter a cura, que lhe possibilitava retornar à convivência coletiva.²⁶³

Em caso de enfermidade diagnosticada e tratada, mas incurável, cabia ao médico especialista comunicar ao diretor para que fossem tomadas as medidas necessárias ao reembarque dos imigrantes para o país de procedência – ou para impedir a sua entrada nas

²⁶¹ Id.

²⁶² Rio Grande do Sul. Decreto N° 9.081, de 03 de novembro de 1911.

²⁶³ Id.

colônias, sempre que se considerasse a possibilidade de propagação da moléstia aos demais imigrantes.

O início do século XX marca o reconhecimento da função do farmacêutico, em substituição à função dos boticários, que tinham como responsabilidades²⁶⁴:

- a direção da farmácia, guardando e conservando todos os medicamentos, drogas e utensílios a ela pertencentes;
- o aviamento das receitas médicas;
- a escrituração das receitas em livro competente, rubricado pelo diretor;
- a organização dos pedidos de drogas, medicamentos e utensílios de que necessitasse a farmácia e que deveriam ser apresentadas aos médicos;
- receber os medicamentos e drogas dos pedidos, verificando seu estado, pureza, quantidade e qualidade, do que dava conta o médico de serviços;
- entregar aos enfermeiros os remédios prescritos, em vasilhas rotuladas, de acordo com as indicações das receitas, escrevendo-as de modo claro e inteligível;
- inventariar e apresentar aos médicos os medicamentos existentes na farmácia que se tivessem inutilizado e o material cujo emprego não poderia mais ser feito, a fim de tudo ser remetido para o almoxarifado para o devido termo;
- ter em dia o livro de carga e descarga da farmácia (controle de estoque).²⁶⁵

No referente às atividades desenvolvidas por enfermeiros, pode-se destacar como principal o acompanhamento dos médicos durante as visitas e vistorias na hospedaria e nos navios que aportavam em território nacional. Compunha a rotina dos enfermeiros visitar freqüentemente os alojamentos e identificar os imigrantes que necessitavam de tratamento médico, zelar pelo material da enfermaria e consultório, incluindo a limpeza de ambos, e fazer curativos. Já a enfermeira exercia as mesmas atividades do enfermeiro, mas para crianças e mulheres; somente em caso de necessidade extremada é que as enfermeiras faziam atendimento aos enfermos do sexo masculino; porém, em casos de doenças sexualmente transmissíveis ou de ferimentos nos órgãos genitais, era expressamente proibida a verificação por parte das enfermeiras.²⁶⁶

²⁶⁴ Id. p. 567.

²⁶⁵ IOTTI (Org.). *Imigração e Colonização: legislação de 1747-1915*. p. 567.

²⁶⁶ Id.

Quanto aos honorários dos funcionários que atuavam na saúde em Ilha das Flores, Iotti apresenta tabela em que se observa a presença de quatro categorias diferenciadas na atuação no ramo da saúde: diretor, enfermeiro, farmacêutico e médico. Acrescem às informações aspectos relacionados à remuneração e à gratificação profissional, que era somada ao montante salarial a ser recebido por categoria.²⁶⁷

Para os núcleos coloniais, existia a presença garantida pelo erário público somente do médico e de um ajudante. A remuneração também era diferenciada. Segundo Caleffi, ser médico no interior significava trabalhar com menos condições e menor remuneração: ganhava-se em torno de 6:000\$, incluindo a gratificação, ao passo que, nas capitais e portos, o salário girava em torno de 7:000\$ a 9:000\$.²⁶⁸

3.3 Principais doenças e formas de cura

As doenças que preocupavam os governos do Rio Grande do Sul, a partir de 1895, foram praticamente as mesmas até 1928, havendo, quase todos os anos, casos de difteria, peste bubônica, febre tifóide, varíola, sífilis e tuberculose. A varíola só adquiriu caráter epidêmico em 1905 (havendo casos em 1904 e 1906); a varicela, em 1909, confundida com varíola; o tifo, apanágio de quase todas as cidades e vilas, reinou endemicamente. Em 1918, metade da população do Estado foi atacada pela “influenza espanhola” (gripe), com 3.971 óbitos.²⁶⁹ Grande parte dessas enfermidades foi atribuída ao imigrante europeu.

O coeficiente de mortalidade por mil habitantes manteve-se elevado ao longo de todo esse período, principalmente na capital, em virtude do grande trânsito de imigrantes e por

²⁶⁷ Id. p. 573.

²⁶⁸ CALEFFI, Ângelo Luiz. Entrevista realizada em março de 1985 por Enori Chiaparini. Arquivo Histórico Municipal Juarez Miguel Illa Font. Erechim.

²⁶⁹ WEBER, *As artes de curar: medicina, religião, magia e positivismo na República Rio-Grandense – 1889-1928*. p. 62.

possuírem uma hospedaria. Porto Alegre apresentava, em 1913, um elevado índice de mortalidade, 25.70, se comparada a outras cidades como, por exemplo, o Rio de Janeiro, com um índice de 20.85, ou Londres, com 14.62 e Buenos Aires, com 15.50. O diretor da higiene de Estado justificava que isso ocorria pela falta de medidas higiênicas adequadas e pelo aumento considerável da população da cidade.²⁷⁰ Desse modo, o coeficiente de mortalidade diminuiria quando ocorressem algumas modificações apregoadas pelo governo: o desenvolvimento do serviço de esgotos, a remodelação de algumas áreas da cidade, a demolição de velhos “pardieiros”, a substituição de prédios urbanos por prédios mais ventilados, mais “higiênicos” e, principalmente, o “sensível desenvolvimento” da instrumentação, que tornaria a população mais apta para compreender as vantagens das medidas higiênicas e para adotá-las.²⁷¹

As medidas de combate adotadas em relação às doenças epidêmicas resumiam-se às já descritas: deslocava-se o médico responsável; fazia-se a desinfecção de objetos, navios, casas e pessoas²⁷²; efetuava-se o isolamento dos doentes, muitas vezes recolhidos em hospital flutuante, adquirido para esse fim, em Porto Alegre e Rio Grande.

Os procedimentos de conferência e revista documental, acrescida da exigência de exames iniciais, eram vistos por parte dos imigrantes poloneses como agressivos e constrangedores. Majoritariamente, as famílias de poloneses estudadas imigraram para o Brasil com o intuito definitivo de não voltar para seus países de origem. Para o entendimento do fenômeno social da imigração, devem-se tomar em consideração, predominantemente, dois tipos de fatores: os de expulsão e os de atração; ambos com múltiplas especificidades. Em tese, poucas pessoas possuem um desejo absolutamente imanente de emigrar, de abandonar

²⁷⁰ Id. Ib.

²⁷¹ Depoimento do Diretor de Higiene para um estudo na Faculdade de Medicina. *Apud* LARBECK, Emílio Kemp. *A defeza da saúde pública no Rio Grande do Sul*. Porto Alegre: Ildfonso Robles & Cia, 1916. p. 17-21.

²⁷² Houve reclamação do serviço de desinfecção: era visto como agressivo e violento, chegando a provocar machucaduras e escoriações nas pessoas que a ela se submetiam.

sua casa, ou entorno social. Reafirma-se, aqui, que os poloneses emigravam normalmente por razões econômicas, políticas ou sociais.

Não se pode esquecer que esses milhares de homens e mulheres vinham de um longo período de disputas e guerras em solo polonês. Atitudes de estranhamento frente à vistoria resultaram em restrição dos funcionários nacionais em relação a esse elemento recém-chegado, que apresentava características de sujeito não-confiável, como dificuldade para comunicação, excesso de roupas, barba e cabelos não cortados, cor pálida e crianças que dificilmente permitiam o contato sem a autorização dos progenitores.²⁷³

As crianças, ao serem abordadas por fiscais, aguardavam um gesto de liberação por parte da mãe para que fossem avaliadas; dificilmente permitindo o contato corporal sem choro ou recusa. Eram caladas, tímidas e extremamente obedientes aos pais ou responsáveis, atitudes que geraram descontentamento e até discussão entre os imigrantes poloneses e o poder público fiscalizador, criando marcas negativas no elemento polonês, desde o momento de sua chegada ao solo nacional.²⁷⁴

3.4 Doenças emocionais e físicas: alienados mentais

É possível encontrar registros de dados estatísticos sobre asilos, casas de saúde, enfermarias e colônias agrícolas, em que eram tratados doentes e alienados, nos *Anuários Estatísticos* brasileiros relativos aos anos de 1908-1912. Foram contempladas doenças físicas e emocionais, tidas como “mentais”. Entretanto, somente em 1942 foi criado, em âmbito nacional, o Serviço Nacional de Doença Mental, cujas atribuições eram superintender,

²⁷³ WACHOWICZ, Ruy Christovam. *O camponês polonês – raízes medievais na mentalidade emergente*. Tese de Concurso à Livre-Docência. Disciplina de História Medieval. Universidade Federal do Paraná. Curitiba, 1974. Cap. XV.

²⁷⁴ GRABOSKI, Suavina. Entrevista realizada em 10 jan. 2005. Erechim.

orientar e assistir tecnicamente aos serviços públicos ou particulares de assistência a psicopatas e à promoção da saúde mental. O controle administrativo era sediado no Rio de Janeiro e atendia a mais de 28 Estados, incluindo o Rio Grande do Sul.²⁷⁵

Os dados de movimentação dos pacientes são apresentados por idade, nacionalidade ou diagnóstico. Destaca-se dentre as diversas causas o alcoolismo, tratado em tabela específica, e a classificação de psicopatias constitucionais, decorrentes de estados atípicos de degeneração. Assinala-se que a degeneração esteve presente no discurso higienista no país e influenciou o debate sobre saúde mental.

As doenças emocionais e mentais passaram por diversas discussões e mudanças em sua conceitualização, com o decorrer do tempo. Os debates giraram em torno da eugenia, monogenia, poligenia e perfectibilidade humana, adentrando, no século XIX, com o reconhecimento efetivo dessas moléstias mentais, oficializadas com a instalação em todo o país das estruturas asilares. Sua justificativa encontrava-se na harmonia da ordem pública, já que diversos segmentos sociais solicitavam proteção contra a desordem propiciada pelos doentes mentais ou loucos, e nas formas como se conduziam os tratamentos, geralmente via isolamento.

O isolamento dos doentes, essencialmente, decorria da necessidade de garantir a integridade física e moral tanto do enfermo quanto de familiares e da sociedade em geral. Nos núcleos poloneses, havia a preocupação, ainda que superficialmente, com os alienados. Embora os doentes mentais apareçam na lista dos que deveriam ser tratados no hospital local e, via de regra, tenham sido percebidos pela comunidade como casos de polícia, eram encaminhados para os asilos, casas de correção e, em maior número, ao Hospital São Pedro, em Porto Alegre.

²⁷⁵ IBGE. *Estatísticas do século XX*. Rio de Janeiro, 2003.

O Hospital São Pedro foi fundado em 29 de junho de 1884, em decorrência de um debate que se instalara dez anos antes sobre a necessidade de se construir um lugar específico para alienados, levando em consideração que as autoridades médicas e grande parcela da população consideravam impossível a convivência com os enfermos mentais.²⁷⁶ Também se desconsiderou a possibilidade de permitir que os doentes permanecessem junto aos presídios ou órgãos que abrigassem criminosos, o que pode ser avaliado um avanço para a mentalidade da época.

Antes da inauguração do Hospício São Pedro, os alienados da Província de São Pedro eram recolhidos à cadeia ou à Santa Casa de Misericórdia. Nascida para a caridade, em meados do século XIX, a Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre foi, em sua origem, um hospital/asilo; nela, o espaço destinado à reclusão de loucos denominava-se Asilo de Alienados.²⁷⁷

Em 1907 e 1908, nos estabelecimentos de assistência para alienados em Porto Alegre, havia somente três médicos, sendo um especialista, para atender à saúde em geral de população; havia, ainda, um farmacêutico, um dentista, 15 enfermeiros, oito enfermeiras e um profissional na categoria “outros”, totalizando 29 trabalhadores, dos quais 21 eram do sexo masculino e 8, do feminino. Existiam também mais 16 trabalhadores atuando no setor administrativo, divididos em categorias: pessoal leigo: 4; pessoal religioso: 6; pessoal subalterno e jornaleiro: 6.²⁷⁸

Quanto às causas de internação dos alienados, pode-se apontar o expressivo percentual dos estados mentais não classificados. Na maior parte das tabelas publicadas no *Anuário Estatístico* brasileiro, os alienados se situam como terceira causa de intervenção. O

²⁷⁶ SCOTTI, Zelinda Rosa. *Loucas mulheres alemãs: a loucura visitada no Hospital São Pedro (1900-1925)*. Porto Alegre. Dissertação Mestrado em História. PUCRS, 2002. p. 33-34.

²⁷⁷ WEBER, *As artes de curar: medicina, religião, magia e positivismo na República Rio-Grandense (1889-1928)*. p. 134.

²⁷⁸ IBGE. *Estatísticas do século XX*. Rio de Janeiro, 2003.

alcooolismo apresentava-se como causa de internação, em forma de tabela, já no ano de 1907, e passava, então, a ser visto como degeneração social, geralmente relacionado à fraqueza da raça e considerado uma atitude dispensável, possível de ser evitada.

O homem não tem necessidade de beber nenhum tipo de bebida, destilada ou fermentada, porque as substâncias que o organismo requer estão nos alimentos apropriados que o corpo recebe para sua manutenção racional. Ao alcooolismo, portanto, atribuía-se grande parte das mazelas sociais e a antecipação da morte.²⁷⁹ Enfermidades derivadas do alcooolismo ocupam espaço no cotidiano de diversos grupos humanos, por seu consumo estar presente em todas as classes sociais e raciais. Havia, pois, por parte do Estado uma preocupação constante com a sua erradicação. É comum encontrar estatísticas realizadas pelo poder público na tentativa de localizar e clinicar as comunidades que mais apresentavam problemas comportamentais e físicos derivados do consumo elevado de bebidas alcoólicas.

3.4.1 Doenças mentais: considerações históricas

No início do século XIX, apesar da difusão do tratamento moral a alienados de Pinel e Esquirol, o pressuposto de que a loucura não era mais que uma doença do cérebro – de algum modo lesionado – favoreceu o surgimento de numerosas técnicas e instrumentos para agir sobre essa suposta lesão, o que resultou, nas primeiras décadas do século XX, numa revolução quanto à compreensão e ao tratamento das doenças mentais.²⁸⁰

Até então, pessoas portadoras de psicose eram simplesmente trancadas em asilos para loucos, onde recebiam apenas alguns cuidados simples e, algumas vezes, apoio social, sem que nenhuma terapia efetiva estivesse disponível para os alienados, como os estudiosos então

²⁷⁹ VALETA, Antônio. *Clínica Naturista*. Moderno sistema de cura natural. Montevideu: Higiene e Saúde, 1938. p. 387.

²⁸⁰ COX, Joseph Mason. *Práticas de observação em sanatórios*. Oxford University Press, 1963.

os denominavam. Mesmo com reformadores médicos bem-intencionados, tais como Philippe Pinel, que conseguiu amenizar em parte as aterrorizantes condições existentes nos asilos para loucos, constata-se a inexistência de tratamentos de rotina realmente efetivos no começo do século XX.²⁸¹

O termo “alienação mental” está hoje em desuso, mas até meados do século XX era sinônimo de loucura, de perturbação mental grave (psicose), com perda da noção de realidade.²⁸² Doentes de um hospital psiquiátrico, via de regra, seriam pessoas incapazes para a vida civil, sem chances de contestar, opinar, carregando ao longo de suas vidas, mesmo após deixar as dependências do hospício, uma marca que, embora não visível, tornava-se perpétua. Eles eram, inclusive, impedidos de mostrar sua própria história, pois era proibida a publicação de nomes e qualquer informação que porventura pudesse identificar de quem se tratava. Eram, portanto, relegados a um “não-existir” em vida e a uma ausência de história após a morte.²⁸³

Entre 1917 e 1935, quatro métodos haviam sido introduzidos para utilização na prática psiquiátrica no continente europeu: febre induzida por malária, para tratar paralisia neuro-sifilítica, descoberta em Viena por Julius Wagner-Jauregg, em 1917; coma e convulsões induzidas por insulina, para tratar esquizofrenia, descobertas em Berlim por Manfred J. Sakel, em 1927; convulsões induzidas por insulina, para tratar esquizofrenia e psicoses afetivas, descobertas em Budapeste por Ladislau von Meduna, em 1934; terapia por choque eletroconvulsivo, descoberta por Ugo Cerletti e Lucio Bini em Roma, em 1937.²⁸⁴

O advento do tratamento das psicoses utilizando choque fisiológico aumentou a oposição entre duas escolas de pensamento em psiquiatria: a psicológica e a biológica. A *escola psicológica* interpreta a doença mental como sendo decorrente de desvios na personalidade, problemas surgidos durante o crescimento, no controle de impulsos internos, e

²⁸¹ PÉLICIER, Yves. *História da psiquiatria*. Paris: Europa-América, 1971. Capítulo I.

²⁸² PESTANA, Emanuel. *Dicionário breve de Psicologia*. Lisboa: Presença, 1998. p. 16.

²⁸³ SCOTTI, Loucas mulheres alemãs: a loucura visitada no Hospital São Pedro (1900-1925). p. 30.

²⁸⁴ PÉLICIER, Yves. *História da psiquiatria*. Paris: Europa-América, 1971.

outros fatores originados externamente. Essa escola, tipificada pelos psicanalistas, foi fundada por Sigmund Freud no começo do século XX. A *escola biológica*, ao contrário, considera que as doenças mentais, particularmente as psicoses, são causadas por alterações patológicas, químicas ou estruturais do cérebro.

Em virtude dessas diferenças, as abordagens terapêuticas adotadas pelas escolas são marcadamente diferentes. O sucesso da terapia por choque, em virtude de, evidentemente, causar alguma alteração drástica no ambiente interno do cérebro, e, conseqüentemente, nas funções das células nervosas, foi um forte argumento a favor das causas biológicas de muitas doenças mentais.

Próprias do ser humano, as doenças mentais são de todos os tempos e de todas as culturas, porém comunidades colocadas sob tensão conhecem taxas superiores de doenças mentais. As enfermidades mentais tradicionalmente se prestaram a confusões já que, em geral, tomavam a aparência ou eram vistas como sofrimento moral, crise afetiva, erro de juízo, decadência intelectual e perturbação do comportamento moral. Entre a dor e a insensatez, o escândalo e a ameaça, foi sempre difícil definir a patologia mental, permanecendo o enfermo num contexto familiar e social pouco propício à superação ou à estabilização do mal que o afligia.²⁸⁵

3.4.2 Doentes mentais: casos nos núcleos coloniais poloneses

A alienação mental, a demência, a loucura são comumente registradas nos núcleos coloniais poloneses como “doenças da cabeça”. Muitas são as histórias e vários os

²⁸⁵ Id. p. 7.

documentos primários encontrados sobre esse tipo de “doença”²⁸⁶; entretanto, os depoimentos orais denotam as restrições concernentes à confirmação de doentes dessa espécie nos grupos poloneses. Em verdade, as pessoas não gostam de abordar a questão – e muito menos de reconhecer a existência desses doentes no seu grupo étnico. Graboski lembra: “doentes sempre existiram e existem [...] os de cabeça são menos, e não eram somente os poloneses que ficavam loucos. Os alemães tinham muitos doentes e alienados, por isso se enforcavam tanto [...]. As pessoas já nasciam doentes, mas somente se notava depois a diferença de quem era sadio”.²⁸⁷

O distanciamento da família e até mesmo a não-aceitação do alienado estavam ligados à dificuldade de disponibilizar tratamento terapêutico, à falta de um espaço apropriado para o recolhimento próximo da família, tanto pela dificuldade econômica como pelo compromisso que a família passava a possuir com os possíveis descontroles do enfermo.

Documentos existentes no Arquivo Municipal de Erechim comprovam que os casos de alienação mental eram freqüentes na região do Alto Uruguai entre imigrantes poloneses. Distúrbios mentais dos mais variados eram classificados como alienação mental, como o abatimento moral e físico, o período de declínio acentuado na atividade produtiva e outros distúrbios comportamentais. Segundo Karpinski, poderiam representar atitudes de alienação mental os fatos de um indivíduo não conversar por alguns dias, de chorar à tardinha seguidamente ou de cantarolar em tom mais alto enquanto trabalhava na roça.²⁸⁸ Para as mulheres, contava também o fator humor. Brigar seguidamente com as crianças, discutir ou não responder, quando solicitada pelo marido, poderiam ser classificados como casos de alienação. As mulheres eram tidas praticamente como propriedades masculinas e sua rejeição

²⁸⁶ Existe farta documentação no Arquivo Público Municipal Juarez Miguel Illa Font, Erechim. Encontram-se pedidos de vaga no Hospital São Pedro, memorandos de viagens e relatórios de retorno de alguns alienados.

²⁸⁷ GRABOSKI, Suavina. Entrevista realizada em 10 jan. 2005. Erechim.

²⁸⁸ KARPINSKI, Lúcia. Entrevista realizada em 07 jan. 2001. Linha Baicorá, Áurea.

ao papel feminino era condenada pela sociedade. Demonstrar sentimentos também era desrespeito ao marido e à sociedade.

Foram enviadas ao Instituto São Pedro mulheres solteiras, casadas e em situação de amásias, porém em muitos registros a situação civil é tida como ignorada. Era comum que as mulheres fossem encaminhadas para o internamento por homens de convivência próxima – pai, marido ou padrinho, em caso de orfandade. Sabe-se que o maior número de efetivação e de encaminhamento, no período de 1919-1945, foi realizado por autoridade policial, mas a partir de apontamento familiar ou de um conhecido.²⁸⁹

O encaminhamento para centros de tratamento para alienados não ocorria em curto prazo, exceto se as atitudes do enfermo comprometessem a segurança familiar. Esperava-se algum tempo e se não houvesse melhoras substanciais, o subintendente era procurado para enviar o doente ao Hospital São Pedro, na cidade de Porto Alegre. Na viagem à capital, o doente era acompanhado por um cabo da Guarda Municipal, que transmitia algumas informações pessoais do alienado, como filiação, estado civil, idade, instrução, nome completo, nacionalidade e profissão.

²⁸⁹ Correspondências Expedidas. Caixa 1C – 4 C. Arquivo Histórico Municipal Juarez Miguel Illa Font, Erechim.

G U I A

Segue para essa Capital, em companhia do Cabo da Guarda Municipal, Pedro Alves, afim de ser recolhido ao Hospicio São Pedro, o colono Stanislaw Bielak, morador neste Municipio, o qual manifestou symptomas de alienação mental.

Nacionalidade	Polaca
Profissão	Agricultor
Filiação	Martin Bielak
Estado civil	Casado
Instrução	Ignorada
Idade	Ignorada

Bôa Vista do Erechim, 6 de Setembro de 1921

Alcides G. Calves
 Intendente provisório

Figura 6 – Guia de internação. Fonte: Atestados de internação. Arquivo Histórico Municipal Juarez Miguel Illa Font.Erechim, 1921.

A necessidade da presença de um representante legal para o encaminhamento e efetivação do internamento ocorria em razão da reorganização administrativa que estava em vigor no Hospital São Pedro. Após 1903, o secretário de Estado dos Negócios do Interior e Exterior informou que as reformas ocorridas na administração do Instituto São Pedro incluíam a responsabilidade dos Municípios na despesa com os doentes enviados a tratamento na capital. Para que ocorresse o devido cumprimento do regulamento, foram enviadas circulares a todas as intendências, informando o débito para com seus alienados.²⁹⁰

As reformas ocorreram por causa do grande número de alienados e enfermos em geral que as Intendências enviavam a Porto Alegre, em sua maioria indigentes. O ônus com os alienados gerou discussões em diversas regiões. Francisco de Castilhos Marques Pereira, chefe da Secção de Higiene e Saúde Pública de Erechim na gestão de Amintas Maciel, intendente municipal na década de 1930, apresentou em seu relatório as dificuldades que o Município tinha em enviar toda e qualquer quantidade de dinheiro para a manutenção dos alienados internados na capital. No mesmo relatório, o chefe da seção de Higiene e Saúde Pública enfatizou que a maior dívida era dos distritos, não da sede em si – Erechim, e era nos distritos que se encontrava maior número de alienados.²⁹¹

O pagamento por parte da família do alienado ou órgão expedidor determinava as condições de tratamento e instalações físicas disponibilizadas ao enfermo. Os alienados poloneses ocuparam a classe pensionista classificada como terceira (enfermarias gerais) ou quarta, para indigentes.²⁹² A condição econômica e social foi determinante no enquadramento de internação e nos procedimentos na busca pela cura, com diferencial no atendimento,

²⁹⁰ SCOTTI, *Loucas mulheres alemãs: a loucura visitada no Hospital São Pedro (1900-1925)*. p. 65.

²⁹¹ Relatório apresentado pelo chefe de Secção de Higiene e Saúde Pública, Francisco de Castilhos Marques Pereira, 1930. p. 145.

²⁹² Pasta Requerimentos Recebidos. Caixa 1C – 14C. Arquivo Histórico Municipal Juarez Miguel Illa Font, Erechim.

observado já no momento de preenchimento da ficha cadastral: em casos de internação de imigrantes poloneses, a nacionalidade era apresentada como “polaca”.²⁹³

É comum também se encontrar em formulários e guias de acompanhamento do alienado, no quesito nacionalidade, a indicação de “povos diversos – polacos, russos e demais eslavos”. Além da nacionalidade, fazia parte da descrição do prontuário a cor do alienado. Raros eram os casos em que os familiares acompanhavam o paciente aos hospitais psiquiátricos ou às casas de correção, e as notícias eram trazidas pelo cabo da guarda ou pelo representante do poder público, responsável pela internação.²⁹⁴

Das diversas correntes migratórias que colonizaram o Estado, reservou-se aos poloneses também na condição de enfermo mental a diferença. O enfermo dirigia-se aos estabelecimentos de cura sem o acompanhamento de familiares, e, não raramente, ocupava as enfermarias de terceira e quarta classes, espaços em que ocorria o maior índice de violência e morte.²⁹⁵

Quando o paciente melhorava, se melhorava, o Instituto São Pedro avisava o subintendente municipal para efetuar a devida liberação. Existiram casos nos núcleos coloniais de Erechim e Guarani das Missões em que a família não foi encontrada após longa data de internação e o enfermo foi deixado no hospital, oferecendo sua mão-de-obra em troca de alimentação e abrigo. Essa situação também foi vivenciada por outras etnias, a exemplo dos alemães.²⁹⁶

Os “alienados poloneses” tinham características culturais e econômicas semelhantes. Comumente, no quesito instrução, escrevia-se: “ignorada”, “nenhuma” e “rudimentar”. A

²⁹³ Correspondências Expedidas. Caixa 1C – 4 C. Arquivo Histórico Municipal Juarez Miguel Illa Font, Erechim.

²⁹⁴ Pasta Requerimentos Recebidos. Caixa 1C – 14 C. Arquivo Histórico Municipal Juarez Miguel Illa Font, Erechim.

²⁹⁵ Arquivo Municipal Juarez Miguel Illa Font. Pasta de Correspondências Municipais Expedidas. Erechim, 1921.

²⁹⁶ Cf. SCOTTI, *Loucas mulheres alemãs: a loucura visitada no Hospital São Pedro (1900-1925)*.

profissão dominante era, para a mulher, “doméstica”, e, para o homem, “agricultor”. A idade também, em alguns casos, era apresentada como ignorada, como o caso de Stanislaw Bielak, enviado à capital em 6 de setembro de 1921.²⁹⁷

Na comunidade polonesa, ao detectar a “doença” mental, a família tentava, primeiramente, aconselhamento com o padre, autoridade maior da comunidade que imediatamente procedia a uma série de bênçãos, incluindo aquela da casa, conhecida como *Blogoslawienstwo*.²⁹⁸ Passado um tempo, caso isso não surtisse efeito, então a família recorria ao médico e, em alguns casos, ao policial, aos quais competia encaminhar a solução terapêutica.

3.4.3 Enfermidades que matam: envenenamento, enforcamento e suicídio

Nesse contexto, evidencia-se também no grupo em estudo a presença de enfermidades, emocionais ou mentais que resultaram em óbito provocado intencionalmente. O suicídio, sobretudo sob as formas de enforcamento e envenenamento, foi constatado em diversos núcleos coloniais poloneses.

O autocídio – do latim *autos* = próprio e *caedo* = matar²⁹⁹ –, o suicídio e as doenças mentais eram, e ainda são, abordados com extrema reticência pelo grupo. Entretanto, durante a pesquisa, encontraram-se diversos óbitos em virtude do autocídio, nos núcleos de Áurea, Centenário, Barão de Cotegipe, Gaurama, Ijuí, Itatiba do Sul, Guarani das Missões e Santo Antônio da Patrulha.

²⁹⁷ Arquivo Municipal Juarez Miguel Illa Font. Pasta de Correspondências Municipais Expedidas. Erechim, 1921.

²⁹⁸ GORSKI, Osvaldo. Entrevista realizada em 10 jan. 2002, Erechim.

²⁹⁹ WERLANG, Blanca Susana Guevara. *Proposta de uma entrevista semi-estruturada para autópsia psicológica em casos de suicídio*. Campinas, SP, s.n., 2000. Tese de Doutorado em Ciências Médicas. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas.

O suicídio está elencado nos dados estatísticos dos *Anuários Brasileiros* desde 1908, sendo classificado como indicador de patologia social. É importante registrar que, em estatísticas nacionais, o suicídio é registrado na seção saúde, justiça e índice de mortalidade, como causa externa de mortalidade – violência e acidentes.³⁰⁰ Tratando-se, sobretudo, de uma comunidade com profunda influência católica romana, é de se crer que muitos suicídios tenham sido apresentados pela família como acidentes ou mortes naturais.

O autocídio é cometido mais freqüentemente pelos homens do que pelas mulheres. Na realidade, o número de tentativas com sucesso é maior entre os homens do que entre as mulheres, sem dúvida porque os homens escolhem, geralmente, métodos mais violentos (enforcamento ou revólver) que as mulheres (intoxicação por plantas tóxicas e pesticidas).³⁰¹

O primeiro Livro de Óbitos de Paiol Grande (atual Erechim) apresenta, de um total de 166 certificados de morte, 30 registros de óbito de poloneses, sendo somente dois especificados: um apontando como causa lesão física e outro, enforcamento.³⁰² O livro contém duzentas páginas com informações padronizadas no preenchimento do Registro de Óbito: dia, mês e ano do falecimento; local do falecimento; prenome, nome, sexo, idade, cor, estado civil, profissão, naturalidade, residência do morto; se deixou filhos, nome e idade de cada um; se a morte foi natural ou violenta e a causa conhecida, com o nome dos atestantes.

A não-caracterização da morte deve-se ao fato de não haver legista na região ou médico disponível no momento para apontar a causa do óbito. Grande parte das mortes era constatada em âmbito familiar. Acredita-se que vários sepultamentos ocorreram sem o devido registro, por ser Paiol Grande uma Colônia Nova, criada em 1918, dado comprovado quando se analisa o percentual no Livro de Registro de Óbitos, pois em vários casos o funcionário do

³⁰⁰ IBGE. *Estatísticas do século XX*. Rio de Janeiro, 2003.

³⁰¹ Registro Civil. Livro de Óbitos (1925-1950). Foram analisados os Livros de Áurea, Carlos Gomes, Erechim, Gaurama e Getúlio Vargas.

³⁰² Registro Civil. Livro de Óbitos N° 1. Paiol Grande. Nesse livro encontram-se registrados os primeiros óbitos da região do Alto Uruguai, no período de 1912-1921.

Registro Público Civil declara no quesito “observação” que a família opta por não declarar os motivos do óbito, assinalando a causa como “ignorada”. E há também casos em que a família nem menciona intenção de declarar a causa do óbito, fazendo registrar que “não sabe do que morreu ou por que se enforcou”.

É comum também se encontrarem nos atestados de óbito várias tentativas de correção ortográfica no prenome e nome do falecido, o que talvez seja uma das causas da não-apresentação da causa de morte de muitos poloneses. A dificuldade na oralidade evidencia-se no momento em que se realizavam registros de nascimento e óbito. Grande parte dos nomes são registrados em polonês, como Féliks (Félix), Janek (João), Piotr (Pedro), Wojciec (Alberto). Ainda foi possível constatar uma incidência e preferência por nomes que rememoravam a monarquia polonesa – Bronislava, Casemiro, Estanislava e Wladislau.

Um primeiro registro de enforcamento no grupo polonês na região do Alto Uruguai refere-se a Juliana Intika, casada, agricultora e recém-emigrada da Polônia. No momento do óbito, contava 64 anos, e não deixou bens aos seus descendentes.³⁰³ Com relação à idade, observa-se maior incidência de suicídios nas faixas etárias entre 40-60 anos, incluindo ambos os sexos.³⁰⁴

Suavina Graboski afirma que os indícios de perturbação mental podem ser comportamentais e físicos, tais como choradeira (depressão) ou sisudez, indiferença, pôr os negócios em ordem e designar partilha de objetos de estimação (incluindo bens) aos familiares, abuso de bebidas alcoólicas e alteração nas atividades cotidianas. A depoente alerta que em casos de óbito de doente mental havia alteração comportamental desse em médio e longo tempo. Era comum nos velórios de suicidas pouca fala e muita oração, mas, em

³⁰³ Registro Civil. Livro de Óbitos Nº 1. Paiol Grande.

³⁰⁴ Registro Civil. Livro de Óbitos (1925-1950). Foram analisados os livros de Áurea, Carlos Gomes, Erechim, Gaurama e Getúlio Vargas.

geral, a família sinalizava que o finado estava “diferente há algum tempo”.³⁰⁵ A partir dos livros de óbitos é possível apontar algumas mudanças que acompanhavam os indivíduos antes da morte, como distúrbios de sono, doenças freqüentes, falta de apetite, mudanças repentinas de aparência e falta de interesse com relação à aparência pessoal.³⁰⁶

O comportamento suicida representava para o imigrante polonês uma tragédia pessoal e familiar – e tem sido estudado por vários ângulos e sob múltiplos enfoques. Do ponto de vista teológico, representa uma negativa ao mais importante princípio cristão. No grupo analisado, majoritariamente católico, representava uma grave falta, pois se conflitava diretamente com o ser superior – Deus, devolvendo-lhe o que de mais precioso o homem teria recebido: a vida. Já do ponto de vista psicológico, é um tema que tem desafiado os pensadores de várias correntes. Dessa forma, alguns teóricos claramente se completam, ao passo que outros são extremamente antagônicos.

Com a contribuição freudiana, pode-se compreender o suicídio dentro do conceito de pulsão de morte, que representa a tendência de todo ser vivo de retornar ao estado anorgânico. A influência do pensamento de Freud sobre a agressão, a noção de instinto e a respeito do entendimento da depressão tem fundamentado muitos estudiosos na explicação do ato suicida como um comportamento complexo, no qual os determinismos inconscientes assumem uma significação maior do que as circunstâncias externas.

Na depressão ou tristeza, como era chamada a enfermidade pelos poloneses, o ódio originalmente é direcionado ao objeto internalizado, ou seja, o indivíduo deprimido destrói dentro de si aquela representação do odiado. Nessa compreensão, o suicídio expressa um desejo ambivalente e reprimido de matar o objeto introjetado dentro de si, que é finalizado

³⁰⁵ GRABOSKI, Suavina. Entrevista realizada em 10 jan. 2005. Erechim.

³⁰⁶ Essas características apontadas são resultados de análise dos Livros de Registro de Óbitos e de depoimentos orais.

como ato de vingança. Contudo, o suicídio é considerado um momento de decisão intrinsecamente individual – e de grande tensão.

Dessa forma, sentimentos como culpa (não desempenhar suas tarefas como progenitor determinadas pelo senso comum), desesperança (dificuldades financeiras) e raiva (disputas ideológicas, religiosas e sociais) representavam, para o imigrante polonês, estados efetivos de pessoas que cometeram o suicídio. De acordo com a documentação analisada, o ato suicida, como busca pelo fim da vida para o alienado polonês, pode ser apresentado por três dimensões: dor, perturbação e pressão. Quem se suicida raramente toma essa decisão de repente: nos dias e horas que antecedem o suicídio, normalmente surgem atitudes e sintomas dele indicativos, reafirma Graboski.³⁰⁷

³⁰⁷ GRABOSKI, Suavina. Entrevista realizada em 10 jan. 2005. Erechim.

CAPÍTULO IV

DOENÇAS, ENFERMIDADES E MOLÉSTIAS

Nos núcleos coloniais poloneses, segundo as estatísticas disponíveis, além das enfermidades emocionais, as físicas que mais resultaram em óbito foram a ancilostomíase, as doenças respiratórias (bronquite e pneumonia), a gripe, as complicações do parto e o tifo.³⁰⁸

4.1 Amarelão: doença de criança e adulto

A ancilostomíase despertou a atenção do mundo no começo do século XX como grave problema de saúde pública e deu origem aos primeiros planos sistemáticos de controle de uma endemia em larga escala. Passou, depois, a ser vista como questão de menor importância, quando surgiram medicamentos anti-helmínticos eficazes e o desenvolvimento econômico dos países mais ricos reduziu em seus territórios a subnutrição, melhorando, ao mesmo tempo, as condições habitacionais e sanitárias que tornaram as infecções residuais clinicamente assintomáticas. Em nível nacional, entre 1916 e 1921, a Comissão Rockefeller havia examinado 77.436 pessoas, e encontrado 77,4% de casos positivos para ancilostomídeos.³⁰⁹

³⁰⁸ IBGE. *Estatísticas do século XX*. Rio de Janeiro, 2003.

³⁰⁹ HACKETT L. *Os cinco anos da Comissão Rockefeller no Brasil*. *Tribuna Médica*, Rio de Janeiro, v. 27. p. 157-163, 1921.

Popularmente conhecida como “amarelão”, essa infecção intestinal, ou no duodeno, causada por nematódeos (vermes cilíndricos), atacou também os núcleos poloneses, sendo as primeiras vítimas as crianças. As precárias condições sócio-econômicas de alguns núcleos foram propícias para a disseminação dessa enfermidade e, em alguns casos, desencadearam parasitismo intenso, que chegou a níveis de hipoproteinemia, atraso no desenvolvimento físico e mental, causando, até mesmo, a morte por bloqueio intestinal.³¹⁰ Com frequência, a enfermidade, acompanhada de intensa infecção, acarretava anemia. Os adultos também eram atacados pela ancilostomíase, mas em menor escala.

A ancilostomose é causada por três tipos de vermes: o *Necator americanus* e dois do gênero *Ancylostoma*, o *A. duodenalis* e o *A. ceylanicum*. As espécies diferenciam-se pelas estruturas formadas por quitina (mesma substância das conchas dos caracóis), semelhantes a dentes. A fêmea, de acordo com a espécie, põe entre quatro e 30.000 ovos por dia, os quais são liberados nas fezes; se as condições climáticas forem propícias, eclodem e, entre cinco e dez dias, tornam-se larvas infectantes.³¹¹

A infecção ocorre quando a larva atravessa a pele do indivíduo por meio do contato direto com solo contaminado (por exemplo, ao se andar descalço na terra). A alta taxa de infecção no grupo deve-se ao fato de a maioria ocupar espaços geográficos rurais e estar cotidianamente em contato com água ou solo contaminados (Figura 7).

³¹⁰ NASCIMENTO, Júnior. *Paranaguá e a estrada de ferro*. Álbum comemorativo do cinquentenário da estrada de ferro do Paraná. Curitiba: Imprensa Paranaense, 1935. p. 100-110.

³¹¹ BRAUNWALD, Eugene. *Manual de Medicina*. 15.ed. Rio de Janeiro: UFF, 2002. Seção I.



Figura 7 – Moinho de Irmãos Modtkoski. Áurea, 1935. Fonte: Arquivo Municipal João Modtkowski, Áurea.

Sabe-se que o uso de calçados nas atividades agrícolas, não raro, era dispensado; até mesmo em eventos religiosos (velórios) e festivos, especialmente em dias de chuva, pés descalços eram uma constante.

De ciclo complexo, o verme estabelece-se no intestino delgado, prendendo seus “dentes” à parede intestinal, e passa a sugar o sangue de sua vítima. O parasita geralmente era ingerido com água ou alimentos contaminados, especialmente legumes, o que facilitava ciclo e contágio.³¹² Dependendo da quantidade de vermes, o infectado desenvolvia a doença, a qual é detectada quando a perda de sangue por causa da infecção começa a interferir na vida do enfermo. Os primeiros sintomas são: palidez (o que caracteriza o nome popular de amarelão), desânimo, dificuldade de raciocínio, cansaço e fraqueza, causados pela falta de ferro no organismo (anemia). Com o tempo, a situação podia progredir e se agravar, aparecendo dores

³¹² BRAUNWALD, Eugene. *Manual de Medicina*. 15.ed. Rio de Janeiro: UFF, 2002. Seção I.

musculares, abdominais e de cabeça, hipertensão, sopro cardíaco, tonturas e ausência de menstruação nas mulheres.³¹³

Segundo Karpinski, a ancilostomose é particularmente perigosa para as grávidas, pois pode afetar o desenvolvimento do feto, e para as crianças, retardando (por vezes de modo irreversível) seu desenvolvimento mental e físico.³¹⁴ Existe forte ligação na memória dos depoentes entre amarelão e anemia. Após muita observação, os poloneses desenvolveram habilidades para reconhecer e diagnosticar as diversas doenças, entre elas a ancilostomose. Sabia-se que o amarelão resultava em anemia, em razão da carência de ferro no organismo; então, recomendava-se aos doentes que comessem alimentos que contivessem ferro, como feijão e carne de fígado, afirma Alegretti.³¹⁵

Como grande parte das demais doenças, a ancilostomose foi tratada em âmbito domiciliar, com raros casos de uso da medicina tradicional para sua cura. Infelizmente, houve casos em que a família procurou o médico somente após o agravamento da doença, o que resultou em alteração no desenvolvimento mental do infectado. Popularmente, a doença também foi denominada nos núcleos poloneses de “ataque de bichas”. Segundo Karpinski, era muito perigosa em crianças, pois poderia causar asfixia e levar à morte. Para controlá-la, utilizavam-se benzimentos e infusões diversas. Quanto à sintomatologia em crianças, apontam-se a palidez, o excesso de sono e o desejo de consumir doces. A depoente também informa a adoção de métodos profiláticos, como alimentar-se bem, comer frutas e legumes somente lavados e usar calçados.³¹⁶

³¹³ Id.

³¹⁴ KARPINSKI, Lúcia. Entrevista oral realizada em 07 jan. 2001, na Linha Baicorá. Áurea.

³¹⁵ ALEGRETTI, Elisabetha Zielak. Entrevista realizada em 22 ago. 2005. Erechim.

³¹⁶ GRABOSKI. Suavina. Entrevista realizada em 10 jan. 2005. Erechim.

4.2 Gripe: virulência secular

Tal como o tifo, a varíola, o sarampo, a malária, a febre amarela, entre outras, a gripe figura entre as mais graves e disseminadas doenças infecto-contagiosas que, trazidas pelos conquistadores, invasores e colonizadores europeus, propagaram-se por todo o território brasileiro e dizimaram milhares de vidas.³¹⁷

A gripe, ao apresentar-se como uma infecção respiratória causada pelo vírus *Influenza*, recebe o nome do próprio vírus. Pode afetar milhares de pessoas a cada ano, pois se trata de enfermidade altamente contagiosa, com incidência maior no final do outono e inverno e no início da primavera. O recrudescimento da moléstia pode levar o indivíduo à inflamação dos brônquios, a diversas complicações no aparelho respiratório, à pneumonia e até à morte.

A descoberta de que a origem da *influenza* não era por bactérias, mas por vírus, data do início do século XX, após a pandemia gripal de 1918. Vários foram os estudiosos que apresentaram um conjunto de verdades provisórias até chegar o ano de 1933, quando três pesquisadores britânicos – Andrew, Smith e Laidlaw – descobriram que o agente etiológico da moléstia correspondia a um vírus.³¹⁸

Pode-se classificar o vírus da gripe em três tipos: A, B e C. O vírus *Influenza* A pode infectar humanos e outros, ao passo que os vírus *Influenza* B e C infectam apenas humanos. O tipo C causa uma gripe de nível brando, não chegando a classificar-se como epidemia. De um modo geral, o vírus ocorre de maneira epidêmica uma vez por ano.³¹⁹

Qualquer pessoa pode se gripar. Contudo, as pessoas com alguma doença respiratória crônica, com fraqueza imunológica, imunidade enfraquecida e os idosos têm uma tendência a

³¹⁷ ABRÃO, Janete Silveira. *Banalização da morte na cidade calada: a hespanhola em Porto Alegre, 1918*. Porto Alegre: EDIPUCRS, 1998. p. 21.

³¹⁸ DRIGALSKY, Wilhelm von. *O homem contra os micróbios*. Belo Horizonte: Itatiaia, 1962. p. 261.

³¹⁹ BRAUNWALD, Eugene. *Manual de Medicina*. 15.ed. Rio de Janeiro: UFF, 2002. Parte II.

infecções mais graves, com possibilidade de complicações fatais. A fraqueza imunológica foi uma das razões que fizeram os núcleos coloniais poloneses serem atingidos em massa pela virulência gripal.

Os sintomas da gripe são freqüentemente mais graves do que os do resfriado. O vírus *Influenza* tem uma “capa” (revestimento) que se modifica constantemente. Assim, o organismo tem dificuldade para se defender das agressões deste microorganismo e fica também difícil desenvolver vacinas eficazes para proteção contra a infecção causada. Por isso, a gripe foi, e permanece sendo, um dos maiores problemas de saúde pública.

Diferentemente do resfriado, que, geralmente, se dissemina pelo contato direto entre as pessoas, o vírus *Influenza* dissemina-se, principalmente, pelo ar. Quando a pessoa gripada espirra, tosse ou fala, gotículas com o vírus ficam dispersas no ar por um tempo suficiente para serem inaladas por outra pessoa. No revestimento do nariz da pessoa que foi contaminada, ele se reproduz e se dissemina para a garganta e para o restante das vias aéreas, que incluem os pulmões, causando os sintomas da gripe. Menos freqüentemente, a doença dissemina-se pelo toque (mão contaminada com o vírus) do doente na mão de um indivíduo sadio, que, ao levar a mão à boca ou ao nariz, contamina-se.

Um momento histórico de significância epidêmica foi a gripe espanhola, em 1918. A pandemia difundiu-se pelo mundo a partir do foco dos campos de batalha da Europa durante a Primeira Guerra Mundial. Em São Paulo, sua voracidade foi comparada à da peste negra medieval, em virtude da quantidade de cadáveres e do pânico que espalhou.³²⁰ Chegou a ser designada de “inclassificável”, por causa das graves e variadas complicações que causou, alterando drasticamente a vida da cidade. Já o Rio de Janeiro, segundo a imprensa, ter-se-ia transformado num vasto hospital. A epidemia atingiu o centro do país em outubro,

³²⁰ SEVCENKO, Nicolau. *Orfeu extático na metrópole*. São Paulo: Companhia das Letras, 1992. p. 24.

posteriormente se disseminando em Porto Alegre. Consta que, em novembro de 1920, havia atacado setenta mil pessoas, numa população de 163.500 habitantes.³²¹

Desconhecia-se a causa da gripe, e, por isso, o frio e as mudanças de clima eram considerados prejudiciais, pelo perigo de transmissão. Medidas como limpeza das ruas e calhas, desinfecção de prédios e proibição de aglomeração eram anunciadas. Como forma de evitar o contágio, indicavam-se a lavagem da boca e garganta com solução de água iodada ou um preparado com iodo, *gaiacol*, *ácido thymico* e álcool, além da lavagem da garganta e das fossas nasais. Os atendimentos eram realizados pelos “licenciados” ou por qualquer pessoa disponível.³²²

A gripe é uma doença que hoje persiste nos núcleos coloniais poloneses e constitui-se numa doença benigna, portanto, pode haver complicações decorrentes de infecções bacterianas secundárias. Segundo Kilbourne, podem ocorrer fotofobia, náuseas, vômito e dores abdominais; a febre oscila e pode atingir 40°C, além de persistir acentuada de um a seis dias; seu período de incubação varia de um a três ou quatro dias.³²³ Dor de cabeça, dores musculares, febre, coriza e tosse permanecem como principais sintomas dessa doença, que tanto preocupou e alterou o cotidiano dos poloneses ao chegarem ao Rio Grande do Sul.³²⁴

As práticas que simbolizavam a construção de um modo de vida no qual homens e mulheres se solidarizavam foram constituídas no cotidiano dos núcleos de imigrantes poloneses. É nesse contexto que o uso de uma medicina tradicional torna-se necessário, de modo que seus remédios auxiliem na luta contra as diversas doenças próprias do ambiente colonizado. No combate a essas doenças, surgem diversas formas de consumir os remédios, respaldadas pela comunidade de imigrantes, os quais utilizavam remédios naturais e

³²¹ WEBER, *As artes de curar: medicina, religião, magia e positivismo na República Rio-Grandense (1889-1928)*. p. 63.

³²² *Gazeta do Povo*, Porto Alegre, 11, 18 e 25 nov. 1918.

³²³ KILBOURNE, Edwin. Influenza. In: VERONESE, Ricardo. *Doenças infecciosas e parasitárias*. Rio de Janeiro: Koogan, 1991. p. 11.

³²⁴ KESSLER, Isabella. Entrevista realizada em 15 jan. 2003. Áurea.

quimioterápicos para a obtenção da cura. É importante considerar a extrema dificuldade financeira que limitou o grupo no consumo de remédios não naturais.

A gripe, como outras doenças, estava freqüentemente presente nos meios de comunicação em forma de anúncio publicitário, alertando para a necessidade de prevenção, ou por meio de anúncios de remédios. Em diversos jornais que circulavam em regiões habitadas por poloneses, nas décadas de 1920 a 1940, encontram-se anúncios publicitários de medicamentos que prometiam cura imediata para problemas no aparelho respiratório, embora, em sua maioria, fossem recomendados também para muitas doenças.

Nessa lista, podem figurar o Peitoral Rousselet, o Peitoral de Angico Pelotense e o Cessatyl. Como garantia de sua eficiência, o Peitoral Rousselet, no final do anúncio, afirmava atingir mais de 15.000 processos de cura em poucos meses³²⁵; o Peitoral de Angico Pelotense propagandeava milhares de atestados médicos de pessoas curadas; o Cessatyl recomendava seu uso já desde que os primeiros sintomas, como dores de cabeça, surgissem, e afirmava que a gripe era uma moléstia que já atacara Londres e São Paulo, estando presente também no Rio Grande do Sul, de modo que era necessário prevenir-se o mais breve possível. O anúncio deixa transparecer a atualização e o acompanhamento das enfermidades por parte do fabricante, não somente em nível local, mas também nos níveis nacional e mundial, o que lhe conferia maior credibilidade perante o mercado.

Via de regra, o produto farmacêutico, para afirmar sua qualidade, era associado a um médico de renome ou a um laboratório tradicional da cidade. Também era comum a sinalização da facilidade de aquisição e suas características imediatas de cura, como é possível observar num anúncio de xarope chamado Peitoral Marinho.

³²⁵ *Diário de Notícias*. Porto Alegre, 07 abr. 1926. Arquivo Municipal Miguel Juarez Illa Font. Erechim.

PEITORAL MARINHO

Específico das molestias do peito

Dyspnéas, Influenza, De fluxos, Bronchites, Catarrhos, Coqueluche, Tosses rebeldes, Cansaço, Sufocações, encontram a sua cura completa e imediata com este medicamento.

E' o verdadeiro e unico revigorador dos pulmões.

Tomar o PEITORAL MARINHO equivale a usar uma couraça contra a tuberculose – um vidro cura a mais rebelde constipação, na fosse á 3a. colher o doente sente-se tão aliviado como se nunca tivesse fessido.

A' VENDA EM TODA A PARTE

663

Figura 8 – Anúncio publicitário de medicamento da década de 1930. Fonte: Diário de Notícias, 31 de março de 1925.

Poucos são os registros de óbito nos núcleos em estudo tendo como causa direta ou única a gripe. Entretanto, o avanço da doença transformava-se em bronquite e pneumonia, essas sim apontadas como responsáveis por vários óbitos. A bronquite acarretou número considerável de vítimas, assim como a pneumonia. As doenças respiratórias matavam, sobretudo, no inverno, que era muito rigoroso no Rio Grande do Sul, ou seja, frio, úmido e com diminuição do tempo de exposição ao sol.

Existem, entretanto, registros de morte também no verão. A título de exemplo, cita-se o caso de Theóphilo Wózniak, falecido em 07 de fevereiro de 1926, tendo como causa a gripe. No ano de 1929, nos meses de abril, agosto e setembro aconteceram três óbitos atribuídos à mesma enfermidade em Treze de Maio (Áurea). Em 1936, repetem-se diversos casos nos mesmos meses, anotados como devidos à gripe. Nos anos de 1925, 1927, 1928, 1939, 1940, 1941, 1942, 1943 e 1945, a causa gripe foi apresentada como desencadeadora de outras duas

doenças: bronquite e a pneumonia. Certamente, as condições físicas dos doentes desempenhavam um importante papel no desdobramento da enfermidade e na alteração das práticas cotidianas.

No Rio Grande do Sul, a crise não gerou nenhuma intervenção específica em relação à doença, nem uma maior preocupação com a questão da saúde pública, mantendo-se o ideário positivista de não-intervenção na *liberdade individual*, apesar da ameaça visível de epidemia e da ausência de instrumentos adequados ao seu controle.³²⁶ As dificuldades perante a gripe revelam uma situação de completa incapacidade das instituições de saúde pública de dar respostas à crise das condições sanitárias da população de todo o país. As atitudes adotadas visavam simplesmente a conter o pânico e a aliviar a tragédia das mortes.

4.3 Doenças respiratórias e pneumonia

Influenza aguda, pontada e pulmonite eram as denominações usadas nos núcleos coloniais poloneses para a doença mais recentemente denominada pneumomia. Valeta, em 1938, intitulou a pneumonia como pontada e assim a conceituou: “uma pontada aguda que, como um punhal, atravessa-lhe o pulmão, o rim e outra parte”. Quanto à prescrição, o mesmo recomendava: “O que fazer? Imediatamente massagens, umas ventosas e aplicar a todo o corpo um banho quente para resistir ao processo agudo, que pode ser o princípio duma pleuritis, ou duma afecção pulmonar”.³²⁷

A pneumonia pode ser desencadeada por bactérias e vírus. Caracteriza-se pela inflamação dos pulmões, mais especificamente, os alvéolos, onde ocorrem as trocas gasosas,

³²⁶ WEBER, *As artes de curar: medicina, religião, magia e positivismo na República Rio-Grandense* (1889-1928). p. 65

³²⁷ VALETA, Antônio. *Clínica naturista. Moderno sistema de cura natural*. Montevideu: Editora Higiene e Saúde, 1938.

em virtude de infecção causada pelos microorganismos citados. A doença aparece como uma enfermidade que atingiu de forma extensiva os núcleos poloneses no Rio Grande do Sul.³²⁸ Pela carência de medicamentos nos núcleos, já que não havia farmacêutico, a doença era tratada de forma fitoterápica, incluindo o repouso, uma dieta alimentar e muito óleo canforado, que oferecia ao enfermo a sensação de alívio.

Em sua maioria, os medicamentos procediam das cidades maiores, onde havia ambulatório e hospital, com produtos químicos necessários para serem preparados na farmácia, segundo a necessidade e gravidade das doenças. Caleffi informa que a forma de remédio mais consumido eram pílulas, confeccionadas artesanalmente e em pequenas quantidades.³²⁹ Os médicos também utilizavam como recurso terapêutico o cataplasma e as injeções à base de eucalipto, adquiridas na farmácia. Usado em casa e nos hospitais, o cataplasma era composto de uma papa (sebo e ervas) e aplicado entre dois panos nas costas e no tórax; após a aplicação, o doente permanecia em repouso absoluto.

A ventosa constituiu outro recurso a que se recorria a medicina nos núcleos, objetivando o tratamento das mais diversas doenças, especialmente aquelas do aparelho respiratório, como a pneumonia e a pleurisia.³³⁰ A idéia de que a aplicação de ventosas no tegumento cutâneo exerce ação antiflogística nas vísceras subjacentes perdurou até cinco ou seis décadas atrás. Usavam-se ventosas secas e sarjadas, as últimas produzidas após a escarificação da pele. A sucção pelo vácuo determinava o aparecimento de uma grande mancha roxa de contorno circular, quando a ventosa era seca, e de um grande coágulo sanguíneo no interior do recipiente quando se praticava a escarificação. A doença seguia seu curso e, se este era favorável, todo êxito era creditado à ventosa.

³²⁸ IBGE. *Estatísticas do século XX*. Rio de Janeiro, 2003.

³²⁹ CALEFFI, Ângelo Luiz. Entrevista realizada em março de 1985. Arquivo Histórico Municipal Juarez Miguel Illa Font. Erechim. p. 14.

³³⁰ ALEGRETTI, Elisabetha Zielak. Entrevista realizada em 22 ago. 2005. Erechim.

A ventosa consistia num pequeno copo arredondado, onde se colocava um chumaço de algodão embebido em álcool, o qual posteriormente era acendido e encostado fortemente na pele, nas costas. Segundo Caleffi, a combustão fazia o oxigênio ficar rarefeito dentro do corpo, atraindo a pele. Esperava-se, com isso, que melhorasse a circulação sanguínea em áreas não oxigenadas. Hoje se sabe que a técnica não representava a cura da doença, mas era o meio disponível para amenizar a doença, desconhecida e ameaçadora.³³¹

Caleffi relata que havia um aparelho para fazer um corte na pele, onde se aplicava a ventosa, extraindo uma quantidade de sangue, o que possibilitava uma sensação de alívio temporário ao paciente. O local escolhido deveria ficar o mais próximo possível da região afetada, seguindo os padrões da tradicional sangria, de longa data utilizada no Brasil e na Europa.³³²

4.4 Sobre o corpo feminino

Até meados do século XX, no Rio Grande do Sul, o parto foi mantido no reduto privado. Divulgado pelas mulheres no interior de redes de relações, garantiu certas autonomia e objetividade que cercavam o mundo feminino. Nos jornais de circularidade em nível de Estado, o assunto ficou restrito às chamadas “propagandísticas” de serviços de ginecologia e obstetrícia oferecidos nas cidades de médio e grande porte, como Pelotas e Porto Alegre.

³³¹ CALEFFI, Ângelo Luiz. Entrevista realizada em março de 1985. Arquivo Histórico Municipal Juarez Miguel Illa Font. Erechim p. 16.

³³² CALEFFI, Ângelo Luiz. Entrevista realizada em março de 1985. Arquivo Histórico Municipal Miguel Illa Font. Erechim p. 16.

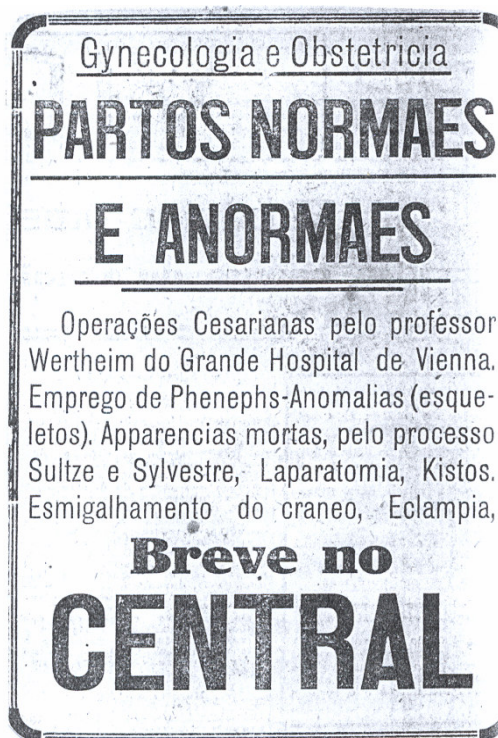


Figura 9 – Aviso de divulgação. Fonte: Diário de Notícias, 05 de abril de 1925.

Ao contrário da assertiva historiográfica referente à demografia nas colônias alemãs e italianas, as comunidades polonesas apresentaram uma taxa de natalidade inferior à média nacional. Mesmo comungando a mesma necessidade de mão-de-obra para o pleno desenvolvimento do lote colonial, os núcleos poloneses que ocuparam as Colônias Velhas e Novas prosseguiram com o controle de natalidade praticado na Polônia dos séculos XVIII e XIX. As famílias polonesas do século XX restringiam-se a em torno de quatro a seis integrantes. A título de exemplo, segundo Livro de Registro de Batizados, em Treze de Maio (Áurea), entre 1915 e 1950, a taxa de natalidade girava em torno de quatro filhos por núcleo familiar³³³ e, em Guarani das Missões, o índice de filhos por família aponta o número de cinco.³³⁴

³³³ Paróquia Nossa Senhora do Monte Claro. *Livro de Registro de Batizados*. Mitra Diocesana. Erechim, 1915-1945.

³³⁴ WENDLING, Líbia Maria. *O imigrante polonês no Rio Grande do Sul*. São Leopoldo: Unisinos, 1971. p. 129.

Mesmo em se tratando de uma comunidade caracterizada pela obediência ao clero local, no aspecto reprodução a influência deu-se de forma singular. Não raro, a retórica conservadora dos sacerdotes despertava atitudes de oposição dos próprios fiéis. Segundo Kessler, não havia métodos contraceptivos, mas a prevenção era utilizada. O corpo clínico local – médico e enfermeiro –, tinha um livro em que se mostrava como não ter filhos. Depois de orientação para alguns homens, estes ensinaram às mulheres o método, que o relatavam as outras.

Os discursos sobre o perigo da explosão demográfica, voltados especialmente para a pobreza, remontam ao século XIX, com as ameaças malthusianas. São desse século as campanhas mais incisivas, inclusive com participação de investimentos governamentais no controle de natalidade. Porém, em grande parte dos núcleos poloneses, a questão do planejamento familiar era discutida publicamente com grande atraso. Enquanto a questão era apresentada e discutida em nível internacional e nacional, fazia-se uso de diferentes métodos anticoncepcionais. Depoentes apontam a década de 1940 como a de possível presença do uso de métodos contraceptivos orais na comunidade analisada.³³⁵

Participavam dessa rede de informações pessoas com alguma afinidade, como amigas ou comadres e mulheres casadas, que já tinham a experiência parturial ou que estavam próximas de contrair casamento. De maneira geral, as solteiras sem previsão imediata de matrimônio não tinham acesso a essas discussões, como também não tinham as mulheres separadas, sozinhas e viúvas que não apresentassem ligação direta com a composição reprodutiva. Mulheres com relações extraconjugais ou não oficializadas também eram excluídas desse círculo de relações.³³⁶

³³⁵ WENDLING, *O imigrante polonês no Rio Grande do Sul*. p. 49.

³³⁶ GRABOSKI, Suavina. Entrevista realizada em 10 jan. 2005. Erechim.

No grupo étnico analisado, a prática do aborto acabou sendo citada como último ato para dar fim à gravidez. O assunto é tocado com muita restrição pelas depoentes e o infanticídio não foi mencionado; porém, Maria Volt relata ter sido procurada, em várias ocasiões, não somente pelas mulheres, mas também por homens, para facilitar a vinda das “regras”.³³⁷

No aspecto saúde feminina e reprodução, as entrevistadas enfatizam constantemente a ignorância em relação ao sexo e ao corpo de maneira geral, embora esse desconhecimento possa fazer parte de narrativas costumeiramente aceitas, que pretendiam demonstrar o quanto eram inocentes e puras antes do casamento. Desse modo, eram o casamento, as relações sexuais e a gravidez que as colocavam no interior de redes femininas, nas quais, além de adquirir novos conhecimentos, trocavam conselhos, diminuindo suas inquietações na hora do parto, no trato com os bebês e nos cuidados pós-parto.

Na maioria dos núcleos, concepção e contracepção eram temas que permaneciam entre as mulheres. Mesmo sabedoras da dificuldade que implicaria a vinda de mais um filho numa família considerada já numerosa, cabia às mulheres o emprego de métodos contraceptivos, bem como o controle da natalidade familiar. O cuidado com a reprodução era, pois, tarefa feminina, a exemplo de outras etnias.

Toda essa discussão acerca da saúde corporal feminina, incluindo gravidez e partos, foi mantida como “coisas de mulheres”, restritas ao reduto do cotidiano, e transmitidas no interior das redes de relações sociais, o que, por um lado, garantia a permanência de práticas autônomas de controle do corpo – permeadas por representações antigas e balizadas por outras formas de temporalidade; por outro lado, impedia que esse assunto fosse considerado

³³⁷ VOLT, Maria. Entrevista realizada em 10 jan. 2003. Áurea. A depoente informa que as mulheres que buscavam aconselhamento para as práticas abortivas eram, em sua maioria, casadas e apontavam as dificuldades que mais uma criança traria à manutenção econômica familiar.

de relevância pública. Tal conhecimento, com o passar do tempo, foi apropriado e monopolizado pelo saber médico.

A frequência e a necessidade de socialização dessas experiências femininas demonstram a noção que as mulheres polonesas tinham do funcionamento do corpo, bem como a noção da existência de métodos contraceptivos, sua utilidade ou inutilidade. O corpo torna-se, como tantos outros, um lugar de memória, em que essas narrativas são balizadas por marcas corporais.³³⁸ Nesse aspecto, aponta-se o corpo como um desses lugares de memória feminina no qual se encontram inúmeros acontecimentos, nem sempre positivos, porém presentes na arte do cotidiano e com diversos significados.

4.5 Parto e parturientes

Como já assinalado, o parto compôs o cotidiano de grande parte do universo feminino no grupo estudado. Na memória feminina não permaneceram somente marcas positivas em relação ao parto, em decorrência do registro de um número significativo de óbitos ocorridos em tal condição de singularidade feminina.

A mais freqüente causa de morte no momento do parto era a idade avançada das parturientes, pois a maior parte dos óbitos decorrentes de complicações do parto refere-se a mulheres com mais de 35 anos. Acredita-se que o alto índice de mortalidade entre parturientes em idade avançada devia-se à dificuldade de movimentação dos ossos da bacia, pois esses já estariam se calcificando e a cesariana representava um grande risco de infecções e hemorragias.³³⁹ Outros sinais de risco podiam apresentar-se como características do gênero: obesidade, estatura inferior a 1,50m, nova gravidez antes de decorridos três meses do último

³³⁸ PEDRO, Joana Maria. Corpo e controle. *Anos 90. Revista do Programa de Pós-Graduação em História*, Porto Alegre: UFRGS, n. 8. p. 101-107, dez. 1997.

³³⁹ VOLT, Maria. Entrevista realizada em 08 jan. 2001. *Áurea*.

parto, desnutrição, perda de sangue nos primeiros três meses de gravidez, ruptura prematura das membranas e presença de filhos anteriores com doenças ou problemas congênitos.

O trabalho de parto, geralmente acompanhado pela parteira, desenvolvia-se em três fases interligadas. O primeiro estágio dura em torno de 12 horas, quando ocorrem as contrações uterinas, que fazem a cérvix dilatar para que se processe a passagem da cabeça do bebê. A dor e o desconforto nessa etapa são naturais, porque ocorre a dilatação da cérvix, que quanto mais rígida for, mais terá de ser forçada a dilatar pelas contrações uterinas – conseqüentemente, dores serão sentidas com maior intensidade. Era nessa fase que se acionava a parteira.³⁴⁰

Lembra Maria Volt que as complicações mais comuns de parturientes eram as crianças viradas ou partos com muitos enjôos e indisposição física, circunstâncias que condicionavam a parteira a ficar de sobreaviso ainda antes de ocorrerem as primeiras contrações. Pelo tamanho da barriga, desenvolvimento da criança e sinalização da parturiente, obtinha-se a possível data de realização do parto.³⁴¹

O segundo estágio dura, em geral, cerca de sessenta a noventa minutos e inicia quando o bebê aponta a cabeça na cérvix e no canal vaginal. O término dessa fase ocorre quando o bebê emerge completamente do corpo da mãe. Por recomendação da parteira, a parturiente que está preparada sabe que precisa enfrentar cada contração enrijecendo os músculos abdominais, para facilitar a saída do bebê. O bebê nasce, porém, ainda está ligado pelo cordão umbilical à placenta.

³⁴⁰ GRABOSKI, Suavina. Entrevista realizada em 10 jan. 2005. Erechim.

³⁴¹ VOLT, Maria. Entrevista realizada em 10 jan. 2003. Áurea.

Segundo Papalis, é durante o terceiro estágio, com duração de apenas alguns minutos, que o cordão umbilical e a placenta são expelidos.³⁴²

Como já referido, não se chamava o médico para a realização de partos. Essa tarefa cabia ao universo feminino e privado. O auxílio médico-hospitalar ocorria apenas em casos extremos, que evidenciassem a dificuldade do nascimento, colocando em risco a vida da parturiente e do bebê.

Outro aspecto assinalado por depoentes refere-se ao deslocamento do médico até as residências, o que geralmente ocorria nos casos em que se solicitava a sua vinda, sendo o apelo logo atendido. Em se tratando da área rural, o tempo para realizar o percurso duplicava ou triplicava.

Geralmente, o médico utilizava-se da carroça ou do cavalo. Mas, em algumas regiões, sobretudo quando se tratasse de dias chuvosos, que impossibilitavam a passagem de meio de transporte, ia a pé. Em raros casos foi observado o uso do automóvel com motorista, via contratação, com os denominados “autos de praça”.

A título de exemplo, pode-se encontrar um documento onde, em 1º de setembro de 1927, o intendente municipal de Boa Vista do Erechim apresentou em hasta pública uma tabela de preços para a cobrança de corridas, que balizaram também outras vilas e comunidades do Alto Uruguai. O decreto-lei assim se apresentava:

³⁴² PAPALIS, Diane. *O mundo da criança: da infância à adolescência*. São Paulo: Makron Books, 1998. p. 116.

Art. I – Corridas dentro da vila não excedendo a dois Km, ida e volta 8\$000, só levar 5\$000. Corridas ida e volta não excedendo 10 minutos a espera será 8\$000. Sendo mais do que 10 minutos pagará por hora.

Art. II – Corridas em mau tempo, só levar 10\$000, ida e volta 15\$000.

Art. III – Viagens a quilômetro em estradas boas 2\$000 o quilômetro.

Art. IV – Em dias de chuva ou lameadas 3\$000 o quilômetro.

Art. V – Serviço por hora dentro da vila com bom tempo 20\$000 por hora, idem aos dias de chuva 25\$000 por hora.

Art. VI – Corso carnavalesco de 50\$000 á 60\$000 por hora.

Art. VII – Serviço por hora comercial 15\$000 por hora.

Art. VIII – De acordo com o artigo 16 do regulamento do serviço de veículos todo passageiro terá de pagar a desinfecção do auto exigido pelo mesmo artigo acima.

Art. IX – Serviço de noite das 10 horas em diante, corridas, só levar 8\$000, levar e trazer com pequena espera 15\$000.

Art. X – Essa tabela vigora de acordo com o preço da gasolina sendo o custo de 22\$, 23\$, 24\$ e 25\$000.³⁴³

A dificuldade de locomoção também fazia parte do cotidiano das parteiras. Gema Precheski conta: “Minha mamãe, quando saía para fazer atendimento no inverno, avisava em casa que poderia não voltar no mesmo dia. Em dias de chuva, era muito difícil. Atolava a carroça e até as mulas”.³⁴⁴

Documentos informam que, em vários casos, em virtude das dificuldades climáticas e das péssimas condições das estradas, a viagem do médico era longa e resultava em grandes atrasos. Vários casos de nascimento e até óbito ocorreram sem a presença do médico e, geralmente, um membro da família encarregava-se de encontrá-lo e avisar que poderia retornar à sede de seu trabalho, pois não mais seria necessária a presença de um profissional de saúde.

Como já referido, o parto era assunto e preocupação, sobretudo, das mulheres. À medida que se aproximava o parto, o progenitor era avisado para ficar alerta, caso necessitasse buscar a parteira às pressas e, em último caso, o médico. As crianças geralmente iam para a casa de vizinhos ou parentes próximos. A concepção, a gestação e o parto eram

³⁴³ Decreto-Lei de 1º de setembro de 1927, expedido por Coronel Pedro Pinto de Souza, intendente municipal. Boa Vista do Erechim.

³⁴⁴ PRECHESKI, Gema. Entrevista realizada em 08 jan. 2001. Áurea.

envoltos em mistério. Ao retornarem, as crianças eram envolvidas em histórias imaginárias sobre como chegara o novo membro familiar.

A dificuldade no deslocamento de parteiras e parturientes também pode ser verificada em atestados de óbitos, nos quais o depoimento da parteira justificava a morte de mulheres sem o devido atendimento. Em atestado de óbito de Miguelina Cieslak, por exemplo, ocorrido a 07 de abril de 1925, em Treze de Maio, é possível constatar essa afirmativa. No livro de Registro de Atestado de Óbito, o escrivão fez a seguinte observação: “o óbito ocorreu sem assistência médica, pois foi procurada tardiamente. Houve demora na chegada ao Hospital”.³⁴⁵

4.6 Parteiras e atuação nos núcleos coloniais

As parteiras eram consideradas elementos essenciais para cada comunidade. Admiradas e respeitadas pelo seu saber e experiência, transportavam consigo elementos espirituais e físicos. Seus objetos de trabalho compunham uma pequena mala, tesoura, tiras de tecidos, infusões de ervas e, em alguns casos, pomadas de origem quimioterápica.

No aspecto espiritual, eram, em sua maioria, católicas e reportavam-se a imagens sacralizadas pelo catolicismo; levavam consigo orações e objetos religiosos, recomendando seu uso e proximidade, respectivamente, no momento do parto. Volt, por exemplo, apresentou uma oração a Nossa Senhora do Bom Parto e um a Santa Margarida. Essa, abaixo transcrita, a depoente recomendava que fosse repetida durante todo o período da gravidez.

³⁴⁵ Registro Civil. Livro de Óbitos, município de Áurea (1925-1945).

Oração a Santa Margarida
 Protetora das mulheres grávidas e de acidentes imprevistos durante a gravidez.
 Em nome do Pai + do Filho + do Espírito Santo
 Deus de bondade e de misericórdia,
 que a todos nós criastes para salvação eterna,
 que não quer o mal de ninguém,
 peço-vos confiantemente,
 dignai-vos socorrer
 pela intercessão de vossa mártir Santa Margarida,
 cujas virtudes e sofrimentos glorificaram vosso nome.
 Por Nosso Senhor Jesus Cristo.
 Assim seja.
 Repetir 3 vezes:
 Santa Margarida,
 protetora das mulheres grávidas
 que se colocam sob vossa proteção, rogai por nós.
 Santa Margarida,
 sede nossa advogada nas ocasiões difíceis.
 Orar 1 Credo, 1 Pai Nosso e 1 Ave-Maria.³⁴⁶

Em 1934, no Rio Grande do Sul, existiam 33 parteiras elencadas no efetivo de colaboradoras e auxiliares dos serviços clínicos nos estabelecimentos informantes do senso da década de 1930³⁴⁷, número reduzido se considerada a intensa movimentação de tal laborar em todo Estado. A função de parteira, de modo geral, ainda não era oficializada, por isso o número de parteiras era tão pequeno; porém, em todos os núcleos coloniais, havia uma ou mais parteiras.

Datam de 1938 a regulamentação e o reconhecimento do exercício da profissão de parteira. No Decreto N° 7.481, de 14 de setembro de 1938, através do Departamento Estadual de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul, encontram-se três artigos que oficializam e balizam a atuação de parteiras que possuíssem carteira de identidade profissional, expedida pela Secção de Fiscalização Profissional do Departamento Nacional de Saúde. Possuir ou não a carteira de identidade profissional para atuar na parturiência passou, então, a ser obrigatório,

³⁴⁶ Acervo particular de Maria Volt. Áurea.

³⁴⁷ IBGE. *Estatísticas do século XX*. Rio de Janeiro, 2003.

embora, durante muitos anos após aprovação da lei, houvesse ainda uma quantidade significativa de parteiras sem contato algum com esses órgãos oficiais e muitas sem conhecimento sequer da legislação.

Para fins legais, era considerada enfermeira obstétrica ou parteira reconhecida quem possuísse diploma expedido por escola ou estabelecimento hospitalar idôneo, reconhecido por autoridade sanitária, sendo válido apenas para atuação no Estado em que se emitira o diploma ou registro.³⁴⁸

O registro permitia à parteira atuar no acompanhamento de cuidados indispensáveis às parturientes e ao recém-nascido, nos casos normais, devendo, em qualquer anormalidade, solicitar a presença de um médico, cabendo-lhe responsabilidade criminal pelos infortúnios e imperícias de sua intervenção e multa em casos de mau atendimento ou dano à parturiente.

O artigo N° 606 apresentava situações em que as parteiras e enfermeiras obstétricas não deveriam prestar seus serviços:

prestar assistência fora dos casos de urgência às parturientes que não tenham atestado médico prevendo na medida do possível parto normal;

prestar assistência médica a mulheres e crianças fora do período do parto ou realizar qualquer intervenção cirúrgica;

recolher parturientes e gestantes para tratamento em sua residência ou estabelecimentos sob sua direção;

prescrever medicação salvo a que for urgentemente reclamada pela necessidade de evitar ou combater acidentes graves que comprometam a vida da parturiente, do feto recém-nascido até que chegue o médico.³⁴⁹

Em todos os núcleos coloniais, marca espaço na memória a figura das parteiras. Em Treze de Maio, as mais citadas são Ana Elisabete Mizewski e Maria Volt; em Erechim, destaca-se a figura de Elisa Vacchi. A opção por apresentar somente os nomes de parteiras de

³⁴⁸ BRANDÃO, Nadja dos Santos. *Da tesoura ao bisturi, o ofício das parteiras – 1897-1967*. Dissertação de Mestrado em História. PUCRS, Porto Alegre, 1998.

³⁴⁹ Rio Grande do Sul. Decreto N° 7.481, de 14 de setembro de 1938. Porto Alegre: Globo, 1938. p. 172.

dois núcleos deve-se ao grande número de membros dessa categoria funcional. Assim, não raro podem-se encontrar mais de cinco parteiras em cada núcleo.

A parteira Ana Mizewski atuou em Treze de Maio (Áurea), nas áreas urbana e rural, por volta de 50 anos. Aprendeu seu ofício com uma irmã, que era enfermeira e morava em Porto Alegre. Era uma das poucas pessoas da comunidade que viajava, tendo ido a Bento Gonçalves, Curitiba e Porto Alegre. Segundo sua filha, Gema Precheski³⁵⁰, era assídua leitora: lia jornais, como o *Correio Riograndense* e o *Cavaleiro-de-Maria*³⁵¹, escrito em polonês; livros de literatura e revistas em geral. Entretanto, tinha preferência por notícias que se relacionavam à saúde. Realizou mais de dois mil partos, inexistindo óbitos entre suas parturientes. Quanto ao pagamento de seus serviços, não consta que tinha tabela por trabalho efetuado.³⁵²

Já Maria Volt atuou durante 30 anos como parteira, em Treze de Maio e localidades próximas, realizando partos normais em Carlos Gomes, Centenário e Getúlio Vargas. Era filha de Wojciec (Alberto) e Bronislava, naturais da Polônia, e começou sua carreira aos 30 anos, aposentando-se aos 60, ao totalizar 3.026 partos. O diferencial de Maria Volt em relação às demais parteiras de Treze de Maio era sua formação, pois realizara um curso técnico de parteira no Hospital de Caridade, situado em Erechim. Ao terminar o curso, obteve autorização da direção clínico-cirúrgica do instituto para estagiar no estabelecimento, atuando diretamente na área de obstetrícia, o que lhe possibilitou aliar seu conhecimento empírico a práticas e técnicas oficializadas pela medicina local.

No entanto, Maria Volt não se diferenciava somente na forma de se apresentar na sociedade ou quanto a seus métodos, mas, mais incisivamente, por utilizar instrumentos e postura próximas às da medicina oficial. Em depoimento, Volt declara: “na minha sacola

³⁵⁰ PRECHESKI, Gema. Entrevista realizada em 08 jan. 2001. Áurea.

³⁵¹ A entrevistada informa que recebe o *Jornal Cavaleiros de Maria*, até os dias atuais.

³⁵² PRECHESKI, Gema. Entrevista realizada em 08 jan. 2001. Áurea.

levava anaceptil, desinfetante, fio comprado na casa de cirurgia em Erechim, gaze, luvas, mercúrio, pinça, tesoura e roupas brancas. Eu tinha um guarda-pó branco e um chapeuzinho branco. Também levava minha toalha para me limpar as mãos, para ser mais higiênico”.³⁵³ Mesmo em condições mais favoráveis que as demais parteiras locais, Volt ressalta dificuldades quanto a deslocamento e higiene das parturientes, além da baixa remuneração. Nesse sentido, várias depoentes alegam que Maria Volt não fazia partos gratuitamente – e o pagamento deveria ser em dinheiro. Caso a família não disponibilizasse de dinheiro no momento pós-parto, o pagamento deveria ser realizado com o excedente da próxima safra ou venda de algum animal de médio ou grande porte.

Creditam-se a Maria Volt também as primeiras recomendações e encaminhamentos com fins obstétricos aos hospitais da região. Essa atitude, a princípio, gerou estranheza por parte da população, entretanto, posteriormente, foi se difundindo a idéia de que partos difíceis deveriam ser realizados em hospitais, e até mesmo por meio de cesariana. Por circular em espaços de cura alternativas e medicalizadas, Maria Volt foi ocupando espaço significativo no cotidiano dos núcleos coloniais poloneses do Alto Uruguai.

As mulheres encaminhadas para realizar seus partos em hospitais e com auxílio médico deveriam compor o grupo de partos complicados e impossíveis de serem realizados por parteiras. Mesmo que o parto precisasse de serviço médico, em âmbito hospitalar, a paciente ou a família deveria responsabilizar-se pelo pagamento do serviço prestado. Volt explica: “eu não podia me responsabilizar pela conta do tratamento. A indicação era o máximo que eu podia fazer. Se o trabalho fosse comigo, depois se conversava, mas em hospital era diferente. E eu não podia me comprometer, pois poderia ter problemas depois, quando necessitasse de ajuda ou encaminhar mais mulheres”.³⁵⁴

³⁵³ VOLT, Maria. Entrevista realizada em 10 jan. 2003. Áurea.

³⁵⁴ VOLT, Maria. Entrevista realizada em 08 jan. 2001. Áurea.

Volt acrescenta que, em alguns momentos, por causa da gravidade do caso de parturiente e da dificuldade que o marido tinha de compreensão do universo feminino, ela mesma acompanhava todo o procedimento médico, como forma de tranquilizar a família. Sabe-se que a parturiente, quando encaminhada ao atendimento médico, exigia um cuidado maior, pois seu estado de saúde já era preocupante. Acresce-se a isso a série de procedimentos dolorosos e violentos que eram utilizados nos atendimentos médicos. Em muitos casos, havia desconhecimento sobre onde e como cortar, a questão da dor, problemas com hemorragias e como suturar. Essas dificuldades justificaram que os médicos tentassem não se envolver com a “arte obstétrica” por longo período.³⁵⁵

Nessa época, foi comum o uso de instrumentos como fórceps, serras de diversos tamanhos e objetos de perfuração para realização de partos denominados complicados ou de risco. Entre o pudor e a imperícia, essas mulheres e suas questões de saúde foram retiradas do espaço privado, para receberem os médicos com resistência no momento de sua atuação. As parteiras eram mais aceitas por uma questão de tradição e porque, sendo mulheres, dividiam as mesmas inquietações, além de se inserirem num grupo de objetivos comuns, pelo contato com as parteiras mais velhas, guardando segredos e mantendo laços de amizade.

Se, durante o século XIX, o saber médico aplicado na realização de cesarianas compunha-se da extirpação total do útero e a regra era optar entre mãe ou filho em casos de partos difíceis, no século XX, novas técnicas e conhecimentos seriam adotados. Segundo Thorwald, a descoberta da infecção de febre puerperal no processo pós-parto e das febres repentinas, acrescida dos cuidados assépticos, contribuiu significativamente para a evolução

³⁵⁵ WEBER, *As artes de curar: medicina, religião, magia e positivismo na República Rio-Grandense (1889-1928)*. p. 195.

nos processos obstétricos e a diminuição de óbitos em parturientes com atendimento médico.³⁵⁶

As primeiras cesarianas realizadas na região do Alto Uruguai ocorreram nas cidades de Getúlio Vargas e Erechim. Caleffi³⁵⁷ cita como primeiro cirurgião da região o médico Gallichio, que se transferiu para o município de Paim Filho, na década de 1920. Segundo informações orais³⁵⁸, cabe a esses dois profissionais – Caleffi e Gallichio - o pioneirismo em utilizar como procedimento cirúrgico a anestesia, método adotado nas cesarianas e nas operações de apendicite, fibromas e hérnia.

Nessa época, bibliografia referente à anatomia do aparelho reprodutor era rara e, em sua maioria, oferecida com um valor elevado, o que levava parteiras obstétricas e até médicos a adquirirem materiais de cunho amplo e generalizado. Entretanto, encontram-se exemplares dispersos por algumas regiões do Rio Grande do Sul, como o de autoria de Antônio Valeta, que apresenta um capítulo intitulado: “Saúde da mulher”. A obra apresenta o conceito de diversas enfermidades e diagnósticos, além de figuras que apresentam grande parte dos órgãos e tecidos que compõem o organismo humano.

³⁵⁶ THORWALD, Jurgen *O século dos cirurgiões*. São Paulo: Hemus, [s.d]. p. 223.

³⁵⁷ CALEFFI, Ângelo Luiz. Entrevista oral, 1985. p. 15.

³⁵⁸ Depoimento concedido ao professor Enori José Chiaparini. Arquivo Histórico Municipal Juarez Miguel Illa Font de Erechim, março de 1985.

Estudo Anatomico da mulher

1. Cerebro.
2. Cerebelo.
3. Corpo caloso.
4. Medula oblongada.
5. Laringe.
6. Traquea.
7. Esôfago.
8. Pulmão.
9. Vasos sanguíneos dos pulmões.
10. Arcos da aorta.
11. Aorta.
12. Cordão principal do grande simpático.
13. Rama esofágica dos nervos internos.
14. Fígado.
15. Vesícula biliar.
16. Estômago.
17. Baço.
18. Rim.
19. Intestino grosso.
20. Seção descendente do grosso.
21. Seção romana do grosso.
22. Circunvoluções do intestino delgado.
23. Útero ou Matriz.
24. Ovario.
25. Oviduto ou tubo.
26. Bexiga.
27. Glândula mamária interna com lóbulos e condutos láteos.

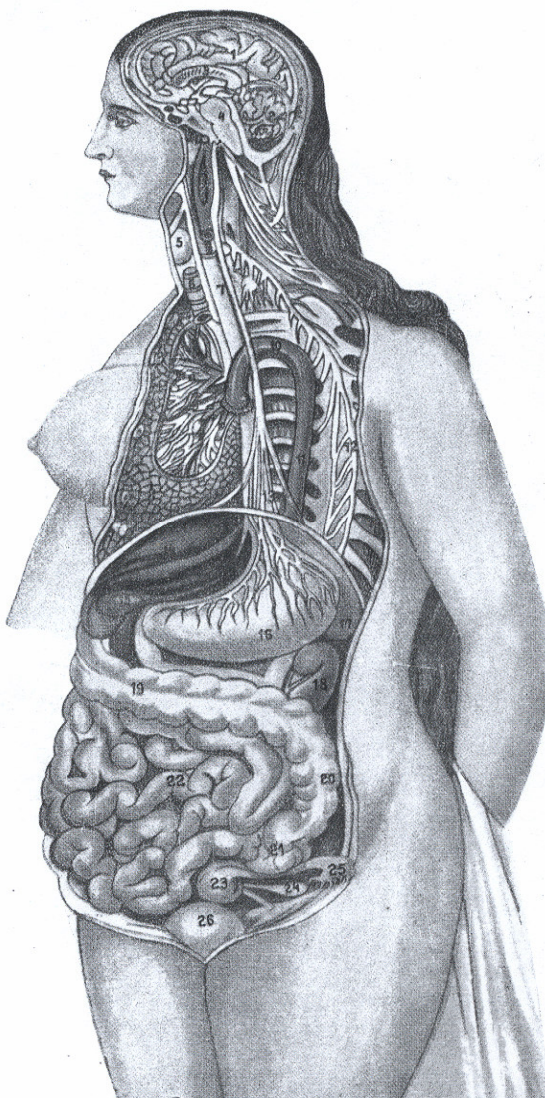


Figura 10 – Estudo Anatômico da Mulher. Fonte: VALETA, Antônio. *Clinica naturista*. Moderno sistema de cura natural. Montevideu: Editora Higiene e Saúde, 1938. p. 308.

O hospital somente era procurado em casos extremos, como já referido. Porém, em vários casos, mesmo o equipamento hospitalar e o médico não conseguiam mais contornar a situação. O Livro de Óbitos apresenta o caso de Estanislava Ostrovicz, falecida em 19 de agosto de 1937, parturiente com 20 anos, atendida no Hospital São Roque, de Getúlio Vargas, na região do Alto Uruguai.³⁵⁹ Registra-se que a jovem paciente, ao adentrar no recinto de

³⁵⁹ Registro Civil. Livro de Óbitos, município de Áurea (1925-1945).

tratamento, encontrava-se desfalecida em razão da demora na busca de providências e por se tratar de parto complicadíssimo.

Nas observações do prontuário, o médico assinala que o parto teria iniciado já na estrada (dentro da carroça), durante o percurso, porém o bebê, não encontrando forças para sair sozinho, ficara trancado na bacia da mãe, o que lhe ocasionara a morte, provavelmente por asfixia involuntária. Ao atendimento médico coube apenas serrar a bacia, retirar a criança e expedir atestado de morte para ambos, tendo sido assinalada como a causa de morte complicação do parto.³⁶⁰

4.7 Tifo – a moléstia polonesa

Nos núcleos coloniais, o tifo foi considerado doença importada que atacou endemicamente a comunidade. Escreve Wachowicz: “O resultado devido à subalimentação do povo foi o surgimento de epidemias de tifo, cólera e disenteria, que grassaram nas décadas de 1840 e 1850”.³⁶¹ Doença infecciosa, veiculada por parasitas, como, por exemplo, piolhos, o tifo exterminou muitas vidas na Europa e na América.

Nesse contexto, a propagação do tifo pela ingestão de água contaminada era mencionada correntemente. Thomaz Mariante, médico colunista do jornal *Diário de Notícias*, assinala: “É sem dúvida, pela água que mais habitualmente eles chegam até nós; portanto é com esta que devemos ter o maior cuidado, [...] são as de fonte, porque, traiçoeiras, com seu aspecto límpido e transparente, dão a ilusão de pureza, quando na realidade, são verdadeiros caldos de cultura, da flora microbiana abundantíssima”.³⁶²

³⁶⁰ Registro Civil. Livro de Óbitos, município de Áurea (1925-1945).

³⁶¹ WACHOVICZ, Ruy Christovam. *O camponês polonês no Brasil: raízes medievais da mentalidade emergente*. Curitiba: Tese, 1974. p. 109.

³⁶² Diário de Notícias. Porto Alegre, 03 de março de 1925.

Conhecido no meio científico como riquetsioses, o tifo pode se expressar de diversas maneiras, pois se trata de um conjunto de doenças causadas pelas bactérias do gênero *Rickettsia*. A miséria humana constitui o ambiente ideal para a proliferação do tifo, razão de ligação com países pobres, campos de refugiados, de concentração ou episódios trágicos da história, como as guerras. Entre seus tipos principais, destacam-se o tifo exantemático, ou epidêmico, e o tifo murino, ou endêmico.³⁶³

O tifo epidêmico é a espécie mais comum, causado pela bactéria *Rickettsia prowaseki,-i*, geralmente transmitido pelo piolho. A doença estabelece-se quando se coça o local picado pelo parasita, e suas fezes, que contêm a bactéria, misturam-se com a ferida, permitindo à *Rickettsia* entrar na corrente sangüínea. Os principais sintomas do tifo exantemático são dores nas articulações, forte dor de cabeça, febre alta, que pode evoluir para um quadro de delírio e erupções cutâneas hemorrágicas.³⁶⁴

Já o tifo murino, assim como ocorre na peste, é comum entre ratos, sendo transmitido para o homem somente quando há um grande número de roedores contaminados (epizootia), o que obriga a pulga *Xenopsylla cheopis* a buscar novos hospedeiros. O causador da doença é a bactéria chamada *Rickettsia mooseri*, e os sintomas são praticamente os mesmos do tifo epidêmico, porém mais brandos. O tratamento também é semelhante.³⁶⁵

Nascimento Júnior apresenta o tifo do sul do Brasil como procedente das hospedarias de imigrantes poloneses, e a falta de hábitos higiênicos seria a principal causa. Na primeira epidemia, em 1889, dos mais de 500 poloneses, entre homens, mulheres e crianças, faleceram 220, sendo dois terços de mortandade entre as crianças.³⁶⁶ A menção do tifo como moléstia polonesa deve-se, segundo Le Goff, não somente às diversidades climáticas e subalimentação,

³⁶³ BRAUNWALD, Eugene. *Manual de medicina*. 15.ed. Rio de Janeiro: UFF, 2002. Seção I.

³⁶⁴ Id.

³⁶⁵ NAVA, Pedro. *Capítulos da história da medicina no Brasil*. São Paulo: Ateliê Editorial, 2003. Capítulo V

³⁶⁶ NASCIMENTO, Júnior. *Paranaguá e a estrada de ferro*. Álbum comemorativo do cinquentenário da estrada de ferro do Paraná. Curitiba: Impressora Paranaense, 1935.p. 96-97.

mas por ser a Polônia e a Lituânia os locais onde se encontravam residentes os primeiros indivíduos contaminados e levados a óbito na luta contra o tifo.³⁶⁷

O tratamento do tifo geralmente ocorria em espaço domiciliar. A enfermidade acresceu significativamente o número de óbitos, na combinação morte resultante de doença. Todavia, os casos de tifo resultantes em óbito com acompanhamento médico-hospitalar foram poucos.³⁶⁸

Infusões de ervas, boa alimentação e repouso eram procedimentos seguidos como práticas cotidianas entre os poloneses. Adultos, crianças e idosos terminavam sendo infectados. Há casos de famílias inteiras ceifadas pelo tifo, como a família Viadeski, que, em 1931, perdeu cinco membros: os filhos Leonardo, 23 anos; Vitória, 20; André, 19, e José Viadeski Filho, 18, em outubro de 1931, e o pai, José Viadeski, com 61 anos, falecido em 07 de novembro do mesmo ano.³⁶⁹

Os sintomas mais comuns eram: febre, disenteria, suadores, dores de cabeça e no corpo, erupções cutâneas. Segundo Trajano Reis, a disenteria também teria sido trazida para o Brasil pelos “polacos”. No final do século XIX, o germe teria chegado com os navios de imigrantes poloneses, espalhando-se rapidamente pelos Estados do Paraná e do Rio Grande do Sul. A doença aparecia com mais frequência no verão, de janeiro a abril, desaparecendo gradualmente no decorrer do ano. A disenteria era acompanhada da desidratação, levando, sobretudo, as crianças à morte.³⁷⁰

Os óbitos infantis nos núcleos coloniais poloneses foram grandes. Em virtude da desinformação do grupo, muitos padeceram sem nem sequer saber do que morriam. As relações estabelecidas perante as enfermidades que mais geraram mortes – sintomatologia,

³⁶⁷ LE GOFF, Jacques. *As doenças têm história*. Lisboa: Terramar, 1997. p. 174.

³⁶⁸ Registro Civil de Áurea. Livro de Óbitos, período 1925-1945.

³⁶⁹ Registro Civil de Áurea. Livro de Óbitos, período 1925-1945.

³⁷⁰ REIS, Trajano Joaquin dos. *Elementos de higiene social*. Curitiba: Imprensa Paranaense, 1894. p. 76.

diagnóstico e práticas de cura – geralmente se assemelhavam, o que prejudica ainda mais a elaboração de uma base estatística com relação aos óbitos nesse grupo étnico.³⁷¹

Por causa do grande número de óbitos causados pelo tifo, vários meios de comunicação, especialmente os jornais, designaram parte de seus escritos para auxiliar no combate ao mal. Como exemplo, cita-se o *Diário de Notícias*, que, no ano de 1925, imprimiu mais de 25 notas referentes à temática, dentre elas a reportagem de 26 de março de 1925, sob o título “Para evitar a febre typhica”³⁷², abaixo transcrita:

Não beber senão água pura e rigorosamente filtrada ou, ainda melhor, fervida.

Ter cuidado com o leite, que também pode transmitir o bacilo e, por isso, não pode ser tomado cru.

Não comer verduras cruas, porque podem estar contaminadas pelas águas de irrigação ou pelo próprio solo.

Não sentar a mesa se não tiver lavado cuidadosamente as mãos. As cozinheiras devem ter o máximo asseio no preparar as refeições.

Os doentes de febre tifóide devem ser cuidadosamente isolados. Só devem entrar em contato com eles as pessoas encarregadas do tratamento. As suas dejeções são perigosas, porque contém germes em abundância; devem ser pois desinfetadas. Da mesma maneira se deve proceder com a roupa e com todos os objetos de uso.

Não apenas os doentes podem transmitir a moléstia. Os convalescentes apesar de curados da infecção, ainda podem conter e expulsar bacilos virulentos.

As preocupações devem, pois, estender-se não só aos doentes, mas aos convalescentes e as pessoas que com eles estiveram em contato.

A vacinação preventiva é um recurso aconselhável, principalmente às pessoas que, por qualquer motivo, se achem particularmente expostas à infecção.

Após meados da década de 1930, com a utilização do DDT, iniciou-se o controle e a prevenção do tifo. Entretanto, foi somente no final da década de 1950 que a população pôde usufruir dos benefícios de antibióticos, também na tentativa de amenizar ou exterminar o mal do tifo. A doença permaneceu atacando diversas regiões do Rio Grande do Sul, mas de forma mais branda e com índice menor de óbitos.

O controle e a diminuição de casos dessa moléstia no Estado também foram divulgados pela imprensa. Como exemplo, pode-se citar nota publicada no *Diário de Notícias*:

³⁷¹ IBGE. *Estatísticas do século XX*. Rio de Janeiro, 2003.

³⁷² *Diário de Notícias*, Porto Alegre, 26 de março de 1925. Arquivo Municipal Juarez Miguel Illa Font. Erechim.

A febre tifóide, quase endêmica entre nós, diminuiu consideravelmente e, como prova disso, basta verificar o movimento na Santa Casa de Misericórdia [...] no 1º semestre de 1928 registraram-se 183 casos, no 2º 250, para no 1º semestre de 1929 – 190 e no 2º 54. A diminuição e controle coincidem com medidas profiláticas postas em prática pelas autoridades sanitárias.³⁷³

4.8 Relações sociais estabelecidas na busca de cura para as doenças

Se a existência é, em primeiro lugar, corporal, é no corpo de cada indivíduo que a passagem do tempo ganha singularidade e efetiva-se nas práticas cotidianas. Por isso, é pela preservação da vida e do corpo que se manifestam as práticas cotidianas de cura. Não obstante, se há um lugar em que as diferentes atitudes cotidianas imprimem seus códigos de conduta de maior rigidez e com maior eficácia, esse lugar é a conformação corporal dos indivíduos.³⁷⁴

Falar em cura significa dirigir-se a todas as formas pelas quais os homens pensaram e combateram a doença através dos tempos. Tais formas apresentavam-se pelo viés religioso, pelos tratamentos caseiros, pelas práticas empíricas e pela medicina. Nos núcleos coloniais poloneses, segundo a documentação consultada, várias foram as enfermidades que se consumaram, bem como as atitudes estabelecidas na busca da cura. Num primeiro momento, os dados estatísticos representam uma diminuta parcela de contribuição na análise do cotidiano desse grupo social.

Sabe-se que a doença e a busca de sua cura são campos do cotidiano. É dessa perspectiva que se busca considerar as formas como a cura, a doença e os agentes de cura foram percebidos e vividos neste grupo humano. Apesar de representativa, essa classificação não é absoluta, pois se percebe que, no caso de estudo das doenças, por exemplo, não é possível identificar todas as atitudes geradoras na busca da cura. Independentemente do foco

³⁷³ *Diário de Notícias*, Porto Alegre, 1º de janeiro de 1930. Arquivo Municipal Juarez Miguel Illa Font. Erechim.

³⁷⁴ SOARES, Carmen (Org.). *Corpo e história*. Campinas: Autores Associados, 2001. Capítulo I.

que se pretenda analisar, a busca pela cura marca nos grupos sociais um espaço de permanência e de transformação no cotidiano humano, designando aos indivíduos uma condição de sujeitos do seu tempo.

É por isso que não basta abordar os procedimentos de cura como elementos anônimos, dissociados do cotidiano; torna-se, sim, imprescindível pensar a cura, os doentes e as enfermidades como algo real, existente no dia-a-dia, mesmo que tenham deixado estigmas ou atingido seu extremo, a morte. Segundo Goffman, podem-se mencionar três tipos diferentes de estigmas: o primeiro relaciona-se às deformidades físicas; o segundo, às culpas construídas em virtude de atos individuais – “vontade fraca, desonestidade, vício e alcoolismo” –; o terceiro associa-se a traços transmitidos em face de uma mesma linguagem, capaz de contaminar por igual todos os membros de uma família.³⁷⁵

No aspecto estigma, podem-se elencar as enfermidades emocionais e físicas que se fizeram presentes entre os imigrantes poloneses. O maior índice encontra-se, de forma mais incisiva, na segunda forma enfatizada pelo autor. Ao abordar o elemento estigma em enfermos, Ellias afirma que sua decadência os isola, de modo a tornarem-se pessoas menos sociáveis e seus sentimentos, menos calorosos. Com isso, ocorre o gradual esfriamento de relações com as pessoas a que eram afeiçoados. Essas características tornaram-se visíveis entre os imigrantes poloneses, haja vista uma imagem trazida da Europa, de que as doenças os distanciariam do convívio familiar e os impossibilitariam de prosseguir na administração das atividades cotidianas, incluindo o trabalho. A enfermidade afasta a esperança, o desejo de prosseguir com a evolução material – no caso da imigração polonesa, o cultivo e o desenvolvimento das propriedades agrícolas.

³⁷⁵ GOFFMAN, Erwing. *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. Rio de Janeiro: Zahar, 1980. p. 14.

Entretanto, foi a partir do século XX que as doenças passaram a ser visualizadas como um mal social, o que não significou esforços do poder público no sentido de ampliar a melhoria da infra-estrutura de saúde à maior parte das colônias de imigrantes. Não raro, o culpado pelo adoecimento aparecia como sendo o imigrante, pois em grande parte do tempo não dispunha de boas condições de moradia e higiene. Nesse sentido, as deficiências e adversidades eram sentidas por todos os imigrantes, mas de maneiras diferentes.

Os imigrantes poloneses recebiam essas adversidades com maior impacto, justamente por ocuparem as terras mais longínquas e de difícil cultivo, por causa das imposições geográficas e das dificuldades no escoamento da produção.³⁷⁶ Analisando esse referencial, pode-se assinalar que os imigrantes poloneses estavam mais suscetíveis ao contágio das doenças, principalmente as que derivavam da baixa imunidade, pois, como moravam em regiões distantes de médios e grandes centros, estavam desprovidos dos bens coletivos e, na maior parte das vezes, tinham longa jornada de trabalho, com grande exigência física, eram expostos às mudanças climáticas e, em vários casos, sofriam com má ou reduzida alimentação.

As práticas de cura utilizaram-se da medicina natural e científica, bem como de seus procedimentos e medicamentos. Dentre os medicamentos quimioterápicos, é possível apresentar:

Tabela 3 – Lista de remédios oferecidos pela imprensa no Rio Grande do Sul

Remédio	Indicação	Tipologia	Fabricação/distribuidor
Amina-Zin	Desnutrição	Líquido	Rio de Janeiro

³⁷⁶ GRITTI, *Imigração e colonização polonesa no Rio Grande do Sul*. A emergência do preconceito. p. 85-120.

Cazeon	Diarréia	Líquido	Porto Alegre e Pelotas
Gotas Indianas	Pulmões	Líquido	Porto Alegre
Hustenil	Bronquite e coqueluche	Líquido (Gotas)	Rio de Janeiro
Lactovermil	Vermes	Líquido	Rio de Janeiro
Lebertran "A"	Anemia e pré-tuberculose	Líquido	Rio de Janeiro
Leite Infantil	Anemia e ausência do leite materno	Pó	Rio de Janeiro e São Paulo
Licor de Cacau	Vermes	Líquido	Porto Alegre
Nutril Xavier	Tônico	Líquido	Porto Alegre
Pastilhas Gutturraes	Doenças respiratórias	Comprimido	Rio de Janeiro
Peitoral do Amigo Pelotense	Doenças respiratórias	Líquido	Pelotas
Pepsil	Vômito e dispepsia	Líquido	Rio de Janeiro
Pílulas do Dr. Ayer	Depurativo	Comprimido	Porto Alegre
Pomada Santa Lúcia	Assaduras, feridas e sarna	Creme	Porto Alegre
Tônico Infantil	Anemia e raquitismo	Líquido	Rio de Janeiro
Xarope de Bromélia Fischer	Pulmões	Líquido	Porto Alegre

Fonte: Jornal *Diário de Notícias*, Porto Alegre, 1925-1945.

4.8.1 Benzeduras e benzimentos

Desde antes de Hipócrates, até o presente, quando considerados os avanços trazidos pelo tempo, a busca pela cura por meio do conhecimento empírico marca as gerações. Esse conhecimento geralmente é apresentado por meio de procedimentos de cura populares, por mãos de benzedoras. As práticas de cura popular não existem em oposição à medicina, mas, sim, como adjacentes; são saberes criados pela experiência e preservados pela tradição, os quais sempre buscam um espaço na cultura dos povos, com surgimento anterior ao advento da medicina como conhecimento acadêmico e científico.

Segundo Brandão, ao recorrer a benzeduras o homem age por medo do desconhecido, da morte, da doença, do mau-olhado e até do feitiço³⁷⁷; porém, sua maior utilidade gera-se no campo da cura. A chegada de uma enfermidade criava no meio familiar, e até comunitário, uma série de inquietações, pois pouco se sabia sobre corpo e doença. Geralmente não era possível distinguir uma moléstia individual do início de uma epidemia; um resfriado, de uma doença fatal; formas benignas de catapora, das odiosas bexigas. Em razão desse

³⁷⁷ BRANDÃO, Carlos Rodrigues. *A cultura na rua*. Campinas: Papiros, 1989. p. 8.

desconhecimento, muito facilmente atribuíam-se às doenças características sobrenaturais, as quais fugiam da compreensão das formas de tratamento conhecidas dos homens.³⁷⁸

Nessa fase, constata-se a busca da cura por meio de milagres, orações e rituais, tornando-se momentos que passavam a compor o cotidiano enfermo. Primeiramente, os imigrantes tentavam a cura em casa, com benzeduras, chás e repouso. Benzimento, chá de ervas, quebranto e simpatia são alguns objetos e práticas pertencentes à cultura popular que pontilham o cotidiano de uma determinada sociedade. Entre os imigrantes poloneses, os procedimentos, os rituais e a quantidade de benzeduras dependiam da moléstia que se instalara no organismo; tentava-se com esses recursos amenizar a dor, o sofrimento e, também, em alguns casos, impedir a chegada da morte. Acompanhando as benzeduras, utilizavam-se também o aconselhamento e a experiência dos mais vividos, o uso de procedimentos já utilizados e repassados através da tradição e sugestões de “cardápios para doentes”.

Segundo Witter, a categoria de benzedeadas é composta por indivíduos que congregam em si saberes tradicionais da cultura popular, de origem ancestral, passados de pai para filho, adaptados e mesclados aos conhecimentos adquiridos a cada geração, podendo até mesmo assimilar técnica e terapias da medicina oficial.³⁷⁹ Nos núcleos poloneses, eram chamadas benzedeadas todas as mulheres que curavam utilizando-se de infusões, orações e preces ritualizadas, operacionalizando-se por meio de uma mescla de religiosidade e sincretismo. Várias eram as razões que levavam a que a população procurasse por benzedeadas e benzeduras. Uma delas era o envolvimento freqüente da família no diagnóstico e no tratamento, pois o foco de atenção não era somente ao enfermo, mas também à reação dos familiares.

³⁷⁸ WITTER, Nikelen Acosta. *Dizem que foi feitiço: as práticas de cura no Brasil (1845-1880)*. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2001. p. 183.

³⁷⁹ Id. p. 90-91.

Outra razão está no fato de o procedimento da cura ser indolor. A medicina das benzedadeiras não compreendia os procedimentos utilizados por enfermeiras e médicos, bem como desconhecia o funcionamento dos produtos quimioterápicos. Na sua rotina, não raro o procedimento mais rude que recomendavam era a ingestão de líquidos amargos, ao passo que médicos ofereciam tratamentos agressivos e dolorosos, como a amputação, a cirurgia, o isolamento dos doentes, as sangrias e as purgas. Também se pode citar como fator que favorecia a procura por benzedadeiras a questão financeira, pois o pagamento era relativamente acessível a todas as categorias, além de poder se concretizar com produtos provenientes do meio rural – carnes, cereais, frutas, legumes, leite, pequenos animais – ou serviços – mão-de-obra.

Deparando-se com um leque de inquietações e dúvidas que lhe eram encaminhadas, as benzedadeiras desenvolveram práticas de cura heterogênea, porque a forma como se dá a organização social de seu ofício – trabalho individual, artesanal, com consultório próprio – não se subordina à de outras benzedadeiras. Ela assume os riscos e utiliza-se dos desafios de suas práticas e aplica sua criatividade às experiências. Vários elementos são mobilizados nos pacientes quando as benzedadeiras curam doenças, prescrevem orientações dietéticas, encaminham questões amorosas, dissipam sofrimentos, iluminam infortúnios por meio de rituais de cura, de ações reguladoras e de interdições simbólicas. Quando benzedadeiras atuam nas doenças, por meio de uma intensificada interação entre as representações das doenças e formas de cura, elas perpassam vários níveis explicativos, que se apresentam interconectados, para compreender o sentido da doença e alcançar as causas últimas do adoecer.

Transitando entre mundos – o transpessoal e o ordinário –, a benzedeira reordena/reequaciona o real para um plano transcendente, porque transpõe seu estoque terapêutico inicial (função social), recriando permanentemente seu significado original, fazendo-o tornar-se significante. No ato, ela recoloca permanentemente os sentidos da doença; produz, recria,

amplia, substitui fórmulas, resgata a dimensão mítica ao real – na medida em que seus deuses passam a compor o imaginário da população do conhecimento sobre o mundo sobrenatural –, e sua humanidade parece ser reconstruída numa noção muito própria de tempo, história, puro-impuro, sagrado-profano.

4.8.2 Infusões e Remédios

Os rituais de cura realizam-se mediante complexos mecanismos de preparação: a sacralização, a disposição do altar e a orientação temporal e espacial dos objetos rituais (água, ervas, imagens sacras, velas). As pessoas escolhidas para a realização dos rituais de cura nos núcleos coloniais foram as benzedeiros, porém sabe-se que também marcou presença no grupo em estudo o aconselhamento objetivando a busca de cura, realizado pelo pároco local. Todos esses procedimentos implicam processos de reconhecimento social, inseridos na cotidianidade local.

Nesses dois pólos da relação de cura apresentam-se não apenas as dimensões imanentes, mas também as transcendentais, como a potencialidade da benzedeira, o sujeito da cura, as mediações ideais que conectavam esses dois pólos, os suportes mediadores e a compreensão de mundos que se tangenciavam, articulavam, ultrapassavam e, não raro, tornavam-se realidades místicas.

É com a sacralização do espaço que surgem as exigências de que os elementos reais da natureza se inscrevam e marquem presença nesse cenário. Água, óleos, plantas e sal articulam-se numa relação ideal-real e colocam em questão a dualidade presente entre aquilo que seria compreendido como o mágico-religioso e o empírico-racional, não como fenômenos

de dois tempos cindidos, mas como tempo articulado. O uso de elementos da natureza, representados principalmente por meio das plantas, marca espaço nos processos de cura desde os tempos primitivos.

As plantas medicinais são abundantes em todo país e delas se utilizam cascas, folhas, flores e frutos. Foram aplicadas em forma de banho, cataplasmas (medicamentos em papa, utilizando como elemento essencial a banha), cozimento, garrafadas (mistura de ervas armazenadas em cachaça ou vinho branco), macerações (apenas esmagadas e colocadas em solução de água), purgantes, suadores, unguentos e vomitórios.³⁸⁰ Diversas foram as plantas utilizadas para o benzimento e nos processos de cura. Podem-se citar como favoritas as ervas aromáticas, classificadas como calmantes: avenca, capim-cidrô, camomila, cidreira, folhas de laranjeira, funcho, manjerona, picão, sálvia, entre outras. A indicação dava-se a partir de constatada a moléstia. Para cada enfermidade, física ou não, existia uma deliberação, que poderia ou não ser seguida pelo enfermo. Entretanto, era comum as benzedadeiras alertarem para a necessidade de confiança total nos procedimentos e de certeza mental de cura (fê), para que ela de fato se processasse.³⁸¹

Para as doenças mais comuns, as indicações de cura poderiam ser mais de uma. Para problemas do aparelho respiratório, enfermidade de forte presença nos núcleos coloniais poloneses, podia-se encontrar uma quantidade significativa de encaminhamentos de infusões e recomendações para a cura, dentre as quais pode ser citado um procedimento geralmente indicado para curar bronquite, cujos ingredientes eram: água, açúcar, ervas (folhas de avenca, laranjeira, manjerona, sálvia, raiz de cidreira) e mel. Segundo Alegretti, todos os ingredientes deveriam ser cuidadosamente higienizados e postos a cozinhar, por 20 ou 30 minutos ou até as folhas murcharem. Ao término do cozimento, o líquido viscoso deveria ser armazenado em

³⁸⁰ ALEGRETTI, Elisabetha Zielak. Entrevista realizada em 22 ago. 2005. Erechim.

³⁸¹ GRABOSKI, Suavina. Entrevista realizada em 10 jan. 2005. Erechim.

recipiente bem fechado e ingerido de três a quatro vezes por dia, dependendo do estado do paciente. A melhora do estado do enfermo é que conduziria à suspensão do tratamento.³⁸²

Acrescidas à ingestão do xarope, também existiam precauções que deveriam ser seguidas de forma rígida. Para a bronquite, recomendava-se ainda: manter boa alimentação, evitar o vento, suspender os banhos de corpo inteiro e agasalhar-se adequadamente. Mesmo com a visível melhora do enfermo, aconselhava-se fossem seguidas as recomendações por, no mínimo, uma semana, para evitar recaída.³⁸³

A recaída é explicada por Valeta da seguinte maneira: “Depois de se ter padecido uma doença aguda, um tifo, um sarampo ou pneumonia, é o retorno da doença por descuido ou imprudência do doente. E são sempre as recaídas piores que a mesma doença sofrida, porque já não se conta com as mesmas forças, a vitalidade e as gorduras que se gastaram como reserva”.³⁸⁴ Para Alegretti, a recaída representava um grande risco, razão por que se recomendava que, uma vez terminada a febre, a tosse e a dor no peito, devia-se deixar que passassem dois dias, pelo menos, para comer normalmente e retomar as atividades cotidianas, vagarosamente.³⁸⁵ Já Valeta acrescenta que, em casos de recaída, dever-se-ia comer bem, da mesma forma que um sadio, pois corria-se o risco de empanturrar o enfermo e “todos sabem que ninguém morre de fome, mas de indigestão muitos!”³⁸⁶

Na manipulação de ervas e na elaboração de remédios, indicava-se o uso de plantas e recipientes sempre perfeitamente higienizados, bem como a substância utilizada como base para a sua fabricação, fosse água, banha, cachaça ou vinho. A dosagem e a quantidade eram recomendadas a partir do reconhecimento da enfermidade e das condições físicas e emocionais do doente. Alegretti lembra que, para as crianças, era necessário cuidar que chás

³⁸² ALEGRETTI, Elisabetha Zielak. Entrevista realizada em 22 ago. 2005. Erechim.

³⁸³ ALEGRETTI, Elisabetha Zielak. Entrevista realizada em 22 ago. 2005. Erechim.

³⁸⁴ VALETA, *Clínica naturista*. Moderno sistema de cura natural. p. 556.

³⁸⁵ ALEGRETTI, Elisabetha Zielak. Entrevista realizada em 22 ago. 2005. Erechim.

³⁸⁶ VALETA, *Clínica naturista*. Moderno sistema de cura natural. p. 556.

ou xaropes não fossem muito amargos ou azedos, pois isso impossibilitaria que a família realizasse adequadamente o tratamento. Sempre que possível, procurava-se oferecer um tratamento sem dor e sofrimento.

Entretanto, nem todos os tratamentos poderiam ser assim administrados. Como exemplo, a depoente cita o amarelão (ancilostomíase), doença muito comum nas crianças polonesas, para cuja cura o cozido deveria ser forte, principalmente se a doença já estava em estado avançado. Vários eram os elementos utilizados, como açúcar mascavo, canela, cravo, folhas de coqueiro, funcho, picão, pregos enferrujados, suco de beterraba e vinho. Todos esses ingredientes, devidamente cozidos, resultariam num xarope que deveria ser armazenado em local seco e com pouca luz, e ministrado à criança de duas a três vezes por dia.³⁸⁷

Cataplasmas e pomadas também faziam parte do dia-a-dia das benzedadeiras. Para sua fabricação utilizavam gordura animal, geralmente de suínos, e cera de abelha, acrescidas de ervas variadas, como arruda, confrei, erva-de-bicho, malva e pata-de-vaca.

As fraturas também eram tarefas para as benzedadeiras, ou para arrumadores de osso, utilizando-se a tala e a imobilização do órgão atingido. As talas poderiam ser de madeira ou taquara (bambu), envolvidas por faixas estreitas de tecidos. As tiras de tecidos também eram usadas em suturas, nos casos de cortes profundos e hemorragias. Tinha-se preferência por tecidos brancos ou de cores claras, pois facilitavam a visualização, caso o fluxo sanguíneo não estancasse. Fraturas, luxações e torções em crianças eram tratadas com maior cuidado, segundo Kessler, pois, se os ossos não fossem bem arrumados, poderia haver prejuízo e vergonha para elas quando crescessem.³⁸⁸

Dos raros apontamentos referentes à procura médica para casos de fraturas e luxações, pode-se encontrar em documentação do Departamento de Higiene e Saúde de Erechim, datado

³⁸⁷ ALEGRETTI, Elisabetha Zielak. Entrevista realizada em 22 ago. 2005. Erechim.

³⁸⁸ KESSLER, Vicente. Entrevista oral, em 10 set. 2003. Áurea.

de 08 de agosto de 1938, um pedido de restituição de materiais ou valores referentes a cirurgia realizada em Passo Fundo, no Hospital São Vicente de Paulo, na qual um “polaco” utilizara-se de serviço cirúrgico e haviam sido consumidos no ato: três ampolas de óleo canforado, álcool, tintura de iodo, solução de mercúrio cromo, gazes esterilizadas, sinalgan, luvas cirúrgicas, balsofórmio, catgut, agrafes, solução de oxicianur, duas ampolas de morfina e uma caixa de iodo-bisman. O grande consumo de materiais fora provocado pelo agravamento do caso, bem como pela dilatação do tempo de mão-de-obra de cirurgião; por isso buscava-se a restituição.³⁸⁹

Também era comum a confecção de colares e pulseiras contendo elementos da natureza, os quais, em contato com o organismo, auxiliariam no processo de cura. Esses objetos eram de fabricação caseira, com aspecto simples, utilizando-se elementos como grãos de cereais, folhas e cascas de plantas. Recomendava-se um colar de linha fina de costura, contendo duas ou três voltas, onde eram agregados grãos de cereais e folhas de eucalipto para diminuir o chiado no peito. Os objetos raramente eram administrados sozinhos, vinham acompanhados de cataplasmas, xaropes e demais recomendações.³⁹⁰

Além das plantas medicinais, outros objetos estavam incorporados nas práticas populares de cura: o uso de imagens, orações e objetos materiais variados vinha acompanhado de um significado atribuído a partir das convicções religiosas de cada benzedeira. No quesito objetos, pode-se assinalar a presença de aliança, arruda, água benta ou benzida e imagens variadas de santos e crucifixos.

Como já assinalado, a opção pelo uso de materiais diversos devia-se a convicções religiosas individuais, como o caso da água benta ou benzida, que passou a denominar-se dessa forma a partir da intervenção e imposição de mãos de um membro oficialmente

³⁸⁹ Correspondências em Geral. Caixa 11 B, maço 21. Arquivo Municipal Juarez Miguel Illa Font. Erechim.

³⁹⁰ BANAZEWSKI, Cecília. Entrevista realizada em 08 jan. 2001. Áurea.

reconhecido pela Igreja Católica. Após esse procedimento, para os católicos, essa água passava a ter poderes de intervenção benigna e de uso favorável nos processos de cura, sendo utilizada nos benzimentos como sinal de purificação do ser.³⁹¹

Nesse mesmo grau, estaria a justificativa do uso da aliança. Símbolo de união em grande parte das celebrações religiosas, passava a ser reconhecida no processo de cura pelo simbolismo a ela atribuído a partir da imposição de mãos de um representante religioso. Por isso, a aliança (sagrada), acompanhada de orações (conjunto de palavras sagradas) era utilizada para realizar a cura no ritual de benzimento.

Sobre o uso da arruda (*ruta graveolens*) não é fácil determinar quando surgiu a sua utilização, porém sua presença indica longa data e passagens por diversas culturas. Nas culturas antigas, encontram-se referências sobre seus poderes contra as “más vibrações” e seu uso em práticas mágicas e religiosas. Na Grécia Antiga, era utilizada para tratar diversas enfermidades, mas seu potencial estava direcionado contra as forças do mal. As mulheres romanas costumavam andar pelas ruas sempre carregando um ramo de arruda na mão, para se defenderem de doenças contagiosas, mas, principalmente, para afastar todos os males que iam além do corpo físico (feitiçarias, mau-olhado, mandingas e quebrantos, entre outros). Na Idade Média, época em que se acreditava que as bruxas somente poderiam ser destruídas com grandes poderes como o fogo, a arruda reafirmou sua fama, pois seus ramos eram usados como proteção contra as feitiçarias e, ainda, serviam para aspergir água benta entre os fiéis em missas solenes. Sua fama atravessou séculos e fronteiras, repetindo o desempenho dos tempos antigos, agora associada aos rituais africanos.³⁹²

Entretanto, não só as escravas usavam os galinhos de arruda ocultos nas dobras de seus turbantes; também as mulheres brancas colocavam os galinhos estrategicamente

³⁹¹ BANAZEWSKI, Cecília. Entrevista realizada em 08 jan. 2001. Áurea.

³⁹² HARRIS, Marvin. *Vacas, porcos, guerras e bruxas: os enigmas da cultura*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1978.

escondidos entre os seios. Outro fator que teria reforçado o valor da arruda na época era a infusão realizada com a planta, ingerida como espécie de anticoncepcional e com conhecido efeito abortífero.³⁹³ Apesar das propriedades medicinais conhecidas e reconhecidas há séculos, o uso interno desta planta é desaconselhado, pois, se ingerida em grande quantidade, pode causar hiperemia (abundância de sangue) dos órgãos respiratórios, convulsões, sonolência e vômitos. O uso oral provoca hemorragias, por isso sua fama como abortífero.

Salienta-se também que termos como fé, imposição de mãos, prece e oração circundam o cotidiano dos processos de cura populares. A única condição indispensável ao fenômeno é a prece, porém não é necessário que o doente reze, ou tenha fé; basta que, junto dele, alguém esteja em estado de oração.³⁹⁴ Pode-se relacionar a fé canalizada na cura com o fato de Jesus ter empregado vários meios para produzir milagres, particularmente os de cura.

Na Bíblia, mais especificamente nos livros dos evangelistas, encontram-se com frequência passagens nas quais Jesus pronunciava palavras ou efetuava algum tipo de gesto e a cura acontecia. Por vezes, punha as mãos sobre o enfermo, ou sobre a parte do corpo que se encontrava doente, e orava. É sabido que tais manifestações não exerciam qualquer influência sobre o efeito milagroso; serviam apenas para concluir que não havia ostentação nem celebração do mágico, envolvendo os milagres, ao contrário, tudo girava em torno da simplicidade.³⁹⁵

Atitudes como essas não são de causar estranheza, pois se considera o fato de ser o grupo humano em estudo – poloneses – majoritariamente católico. A evolução histórica do catolicismo conserva um número considerável de fatos milagrosos, incluindo objetos classificados como “santos” em grande número; por essas razões, a ação das benzedadeiras não era vista com estranhamento, mas sim com reconhecimento. Era comum, ao se dirigirem às

³⁹³ PEDRO, Corpo e controle. *Anos 90*. Revista do Programa de Pós-Graduação em História. p. 103-110.

³⁹⁴ BARRETO, Djalma. *Parapsicologia, curandeirismo e lei*. Petrópolis: Vozes, 1972. p. 78.

³⁹⁵ BÍBLIA SAGRADA. JOÃO, Cap. 9, v. de 1 a 7; MATEUS, Cap. 17, v. de 14 a 16; LUCAS, Cap. 8, v. de 52 a 55; MARCOS, Cap. 1, v. 40 a 43.

atividades religiosas locais, presenciar o representante católico utilizando-se da imposição de mãos para a distribuição de bênçãos.

A superstição, a bruxaria, a tradição popular e, especialmente, a religião eram as principais características desta medicina, na qual os conhecimentos científicos eram quase nulos e inacessíveis aos núcleos coloniais poloneses, questões já assinaladas.

CAPÍTULO V

CORPO ENFERMO, CORPO MORTO

5.1 O cotidiano e a morte

A morte é fato natural da vida humana, já que o homem compartilha seu destino com tudo que está vivo, e que também morre. Todavia, o homem é o único a ter consciência da morte, carregando consigo a angústia de seu medo.³⁹⁶ Uma vasta literatura procura definir a situação e a significação da morte no contexto humano. Investigam-se as condições, causas, contextos da morte, a evolução das concepções, ritos e crenças sobre ela, nas mais variadas civilizações.³⁹⁷

Para Vovelle, a morte é considerada um todo que envolve desde a morte biológica ou demográfica até as produções mais elaboradas, literárias ou estéticas do sentimento da morte.³⁹⁸ Entendida como fenômeno metafísico, a morte nada teria a apresentar como aporte à história, porém ela está firmemente impregnada, implicada no cotidiano, e é preciso estudá-la em conexão com as estruturas sociais e suas transformações, apresentando, assim, sua historicidade e o valor explicativo que possui para a ciência histórica.

³⁹⁶CHAUNU, Pierre. *A história como consciência social: a duração, o espaço e o homem na época moderna*. Rio de Janeiro: Zahar, 1974. p. 453-489.

³⁹⁷Cf. o tema morte em: ARIÉS, Philippe. *O homem diante da morte*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1981. v. 1. MORIN, Edgar. *O homem e a morte*. Rio de Janeiro: Imago, 1997; ZILLES, Urbano. *Esperança para além da morte*. RS: Escola Superior de Teologia, 1980.

³⁹⁸VOVELLE, Michel. *Ideologias e mentalidades*. São Paulo: Brasiliense, 1987. p. 129.

A morte é uma realidade universal, e são muitas as respostas que o espírito humano deu a essa suprema angústia. A maior parte das atitudes cotidianas diante da morte supõe uma negação radical que leva ao niilismo, ou, pelo contrário, a um sistema de adaptação, a um intento de integrar o desconhecido e o incompreensível. Ademais, a morte é um reflexo da vida e, por isso, revela as desigualdades e tensões sociais, as aspirações de justiça ou os temores intrínsecos à razão humana.

Para os grandes estudiosos da morte Phillipe Ariès e Michel Vovelle, as atitudes diante da morte sofreram grandes transformações no transcorrer da história. Para o primeiro, a morte seria dependente de motores mais secretos, mais subterrâneos, no limite do biológico e do cultural, ou seja, do inconsciente coletivo.³⁹⁹ Já Vovelle aponta para a necessidade de se admitir a importância do inconsciente coletivo e de considerar com maior ênfase os hábitos e costumes acerca da morte.⁴⁰⁰

Pode-se dizer que ambos abordam a mesma temática, porém seguem caminhos diferenciados. Vovelle, por meio da história das mentalidades, conduz sua pesquisa a partir dos vestígios que a morte deixa. A história da morte deve ser concebida de maneira vertical, por que pode se apresentar de duas formas: morte consumada e morte vivida. A primeira consiste no fato bruto da mortalidade, cujo valor é difícil de ser apreciado, pois é determinado por vários referenciais, como período histórico, localização geográfica (cidade ou campo), diferenças de gênero e etárias sentidas desigualmente. Já a morte vivida é a rede de gestos e de rituais que acompanham o morto e seus familiares desde o percurso da última enfermidade até a agonia, ao túmulo.⁴⁰¹

A morte, por vezes, foi entendida como libertadora, especialmente se precedida de enfermidade de média e longa data; em muitas outras serviu como instrumento de controle

³⁹⁹ ARIÈS, Phillipe. *História da morte no Ocidente: da Idade Média aos nossos dias*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1997. p. 180.

⁴⁰⁰ VOVELLE, *Ideologias e mentalidade*, São Paulo: Brasiliense, 1987. p. 129.

⁴⁰¹ Id. p. 130-131.

social, seja por métodos persuasivos e tranqüilizadores, seja pela intimidação e pelo terror das consciências. Reflexões acerca da morte compuseram, primeiramente, a mente de poetas, escritores e médicos; com o passar do tempo, várias outras categorias passaram a interessar-se por ela, com intuito de minimamente compreendê-la.

O homem é o único ser que reconhece suas próprias condições de vida, seus limites, e que adquire a consciência da morte. Geralmente, ao reconhecer a morte do próximo, o sobrevivente tem a consciência do próprio destino; ele não tem como experienciar a morte do outro, mas chega ao estado de angústia e de apreensão, pois essa morte ajuda-o a penetrar na dimensão do fenômeno. Na definição clássica, a morte é tratada como fenômeno natural, assim como o nascimento e, como tal, é transclassista.⁴⁰²

Em primeira análise, pode-se admitir a igualdade pré-social do homem diante da morte, entretanto, existe a desigualdade em que se assenta a organização da sociedade de classes a que pertence o morto. Os vivos que o cercam geram atitudes acerca da morte para os entes queridos, expressando-se por meio do ritual fúnebre, do sepultamento e do luto. Apenas a dimensão biológica da morte remete à absoluta igualdade entre os homens, nivelando-os pelo mesmo destino.

Quando o indivíduo se transforma em morto, deixa marcas profundas no contexto social que o abrigava; ele continua a participar intensamente da vida cotidiana de seus familiares ou adeptos, em razão dos novos referenciais que adquiriu com a morte. O morto é geralmente transformado numa pessoa exemplar, o modelo a ser seguido pelas futuras gerações; seus pertences pessoais, fotografias e lembranças passam a ser resguardados; o túmulo será visitado ao menos uma vez por ano em decorrência da comemoração dos finados, e embelezado com flores e velas; nas festas familiares será sempre lembrado com saudades.

⁴⁰² MARANHÃO, José Luiz de Souza. *O que é morte*. São Paulo: Brasiliense, 1986. p. 20.

Entretanto, a relação entre o morto e seus descendentes vai se esvaecendo aos poucos, alcançando, quando muito, a terceira geração.⁴⁰³

Enquanto as atitudes cotidianas da família frente à morte passam a ser de duração pequena, a sociedade em geral, especialmente a do mundo ocidental, procura demonstrar a importância da transformação da idéia da morte. Analisar as atitudes cotidianas geradas a partir do ato de morrer torna-se tão necessário quanto o da vida; sobretudo quando a morte vem acompanhada e seu desfecho dá-se por causa de enfermidade.

5.2 Morte em palavras

A palavra “morte” aparece constantemente no decorrer da passagem da vida, em conversas, debates ou com a chegada de doenças – representando, em vários momentos, inquietação. Poder-se-ia acreditar que todos conhecem seu sentido e que é supérfluo defini-la. Entretanto, as palavras da língua usual, tais como os conceitos que elas exprimem, são sempre ambíguas e o pesquisador que as emprega tal qual as recebe do uso e sem as submeter a maior elaboração estaria exposto às mais diversas dúvidas.

Essa necessidade de conceitualização deriva não somente do fato de existirem inúmeras explicações a respeito dessa certeza humana, mas também pela sua variação de um caso para outro, conforme as necessidades do discurso. Também porque a classificação de seu produto não procede de uma análise metódica, mas apenas traduz as impressões diversas e até confusas das pessoas. E, não raro, acontece que categorias de fatos muito distantes sejam reunidas segundo uma mesma ótica, ou que realidades da mesma natureza recebam nomes diferentes.

⁴⁰³ BORGES, Maria Elizia. *Arte funerária no Brasil (1890-1930)*. Belo Horizonte: C/Arte, 2002. p. 119-120.

Se as pessoas se deixarem guiar pela acepção geralmente aceita, correrão o risco de distinguir o que deve ser confundido ou confundir o que deve ser distinguido, e de ignorar, assim, a verdadeira proximidade dos objetos – e, conseqüentemente, de se ludibriar sobre sua natureza. Ressalta-se que o importante não é exprimir com um pouco de precisão a noção que a maioria das pessoas formou da morte, mas construir uma categoria de objeto que, podendo ser nomeada sem inconveniente, essa ótica seja, no entanto, objetivamente fundamentada, ou melhor, corresponda a uma natureza determinada de fatos.

Entre os diversos conceitos de morte, o mais comum apresenta-se como a ausência de sinais vitais. Contudo, essa definição é incompleta para as ciências humanas, pois não faz a devida distinção entre as várias atitudes diante da morte. Como assinalado, todos os homens morrem, mas não a mesma morte. Causas, contexto e até convicções religiosas fazem a distinção na hora de morrer.

Sabe-se que nem todos podem dispor da mesma assistência material e espiritual, das mesmas demonstrações de solidariedade, nem sequer das mesmas expectativas escatológicas. Há uma forma de pensar a cotidianidade gerada pela morte, mas muitas maneiras de vivenciá-la. Por isso, toda visão que se proponha da morte sem levar em conta os condicionamentos sociais e as práticas cotidianas de cada momento histórico em que ela se enquadra apresentará lacunas e pouco alcançará o conhecimento histórico.

Não cabe buscar, por enquanto, em que medida e em que condições é legítimo estudar as práticas geradoras de atitudes do cotidiano acerca da morte, mas o certo é que ela pode ser considerada sob um aspecto diferente. De fato, se, ao invés de enxergá-la apenas como algo irreversível, isolado dos aspectos sociais e cada um exigindo um exame à parte, se considerar o número de mortes ocorridas na imigração polonesa durante determinado espaço de tempo, constatar-se-á que o total obtido não é uma simples soma de unidades independentes, uma amostragem, mas constitui, por si mesmo, um fato novo e *sui generis*, que tem sua unidade e

individualidade, por conseguinte, sua natureza própria. Além do mais, é eminentemente social e compõe as práticas cotidianas.⁴⁰⁴

O conceito e alterações sofridas nas práticas cotidianas acerca do ato de morrer foram se transformando a partir da evolução dos momentos históricos. Da pré-história à contemporaneidade, pensaram-se e alteraram-se as práticas cotidianas acerca da morte. O reconhecimento dessas mudanças é necessário para que se compreendam as práticas acerca da morte no final do século XIX, que se estendem até as primeiras décadas do século XX, quando não se alteravam as atitudes do homem diante da vida, da família, do sagrado e também da morte.⁴⁰⁵

O homem das luzes tinha duas maneiras distintas de encarar a morte: no campo e entre os pobres, era vista sem medo, como salvação dos desgostos e das calamidades por que passavam os miseráveis, conservando-se, assim, a nostalgia da morte simples e familiar de outrora. Na cidade, os homens ricos e instruídos temiam a morte, pois a influência dos religiosos, em sua maioria católicos, e o triunfo de suas superstições aumentavam ainda mais a significação e as virtualidades desse fenômeno. Mas havia o desejo de experimentar a doçura narcótica e a paz maravilhosa da palavra morte.⁴⁰⁶

Por volta de 1840-1850, a morte era um assunto muito freqüente nos discursos literários, tratada numa série de correspondências, diários e poemas que narravam o sofrimento dos entes queridos e do moribundo diante das enfermidades da época, como, por exemplo, a tuberculose. É nesse cenário que se presencia a denominada “morte romântica”.⁴⁰⁷ Ariès analisa dois aspectos fundamentais da morte romântica: a felicidade e a reunião familiar. No primeiro caso, a morte é considerada uma evasão, um ato de libertação do ser na busca da imensidade do além; o segundo apresenta um ruptura intolerável entre os entes

⁴⁰⁴ MARANHÃO, *O que é morte*. Cap. I.

⁴⁰⁵ CHIAVENATTO, Júlio José. *A morte: uma abordagem sociocultural*. São Paulo: Melhoramentos, 1998.

⁴⁰⁶ ARIÈS, *História da morte no Ocidente: da Idade Média aos nossos dias*. p. 446-449.

⁴⁰⁷ BORGES, Maria Elizia. *Arte funerária no Brasil (1890-1930)*. Belo Horizonte: C/Arte, 2002. p. 121.

queridos, que será compensada por uma reconstituição no além.⁴⁰⁸ Observa-se que ambas as abordagens implicam um maravilhoso mundo do insondável, que arrebatava o homem de sua vida cotidiana e de sua sociedade racional. A morte deixou de inspirar horror e fuga para tornar-se um ato de amor e desejo.

No final do século XIX, constata-se um novo conceito e variáveis atitudes frente à morte. Este século traria para o ato de morrer a dramatização, o desejo, a exposição e a exaltação. Grande parte dos pesquisadores afirmam ser este o momento da morte burguesa. Vovelle registra que a concepção de morte burguesa do século XIX passou por diversas etapas anteriores. A primeira abrange o período de 1770 a 1820, denominada de “fase constitutiva”, época em que a morte burguesa estava se estruturando como sistema e seus traços se ordenavam; a etapa de 1900 a 1914 foi fruto da crise profunda dos valores burgueses, que tomou conta do fim do século XIX, com o que a morte aparece como reflexo de uma sociedade, porém ambíguo.⁴⁰⁹ Não se pode desconsiderar que os acontecimentos que alteram as práticas cotidianas e a estrutura cultural, propiciada por movimentos como a Revolução Francesa, também contribuíram de forma significativa para a mudança de atitudes perante a morte.

O homem do fim do século XIX aspirava à imortalidade; pregava-se, sobretudo, o triunfo da vida sobre a morte. A mais simples idéia de morte causava comoção nos sobreviventes, e essa atitude de intolerância passou a ser um ato cotidiano de distanciamento do ato de morrer. Quanto mais distante se estivesse da morte, melhor seria o ato de viver. A partir desse momento, a morte é vista como inevitável e expressada em forma de lágrimas,

⁴⁰⁸ ARIÈS, *História da morte no Ocidente: da Idade Média aos nossos dias*. p. 475.

⁴⁰⁹ VOVELLE, Michel. *Ideologias e mentalidades*. São Paulo: Brasiliense, 1987. p. 148.

pêsames e súplicas. Segundo Borges, essa prática cotidiana de interpretar e vivenciar a morte pode ser denominada de período da impregnação mórbida.⁴¹⁰

Comungando dessa afirmativa, Kastenbaum e Aisenberg apresentam, de forma figurativa, o conceito da morte como uma mulher muito velha, de pele horrivelmente enrugada e cabelos compridos, grisalhos; ela é feia, de nariz adunco e longo e lábios estreitos; alta e esquelética, sempre vestida de preto. Todavia são as mãos o que ela tem de mais impressionante: com a forma de garras e longas unhas verdes. Ela tem personalidade mórbida, mas ri sem parar; raramente fala, mas sua horrenda gargalhada pode ser ouvida sempre que se aproxima. Ela não gosta de pessoas porque é ressentida com a própria vida.⁴¹¹

A aceitação e a personificação da morte transmitem inúmeras informações na teia do cotidiano. A acepção em relação à morte, para os imigrantes poloneses, durante muito tempo, esteve ligada, de forma direta, à religião. Entretanto, com a alteração das práticas cotidianas acerca do sepultamento e do velório, ficou visível a mudança na condução dessa atividade. Quando o homem deparava-se com a morte, esse sentimento tornava-se visível e, em geral, tomava proporções diversas na concretude do cotidiano. A morte, então, tornava-se ambígua: em alguns casos, elementos e sentimentos cristãos católicos exaltavam os valores do divino e a garantia de uma boa passagem; por outro lado, o valor necessariamente empreendido para ritualização deste evento, com o velório e as exéquias.

Com o tempo, as práticas cotidianas dos homens diante da morte tornam-se eminentemente um discurso de abrangência social. A comunidade polonesa fez uso da simbologia religiosa para provar ao grupo seu grau de fé advindo da formação católica recebida ainda na Europa.

⁴¹⁰ BORGES, Maria Elizia. *Arte funerária no Brasil (1890-1930)*. Belo Horizonte: C/Arte, 2002. p. 122.

⁴¹¹ KASTENBAUN, Robert; AISENBERG, Ruth. *Psicologia da morte*. São Paulo: Pioneira, 1983. p. 131.

Com a ampliação da atuação da família no momento da morte, a dor da perda do ente querido passou a ser exaltada de forma incisiva, o que reforçou a relação entre o morto e sua família. A partir desse momento, uma série de transformações ocorreu e associou-se nas práticas cotidianas acerca da morte, reforçando os laços de dependência entre o homem e a religião.

5.3 Poloneses e a morte

Para grande parte dos imigrantes poloneses, a morte era vista como o lado doloroso e penoso da vida, como tristeza e separação final, trazendo arraigados os rituais de morte burguesa/ocidentais. Essas visões conviviam com os fortes conteúdos difundidos pelo catolicismo romano sobre a morte. Essa separação era sempre acompanhada de uma certeza: a possibilidade de reencontro entre a divindade e os dela renascidos.⁴¹²

A morte precedida de enfermidade era esperada; a morte repentina, ao contrário, era muito lastimada, principalmente se fosse a do progenitor familiar. Essa separação poderia colocar em crise a economia familiar camponesa. Apesar de as construções mentais em relação à morte estarem sempre ligadas à idéia de etapa final de um ciclo, há também outros momentos que intervêm nesse final. Durante a doença, ter-se-ia a aproximação do fim, adiado o máximo possível, de modo que a preparação dos rituais fúnebres e o velório tentavam evitar o inevitável: a separação.⁴¹³

O culto católico dos mortos atém-se ao momento anterior ao fato bruto da morte: a aproximação do final, a consciência de a vida acabar-se, a noção de que um tempo está a

⁴¹² WENCZENOVICZ, Thaís Janaina. *Montanhas que furam as nuvens! Imigração Polonesa em Áurea (1910-1945)*. Passo Fundo: UPF, 2002. p. 157.

⁴¹³ MARQUES, Gisele da Silva. O tempo e a morte. In: GAUER, Ruth M. Chittó (Coord.). *Tempo/História*. Porto Alegre: EDIPUCRS, 1998. p. 101.

terminar para iniciar um outro, que, dentro da concepção cristã, é eterno. Essa passagem de um ciclo para outro seria responsável pela realização do cerimonial e culto aos mortos, objetivando, entre outras coisas, perpetuar de uma certa forma o final, para que o ente querido permaneça mais tempo presente entre seus familiares.⁴¹⁴

Nesse contexto, as práticas cotidianas perante os rituais de morte na imigração polonesa utilizavam-se de elementos majoritariamente de indicação religiosa católica. Outra característica constatada é o processo de coesão familiar. Por meio da visualização e certeza do ato de morrer, a comunicação entre moribundo e família passava a conduzir o comportamento de ambos no momento da morte. Reconciliações, segredos e até bens eram delegados aos familiares antecipadamente. Compõem esse momento o repasse de atividades e a ordenação aos familiares de usufruírem parte das atribuições que o moribundo havia exercido até o momento da morte.

Vovelle aponta para essas mudanças como um sinal de descristianização da sociedade. Ariès acrescenta que essas transformações derivariam do processo de concretização das vontades concernentes à transmissão da fortuna do moribundo, inspiradas por sua sensibilidade, devoções e afeições.⁴¹⁵ Trata-se, pois, de um momento muito importante, em que a família participa da morte numa relação fundada na certeza de finitude e na afeição. A dor da perda e a relação entre família e moribundo reforçam uma intimidade entre ambos.

Entretanto, nem todos os casos de divisão de bens ocorreram de forma pacífica. Várias são as menções por parte dos depoentes a intrigas e divisão familiar no pós-morte relativamente à partilha de bens. Não se pode deixar de assinalar que, mesmo se tratando de uma comunidade basicamente formada por pequenos proprietários, fica visível no grupo

⁴¹⁴ WENCZENOVICZ, *Montanhas que furam as nuvens! Imigração Polonesa em Áurea (1910-1945)*. p. 157-160.

⁴¹⁵ ARIÈS, *História da morte no Ocidente: da Idade Média aos nossos dias*. p. 44.

estudado a segregação feminina no momento de dividir os bens perante a morte e a grande disputa entre esposa e filhos quanto à posse da terra.

5.4 Preparando o funeral de colonos poloneses

Eram os familiares os primeiros a serem comunicados da morte, caso estivessem em atividades no campo ou na cidade; posteriormente, eram notificados os vizinhos mais próximos, que se encarregavam, por sua vez, de avisar os mais distantes. Parentes residentes em outras cidades nem sempre eram avisados no mesmo dia, por causa da distância. Os que residiam em outro Estado conheciam o fato por carta, após semanas e até meses do falecimento.

Como já assinalado, a morte repentina era muito lastimada, principalmente se fosse o pai da família, o que colocava em crise a economia familiar camponesa. Mortes precedidas de enfermidade, sobretudo as dos velhos, já esperadas, eram recebidas com naturalidade e, não raro, como libertação, em diversos sentidos.

Mortes tendo como causa enfermidades infecto-contagiosas exigiam maior precaução no ato de velar. Em virtude da falta de compreensão e conhecimento acerca de algumas moléstias, recomendava-se que o caixão permanecesse aberto somente por algum tempo, não durante todo o funeral, para evitar contágios e constrangimentos para a família enlutada. O mesmo ocorria com as mortes precedidas de acidentes de trabalho – esmagamento de órgãos por equipamentos agrícolas ou derrubada de árvores, quando ficava comprometida a aparência do falecido. A deformação do corpo poderia comprometer a partida do ente queridos ou dificultar sua passagem para a eternidade ou céu, para a maioria católica.⁴¹⁶

⁴¹⁶ MODTKOSKI, Artêmio. Entrevista oral realizada em 16 fev. 2006.

Após a constatação da morte, geralmente realizada por um familiar e, em alguns casos, com a presença de um religioso, iniciava-se a preparação para o cerimonial fúnebre. O corpo era lavado e vestido cuidadosamente, pois o defunto deveria ter a melhor aparência possível. Era-lhe dado um banho, a barba, o cabelo e as unhas eram cortadas antes que o corpo endurecesse, para que a tarefa não fosse dificultada.⁴¹⁷ Além disso, a toailete tinha por fim conferir ao defunto boa apresentação e purificação para preparar o seu renascimento, segundo tradição religiosa de longa data. Em geral, esse tipo de trabalho era conferido às mulheres, pois elas o realizariam com a delicadeza materna. Responsabilizava-se por esta tarefa a esposa, a irmã e, em alguns casos, até mesmo a mãe do finado.⁴¹⁸

A vestimenta para o funeral também era preparada com todo o cuidado possível. As roupas geralmente eram as melhores: no caso do homem, terno, e da mulher, saia com blusa ou vestido, preferencialmente em cores sóbrias e neutras. Algumas cores, quando mal escolhidas, poderiam dificultar o desprendimento da alma, funcionando como uma espécie de barreira à entrada no além.

Em caso de enfermidade de média e longa duração, a roupa era confeccionada com mais tempo. Durante a doença do moribundo, com a aproximação do fim, os rituais fúnebres e o velório eram anteriormente programados.⁴¹⁹ Nem todos os imigrantes poloneses tiveram a oportunidade de vestir roupa nova em seu momento final. As dificuldades econômicas e imposições geográficas em que se encontrava a residência enlutada impossibilitavam o deslocamento da família para o centro comercial, a fim de comprar tecidos e aviamentos para confeccionar uma nova roupa.

A comunicação da morte e o convite para o funeral e velório ocorriam concomitantemente à preparação das cerimônias fúnebres. Após todos os avisos dados e a

⁴¹⁷ KARPINSKI, Lúcia. Entrevista oral realizada em 07 jan. 2001. Linha Baicorá, Áurea.

⁴¹⁸ WENCZENOVICZ, *Montanhas que furam as nuvens!* Imigração Polonesa em Áurea (1910-1945). p. 157.

⁴¹⁹ Id.

confeção do ataúde finalizada, dava-se início ao velório. Ao chegar à residência enlutada, os presentes encontrariam o cadáver iluminado por velas e cercado de flores. Essa sentinela oferecida ao defunto durava de 24 a 36 horas, no melhor e maior espaço da casa.

Na sala onde o corpo era colocado, seus pés ficavam sempre voltados para a porta, do mesmo modo como era levado ao cemitério, representação essa calcada na crença de que se deveria sair da vida de forma contrária à que nela se entrou, numa referência à tradição luso-brasileira.⁴²⁰ O rosto do finado ficava desnudo durante o velório. Em casos de a boca ou os olhos insistirem em ficar abertos, recorria-se à moeda para fechar os olhos e à mordança para a boca, a qual era amarrada em volta da cabeça. Talvez o costume de deixar o rosto à mostra esteja ligado ao fato de que assim se poderia perceber algum possível sinal de vida – mas também pretendia mostrar a todos a finitude do homem.

Chiavenato assinala que, a partir de certo momento, o que se faz com o cadáver pouco tem a ver com o morto e, sim, com as crenças que historicamente foram se formando sobre a morte. Assim, começou-se a fechar os olhos dos mortos para que não vissem o caminho até a sepultura e por ele retornassem.⁴²¹

Dentro de todo esse ritualismo da morte, um objeto de extrema importância era o caixão. O ataúde, nas comunidades polonesas, era de confecção doméstica, de madeira, pregado e forrado com tecidos. Raros eram os ataúdes pintados. Em cada linha existia um colono que se dedicava à produção de caixões. Em se tratando de funeral de crianças, o caixão, conjuntamente com as flores e ambiente, reportava ao mundo dos anjos – elementos tão importantes no período pós-morte. Ao contrário do ritual do nascimento, as crianças eram introduzidas nos rituais que cercavam a morte, prestando com os adultos as últimas homenagens aos que se iam.

⁴²⁰ REIS, João José. *A morte é uma festa: ritos fúnebres e revolta popular no Brasil do século XIX*. São Paulo: Companhia das Letras, 1991. p. 111.

⁴²¹ CHIAVENATTO, Júlio José. *A morte: uma abordagem sociocultural*. São Paulo: Melhoramentos, 1998. p. 17.

As práticas cotidianas frente ao funeral constituíam uma forma de o passado estar sempre presente nos núcleos coloniais poloneses. Enterros, missas, velórios presenteiam aquele que já não existe, conservando algumas de suas recordações. O ritual da morte sempre teve um sentido afetivo: é a separação dos que conviveram juntos; é, igualmente, momento de confraternização social, estreitamento de relações e de alianças e homenagem social.

Como assinalado, o enterro poderia transcorrer num período de 24 horas ou mais após a morte, quando se esperava a vinda de algum parente ou familiar que residisse distante. Em virtude das condições geográficas e de transporte, geralmente a pé, os visitantes pernoitavam e alimentavam-se, até o enterro, na casa enlutada ou nas casas dos vizinhos mais próximos.⁴²²

No dia posterior ao enterro, as mulheres auxiliavam na limpeza e organização da casa e arredores. Na seqüência, ocorriam a missa de sétimo dia, tradição na Igreja Católica, e visitas de vizinhos à família enlutada. As pessoas ofereciam ajuda no cultivo da terra, aconselhamento e apoio espiritual. Bailes, comemorações e festas eram evitados por seis ou doze meses, como sinal de respeito ao falecido. O luto era seguido pela esposa e filhos, na forma de silêncio. Roupas vermelhas eram evitadas nos velórios, pois a cor vermelha tem ligação com o sangue, que, na concepção do grupo, está ligado à vida.⁴²³

Todo essa emblemática ritualização tratava de satisfazer aos desejos de uma população que buscava nas práticas cotidianas acerca da morte uma identidade cultural. Mesmo com traços culturais próximos, havia a preocupação de que as atitudes perante a morte, a construção tumular, bem como os adornos não destoassem da maioria. Entretanto, havia a preocupação de acrescentar elementos que difeririam a do ente querido das demais carneiras vizinhas; assim, quanto maior a homenagem ao morto, melhor seria a demonstração de dor perante os vivos.

⁴²² WENCZENOVICZ, *Montanhas que furam as nuvens!* Imigração Polonesa em Áurea (1910-1945). p. 159.

⁴²³ MODTKOSKI, Artêmio. Entrevista oral realizada em 16 fev. 2006.

5.5 A morte ritualizada

Desde os momentos finais do falecido até a hora do enterro, era um ato de educação e hospitalidade alimentar as pessoas presentes. Assim, nada mais natural que os familiares do defunto tratassem bem todos aqueles que, muitas vezes vindos de longe, prestavam-lhe a última homenagem, despediam-se dele e também contribuía, em forma de orações, para a salvação de sua alma.⁴²⁴ Em grande parte dos núcleos coloniais poloneses, onde as distâncias e o transporte precário dificultavam a rápida chegada das pessoas, havia comida e bebida para alimentar os convidados.

A alimentação era por conta da família enlutada. Matavam frango, suíno e até, em algumas ocasiões, um bovino para alimentar a todos; bebiam-se cachaça, café e chimarrão – principalmente à noite, servia-se café para afugentar o sono. As mulheres faziam bolachas, massas e pães para acompanhar. A sopa era bem-vinda nos dias de inverno, para afastar as temperaturas negativas presenciadas nas madrugadas.⁴²⁵

Os primeiros a se alimentar eram os familiares, seguidos pelas crianças presentes e pelos visitantes mais longínquos. Sendo, em sua maioria, as residências dos imigrantes poloneses pequenas, eram reservados para as refeições espaços ao ar livre, embaixo das árvores, no porão, caso existisse, ou na própria varanda. O silêncio das fontes a respeito da alimentação durante o cerimonial é grande.

Os funerais eram finalizados com o ato da bênção do túmulo pelo padre, ou por um leigo, que recitava as orações em polonês, acompanhado pelos presentes, e aspergia a água benta. Este era considerado o momento de despedida final. Recomendavam-se o choro,

⁴²⁴ MARQUES, O tempo e a morte. In: GAUER (Coord.). *Tempo/História*. p. 104.

⁴²⁵ WENCZENOVICZ, *Montanhas que furam as nuvens!* Imigração Polonesa em Áurea (1910-1945). p. 159.

colocar suavemente a mão nas mãos do defunto e, por parte dos familiares, até um silencioso beijo na testa. Segundo Kessler, este era o momento de se perder o medo dos mortos, pois tocar suavemente o defunto dissipa todo e qualquer medo de pessoas mortas e velório. Para as crianças e moças, valia também levar uma flor e depositá-la sobre o corpo do defunto.⁴²⁶

Durante o funeral, algo bastante comum era a recitação de orações e o canto, por ser essa uma forma mais rápida de se chegar a Deus. Hinos antigos eram cantados por todos, como “Matko Milosciwa”, “Serdeczna Matko” e “Zdrowás Maryjo”⁴²⁷, no momento da despedida, que antecedia o fechamento e o traslado do caixão até o cemitério mais próximo. O caixão era carregado, prioritariamente, pelos parentes mais chegados, compadres e vizinhos. O transporte era realizado de carroça, acompanhado da população, a pé ou a cavalo. Durante o percurso, prosseguiam as orações e os cânticos. O cemitério, em sua maioria, estava localizado próximo à capela e à bodega. Em cada comunidade existia a tríade bodega, capela e cemitério.

Cantos e orações eram difundidos em língua polonesa, por ser esta a mais próxima dos veladores. Costumeiramente, o grupo étnico polonês não se utilizava de instrumentos de percussão na entoação dos cantos. Em se tratando de uma comunidade que apresentava diversas dificuldades materiais, o melhor meio de reproduzir os sons era a própria voz dos freqüentadores do funeral.

O ritual da morte sempre foi impregnado de um sentimento afetivo para o imigrante polonês: é a separação dos que se amam. Entrelaçam-se nessa relação sentimentos de crença e dor. Segundo Alegretti, “a dor no momento da morte existe; porém, tem-se a certeza de encontrar com o ser superior e, [...] aos bons reserva-se o paraíso”.⁴²⁸ A crença em encontrar o Deus criador e Jesus Cristo, seu Filho, fazia com que a família enlutada se sentisse

⁴²⁶ KESSLER, Vicente. Entrevista oral realizada em 10 set. 2003. Áurea.

⁴²⁷ O *Matko Milosciwa*, “Mãe Misericordiosa”, *Serdeczna Matko* “Coração de Maria” e *Zdrowas Maryjo*, “Bem-aventurada Maria”.

⁴²⁸ ALEGRETTI, Zielak Elisabetha. Entrevista oral realizada em 08 fev. 2002 e 20 abr. 2005. Erechim.

amparada no momento da separação. Deixar a Terra, acabar essa etapa para iniciar uma outra, sem pecados, foram idéias que se difundiram ao longo dos séculos no imaginário do imigrante polonês, em que se destacava a aproximação com a Corte Celestial: a Virgem Maria, anjos da guarda e santos da boa morte – Nossa Senhora da Boa Hora, Conceição, Dores, Rosário, entre outros.⁴²⁹

Uma premissa que ocorre no culto cristão aos mortos é que, para ritualizar o tempo final da vida humana, a Igreja Católica retoma temas das cerimônias do batismo – sacramento que marca a entrada do cristão na fé –, tais como: a aspersion com água, a visão da luz e do fogo, com chamas e velas – cuja fumaça sobe para Deus, como a alma que empreende sua ascensão –, e as orações que imploram à divindade.⁴³⁰

E o que parece um retorno configura-se na idéia de que nada morre, mas renasce. Isso se confirma pela prática de levar flores ao velório e cemitério. Ao morrer, as flores soltam sementes sobre a terra, fazendo brotar novamente a vida. As flores eram trazidas aos funerais pela grande maioria dos presentes, como forma de última homenagem.⁴³¹

5.6 A despedida

Os ritos de sepultamento são necessários, a fim de que o falecido possa ser aprovado e acolhido na comunidade dos mortos. Alguém que não seja enterrado de acordo com o costume estará arriscando a ter uma existência errante, sem descanso, vagando entre o reino dos vivos e o dos mortos.⁴³²

⁴²⁹ MODTKOSKI, Artêmio. Entrevista oral realizada em 16 fev. 2006.

⁴³⁰ BAYARD, Jean-Pierre. *Sentido oculto dos ritos mortuários*. Morrer é morrer? São Paulo: Paulus, 1996. p. 143.

⁴³¹ FALKOSKI, Waldomira. Entrevista oral realizada em 20 mar. 2004. Erechim.

⁴³² GAARDER, Jostein. *O livro das religiões*. São Paulo: Cia das Letras, 2000. p. 29.

Sabe-se que as práticas cotidianas e os rituais associam-se às grandes mudanças na condição do indivíduo. Todas as sociedades possuem práticas cotidianas singulares relativamente aos ritos fúnebres, mesmo aquelas em que a religião não desempenha um papel significativo na vida pública. A eficácia das práticas cotidianas combina a realização de gestos precisos, a recitação de fórmulas herméticas, o uso de objetos ou instrumentos consagrados, que marcam e levam uma moldura especial aos ritos fúnebres, sugerindo e insinuando a esperança de todos os homens.

A morte é o derradeiro rito de passagem concretizado na cotidianidade, local por excelência de concentração de significados e valores de uma determinada cultura. Os ritos de morte simbolizam uma iniciação, uma nova condição no reino dos mortos ou na vida eterna. É pelo rito de morte que se reconhece e se relembra o ser humano homenageado, revestindo-o de alicerces culturais e religiosos para garantir seu destino além-mundo.

Associadas às crenças de cada sociedade, as práticas cotidianas acerca do funeral têm o objetivo de auxiliar o falecido a encaminhar-se ao reino dos mortos, local onde encontrará seus antepassados. Cada grupo social possui suas próprias práticas cotidianas fúnebres, a sua representação do moribundo, suas homenagens, seu luto e sua transitoriedade no momento da morte.

A chegada da morte apresenta-se na cotidianidade com comportamentos complexos que espelham os afetos mais profundos e guiam o falecido a seu destino *post-mortem*. Essas atitudes, em sua maioria, concretizam-se no funeral e objetivam superar o trauma do desligamento e a desordem que a morte provoca nos sobreviventes. Uma grande parte das práticas fúnebres e pós-fúnebres visa a proteger a morte contagiosa, mesmo quando estas práticas somente pretendem proteger o morto.

5.6.1 Morte vivida: imigrantes poloneses

Seguidos os rituais fúnebres, a morte vivida pelos poloneses apresenta-se com choro, flores e hinos de despedida no momento de finalizar o evento. Inserir-se também a recitação de orações que sugeriam a possibilidade de recuperar-se da dor da perda do familiar, a passagem da terra para o infinito e o perdão dos pecados. Essas orações ocorriam no momento da despedida, antecedendo o fechamento e o traslado do caixão até o cemitério mais próximo.

O sepultamento, no mais das vezes, ocorria em espaço já adquirido pela família. Geralmente, era escolhido o lugar onde a pessoa residia ou nas proximidades, de modo a facilitar o transporte e também garantir sempre a presença da família em datas previstas para as homenagens ao falecido. O cemitério era a segunda morada da família, onde descansavam em lugar comum muitas gerações que a morte, enfim, não conseguiu separar. É a vinculação a essa segunda existência que torna a família indissolúvel.

O direito de ser enterrado onde melhor lhe aprouvesse, emocional ou financeiramente, era reservado a todos. Entretanto, não ser sócio do cemitério ou da igreja poderia causar desconforto na hora do sepultamento. A mulher, após a morte, estaria liberta de seu marido, podendo ser sepultada juntamente com a família da qual fazia parte antes do casamento. Todavia, quando não havia nenhum tipo de disposição a respeito do assunto, ela deveria ser enterrada ao lado do marido ou filhos já sepultados.

Algo muito importante dentro da concepção cristã católica era o contato do corpo ou do caixão com a terra, pois esta, corrompendo o depósito da alma, expiava seu pecado original, era a idéia “do pó a pó”, segundo Debray. Por isso a idéia de que o corpo não poderia

ser incinerado; ao contrário, os hereges eram queimados de modo a destruir as impurezas pela chama purificadora⁴³³

No grupo analisado, era comum a prática de jogar terra sobre o caixão no momento do enterro. Para compensar o uso do caixão, poloneses católicos pediam que se lançassem nele punhados de terra. Potulski aponta: “A terra é importante para que se siga o que diz na bíblia, no Livro de Jó. Há muito tempo tem-se essa prática de jogar um ou mais punhados de terra sobre o corpo do defunto. Lembro dessa prática desde criança. É comum nos enterros de poloneses”.⁴³⁴

As roupas de uso pessoal do defunto e as de sua cama eram lavadas, para posterior divisão ou futura doação. A distribuição dos objetos pessoais ocorria, primeiramente, dentro da própria família: a viúva ou viúvo eram os primeiros a escolher com quais objetos ficariam, os demais eram divididos entre todos. Arma, canivete, roupas de inverno, máquina de costura – em caso de a falecida ser mulher – eram os objetos mais disputados. Reiterava-se o direito de posse dos objetos pessoais em primeira instância ao cônjuge e, posteriormente, aos filhos. O luto era seguido por toda a família; entretanto, as manifestações de lamento e dor cabiam essencialmente aos que residiam com o moribundo e tinham ligações mais próximas.⁴³⁵

No dia-a-dia, não importa quão saudáveis sejam as pessoas, a morte paira como uma sombra – e parece interrogar os vivos constantemente. Nada costumava chamar mais atenção nos imigrantes poloneses do que a possibilidade da chegada da morte, especialmente quando envolvia enfermidades ou tragédias.

Em toda história, o homem tem sentido perplexidade e medo diante da perspectiva da morte, ainda mais quando esse medo vem sendo alimentado por uma mistura de conceitos

⁴³³ DEBRAY, Régis. *Vida y muerte de la imagen*. Historia de la mirada en Occidente. Barcelona: Paidós, 1992. p. 157.

⁴³⁴ POTULSKI, Ignácio. Entrevista oral realizada em 16 nov. 2004. Carlos Gomes.

⁴³⁵ GORSKI, Osvaldo. Entrevista oral realizada em 10 jan. 2002. Erechim.

religiosos, costumes populares e crenças pessoais arraigadas. Todos os homens morrem, mas não a mesma morte – como se pôde observar, nem todos puderam dispor da mesma assistência material e espiritual.

Os rituais fúnebres e a morte tiveram seu espaço reservado no cotidiano dos imigrantes poloneses – a morte como o fim de um ciclo de vida, como o destino do homem. Acometido de enfermidade ou não, o polonês reservou as flores, as preces, os cânticos ao indivíduo que se despedia da família e da comunidade. O ato de velar e enterrar apresenta, conjuntamente com a dor da perda, fortes preocupação e tradição nesse grupo étnico.

5.7 O espaço do morto

Desde os primórdios da humanidade, encontram-se referências materiais de sepultamentos e do local designado para enterrar dos mortos. Desde que o homem começou a se ocupar do cadáver, estão registrados basicamente quatro processos funerários: a pedra tumular, o enterro, o dessecamento e a cremação. Entretanto, para todos havia a necessidade de identificar o cemitério como espaço de depósito final para o corpo morto.

A palavra “cemitério” surgiu no início do cristianismo, originária do grego *koimetérion*, de *kio'ão*, significando “eu durmo”, e do latim *coemeterium*, lugar onde se dormia. Em tempos passados, o local do cemitério passou a ter um sentido próprio: campo de descanso após a morte, no qual se espera a ressurreição quando soar a hora do juízo final.⁴³⁶ A idéia de ressurreição, incentivada constantemente pelo catolicismo, impulsionou à necessidade de conservação do corpo em local de singular importância, como é o cemitério.

⁴³⁶ LOUREIRO, Maria Amélia Salgado. *Origem histórica dos cemitérios*. São Paulo: Departamento do Patrimônio Histórico da Secretaria Municipal de Cultura, 1976. p. 28.

Como já assinalado, grande parte dos cemitérios das comunidades polonesas foi construída nas proximidades da área de integração social, próximo à capela e à bodega, e em alguns casos encontrava-se incluída também nesse conglomerado a escola. Nas vilas e cidades, havia o cuidado de que o cemitério estivesse afastado do acesso principal à área central da cidade, costume já verificado na Europa dos séculos XVII e XVIII, em virtude da divulgação dos princípios de higiene e do domínio da Igreja em relação aos cemitérios e funerais.

Ainda no século XVIII, em solo europeu observa-se outro fator importante: o deslocamento dos cemitérios para fora dos recintos das cidades de médio e grande porte. Era, então, justificável que sepultamentos não mais acontecessem no interior das igrejas nem fossem subjugados a elas. Tais questões estavam superadas. O êxodo rural, o caráter cosmopolita das grandes cidades e a especulação imobiliária impunham, agora, o afastamento das necrópoles para as periferias.⁴³⁷

No Brasil, data de 1789 a recomendação, por parte de D. Maria de Portugal ao bispo do Rio de Janeiro, dom José Joaquim Justiniano Mascarenhas Castelo Branco, de que se construíssem cemitérios separados da igreja, como já era corrente na Europa. A Carta Régia do príncipe regente, D. João, em 1801, reiterava ao capitão-general de São Paulo a escolha de “um terreno para se construir um cemitério em lugar que, pela sua situação e proporcionada distância, não pudessem ser nocivos à saúde dos vivos com miasmas pútridos que exalam dos mortos”.⁴³⁸

Entretanto, foi somente em 1828 que se estabeleceu a obrigatoriedade de construção de cemitérios a céu aberto do tipo convencional. O documento gerou uma série de contestações, pois, para muitos, embora a imposição fosse fruto do avanço da civilização,

⁴³⁷ BORGES, Maria Elizia. *Arte funerária no Brasil (1890-1930)*. Belo Horizonte: C/Arte, 2002. p. 129.

⁴³⁸ Id. p. 139-140.

contrariava grandemente os sentimentos religiosos de que estava impregnada a cultura popular.

A secularização fez do cemitério uma instituição cultural, com práticas cotidianas que nem sempre seguiam os ditames católicos, ultrapassando a barreira do domínio religioso. Faz parte da invenção moderna compartilhar da reestruturação da sociedade, que, de agora em diante, trabalha com o confronto dialético de duas realidades conceituais de vida: a cidade dos mortos e a cidade dos vivos. Na cidade dos vivos, a preocupação estava centrada em novos modelos gerais de urbanização e novas tipologias de serviços, como escolas, hospedarias, indústrias e residências, visando ao bem-estar coletivo e ao progresso. Já a cidade dos mortos apresentava a arquitetura funerária, que expressava o desejo e práticas cotidianas de um determinado grupo.⁴³⁹

Aconteceu no mundo inteiro um fenômeno curioso no final do século XVII: por medida sanitária, os sepultamentos passaram a realizar-se em área aberta, nos chamados campos-santos ou cemitérios secularizados. Isso já não era novidade, pois japoneses, chineses, judeus e outros povos já traziam tradicionalizada a inumação a “céu aberto”; os protestantes também o faziam em muitos países. A mudança afetou principalmente os povos de predominância católica. No Brasil, o enterro fora da igreja era reservado aos acatólicos, protestantes, judeus, muçulmanos, escravos e condenados, até que por lei se instalaram os campos de sepultamento ensolarados, inspirados na correlação com a transmissão de doenças através dos miasmas concentrados nas naves e criptas.

A urbanização acelerada e o crescimento das cidades foi também uma importante razão para a criação dos cemitérios coletivos a céu aberto, visto que o crescimento populacional desenfreado não permitia mais o sepultamento em capelas e igrejas, que não comportariam o aumento da demanda.

⁴³⁹ BORGES, *Arte funerária no Brasil (1890-1930)*. p. 130.

Numa primeira impressão, o fato parece ter explicação simples, porém não foi somente uma questão do ponto de vista higiênico, ou seja, uma razão metade prática, metade científica (e também sociopolítica), da sociedade oitocentista. Se a mudança acontecesse apenas por esses motivos, os cemitérios católicos em descampados teriam permanecido sóbrios e padronizados, do mesmo modo que os erigidos por irmandades em mausoléus coletivos, ou como os de outras religiões. A simplicidade dos padrões tradicionais e primitivos continuou caracterizando a sepultura coletiva, enquanto o fausto e a saliência da tumulária individual se desenvolveu espantosamente.

Portanto, a verdadeira razão da grande mudança de atitude em relação ao ato de preservar o espaço tumular já existia há longo tempo, tendo como fim monumentalizar-se perante a comunidade. Era e sempre foi desejo dos mais abastados distinguir-se por meio de uma marca perene, de um objeto de consagração – o túmulo –, pela atração de comparar-se aos demais.⁴⁴⁰

A construção e a ocupação dos cemitérios variam conforme o período histórico, acompanhando cada estilo de época e de região, mas jamais sonégam o caráter, a espiritualidade do meio em que ocorrem. De tal prisma, podem-se entender as estruturas sociais e culturais do meio, mesmo quando tal se acha restrita a uma parcela da população. Aliás, tal restrição relaciona-se diretamente com o tipo de economia da sociedade, estando, desse modo, o cemitério condicionado a fatores de caráter econômico e social. Em comunidades mais humildes, sua representação é o retrato de sua constituição social. Graboski acrescenta: “É claro que quem tem mais condições tem carneiras melhores e maiores. Lembro que nossa família se empenhava para deixar o túmulo do pai e mãe sempre

⁴⁴⁰ CHIAVENATTO, Júlio José. *A morte: uma abordagem sociocultural*. São Paulo: Melhoramentos, 1998. p. 51.

limpos e bonitos, mesmo que simples. [...] Somente após algum tempo é que se mudou os pais de carneira e se construiu uma com azulejo”.⁴⁴¹

5.7.1 O cemitério moderno

Mesmo depois da assinatura do Tratado de Abertura dos Portos, em 1808, não havia lugares reservados para se enterrar estrangeiros. Apenas em 1811, foram determinados terrenos para servir de cemitério aos estrangeiros, na Bahia, em Porto Alegre, no Rio de Janeiro e em São Paulo.⁴⁴²

A mudança ocorrida na estruturação dos cemitérios trouxe permanências e mudanças em vários aspectos. Dentre as permanências, pode-se observar que o ambiente está intimamente ligado a questões religiosas e que exige respeito e silêncio em relação aos que povoam o espaço cemiterial. Já as mudanças assinalam a perenização do individualismo do homem, recém-valorizado após a morte, rompem o anonimato das pessoas, que passam a promover-se, a se distinguir das demais, e fornecem momentos de grande comoção em cerimônias fúnebres bem elaboradas.

A secularização dos cemitérios favoreceu a reestruturação de seu recinto, passando a existir um entrelaçamento arquitetônico e naturalístico na sua constituição. Os cemitérios passaram a ter características comuns entre si. A primeira constatação está na preocupação com a segurança da população que compõe o cemitério. O lugar está circunscrito por uma cerca ou muro, para proteger o sono dos mortos, e, não raro, é dissimulado por plantas e árvores. O pórtico de entrada é solene e demonstra a característica de ser uma instituição fechada. Em sua distribuição geográfica, as carneiras geralmente são do mesmo tamanho,

⁴⁴¹ GRABOSKI, Suavina. Entrevista oral realizada em 10 jan. 2005. Erechim.

⁴⁴² BELLOMO, Harry Rodrigues. *Cemitérios no Rio Grande do Sul*. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2000.

dispondo-se nas quadras uma após a outra. Pode-se dizer que se trata de uma cidade em miniatura, com vias de acesso a um prédio principal, polarizador do espaço interno, que nos cemitérios cuja maioria é de poloneses e descendentes apresenta-se em forma de pequena capela coletiva ou de uma grande cruz.

O cemitério também pode demonstrar a divisão social dos que o povoam. A seleção ocorre no momento em que os familiares escolhem o cemitério, bem como na localização interna para enterrar o morto. Costumeiramente, a divisão ocorre por questões econômicas (valor do terreno), causas culturais (prostituição) e causa da morte (suicídio). Toda forma de morte não natural era vista como um desagravo à divindade superior, principalmente em se tratando de grupo essencialmente católico. Segundo Morin, quando o suicídio se manifesta, não apenas a sociedade foi incapaz de expulsar a morte, de dar ao indivíduo o gosto da vida, como também foi vencida, negada. Ela não pode fazer mais nada nem favoravelmente, nem contra a morte do homem.⁴⁴³

No tocante à separação de mortos na divisão cemiterial a partir da causa da morte, grande parte dos depoentes confirma a prática de se enterrarem os mortos procedentes de suicídio, enforcamento e envenenamento em local separado. Modkoski acrescenta: “também não era digno enterrar as mulheres de vivacidade sexual excessiva com as pessoas de bem. Era comum nem sequer permitir que o caixão adentrasse no cemitério pelo pórtico principal”.⁴⁴⁴ O depoente lembra que na década de 1930 existia um buraco na tela (cercado) para que o caixão por lá passasse para o sepultamento; as orações e encomendação do corpo eram diminuídas. Já os suicidas, mesmo católicos, passavam por cima da tela e, não raro, era negada à família a missa de corpo presente ou encomendação realizada pelo padre local. Recomendava-se à família e aos demais que redobrassem as orações, pois a passagem de suicidas para o além era tarefa difícil e nem sempre ocorria, restando ao moribundo um lugar

⁴⁴³ MORIN, Edgar. *O homem e a morte*. Rio de Janeiro: Imago, 1997. p. 49.

⁴⁴⁴ MODTKOSKI, Artêmio. Entrevista oral realizada em 16 fev. 2006.

considerado inferior na visão católica – inferno ou limbo –, onde a alma vagaria por muito tempo, podendo afugentar a família, parentes e conhecidos.⁴⁴⁵

A opção pelo cemitério ocorria também levando em consideração a localização geográfica, o número de pessoas amigas ou parentes enterrados ali, a medida das carneiras e a manutenção do lote cemiterial. Em se tratando de imigrantes poloneses, considerando as suas dificuldades financeiras, a seleção geralmente ocorria considerando o valor da carneira e a facilidade de acesso. Isso garantiria a visitação mais constante, e, por conseguinte, a manutenção necessária e exigida pelo pároco e comunidade em geral do túmulo.

O cuidado e manutenção da carneira eram aspectos de grande consideração: não visitar ou abandonar o local em que os entes queridos estavam dispostos era mau sinal. Independentemente das adversidades existentes enquanto o indivíduo estava vivo, após a morte essas diferenças deveriam desaparecer. Em casos de mortes não explicadas – como os suicídios –, a negação, atitude geralmente calcada na dificuldade de compreensão do ato de morrer, poderia ser interpretada como cumplicidade do ato.

Outra característica envolve o aspecto naturalista dos cemitérios. Mesmo com a presença maciça de construções no interior dos cemitérios, a arborização é imprescindível. Geralmente, as árvores típicas, como o cipreste e o plátano, aparecem dispostos entre as alamedas e acompanhando o cercado do cemitério. A inserção de elementos da natureza nos cemitérios deve-se, primeiramente, ao aspecto higienístico, como elemento de alegria no repouso dos mortos, e para transformá-lo num verdadeiro espaço de harmonia e tranquilidade.⁴⁴⁶

Como terceiro aspecto observa-se o emprego freqüente de fórmulas piedosas e carregadas de simbolismo cristão católico nos epitáfios, como: “Descanse em paz”, “Rogai

⁴⁴⁵ Id.

⁴⁴⁶ BORGES, *Arte funerária no Brasil (1890-1930)*. p. 135.

por nós”, “Do pó viemos, ao pó voltaremos”, “Aqui jaz”, dentre outros. Encontram-se também claramente os símbolos católicos nos adornos e imagens funerárias: anjos, santos e cruzes. O ecletismo nas imagens também é a marca dos cemitérios de maioria polonesa. Nem sempre as imagens de santos reportam-se aos denominados “santos da morte”, sendo comum a presença de Nossa Senhora de Aparecida, Fátima, Monte Claro e Salete. A justificativa está em essas imagens serem utilizadas nas celebrações católicas nos núcleos coloniais poloneses, comumente em romarias, e no grande apelo à idolatria.

5.8 Coveiros e túmulos

Diante da variedade de cemitérios e túmulos existentes nas comunidades polonesas, não é tarefa fácil distinguir ou encontrar características comuns nesse espaço. Entre os fatores que contribuíram para tornar dificultosa uma aproximação, assinala-se a interferência de traços culturais trazidos da Polônia, bem como as dificuldades econômicas, sociais e culturais.

Constata-se que somente existem características nos adornos de túmulos nos núcleos coloniais poloneses. Os túmulos geralmente seguem um padrão de construção comum, fugindo da estética funeral encontrada no grupo de italianos, por exemplo. Em sua maioria, eram empregadas linhas retas e estruturas geométricas maciças, fixadas no solo. Em alguns casos, observa-se a presença da cerca de tijolos ou pequenas plantas ornamentais – a cerca não era feita de ferro, porque esse material é de elevado valor para um grupo com severas restrições financeiras.

No aspecto econômico, assinala-se a grande quantidade de indivíduos enterrados diretamente na terra, sem a carneira em alvenaria, em razão das péssimas condições financeiras que se apresentaram ao imigrante polonês. Deve-se a essa condição a dificuldade de encontrar um grande número de cemitérios no Rio Grande do Sul onde foram depositados

os mortos poloneses. O registro permanece apenas na memória, pois os cemitérios desapareceram, por sua construção possuir, em sua maioria, elementos que compõem a natureza, como a terra e a madeira, na confecção de cruzeiros para sinalizar o espaço dos mortos, e as flores naturais.

Por mais severa que fosse a condição econômica e social do imigrante polonês, a memória oral relata que a sepultura geralmente era elaborada de forma a retratar a ternura e o amor dos entes queridos em relação ao falecido. Sabe-se que a arte funerária possui um universo cultural próprio, gravada nas práticas cotidianas, e que reflete os desejos, concepções e poder econômico de um grupo.

A construção do túmulo nos núcleos poloneses começa com a morte da primeira pessoa da família, abrindo espaço para os demais o seguirem. Não raro, observa-se a necessidade de preservar a honra do morto, que deve ser mais cultuada do que o fora em vida, homem comum rural ou urbano. O emprego de materiais duráveis reforça o desejo que o homem tem de eternizar o ato da morte em monumento, mesmo em se tratando de comunidade com menor poder aquisitivo, o que poderia representar meses e meses de árduo trabalho para custear os gastos na construção funerária. O túmulo também simboliza a síntese da vida familiar, pois todos os membros, com a morte, ficam reunidos num mesmo local. Assim, justifica-se a união familiar frente à sociedade.⁴⁴⁷

Nos cemitérios de poloneses, a disposição dos sepulcros também é institucionalizada socialmente, mesmo que as diferenças econômicas e sociais fossem pequenas. Existia uma divisão natural entre os que possuíam meios de produção – alambiques, comércio, moinhos e propriedade rural – e os cidadãos comuns – trabalhadores assalariados, endividados e marginalizados em geral. De acordo com a conjuntura econômica de uma região, variam as práticas cotidianas, que se refletem também na construção das concepções acerca da morte e

⁴⁴⁷ KESSLER, Vicente. Entrevista oral realizada em 10 set. 2003. Áurea.

do funeral, contendo uma série de imagens e adornos que são cultuados pela comunidade, segundo seus valores morais e religiosos.⁴⁴⁸

Quando impregnadas de expressões religiosas, a comunidade polonesa fez uso da simbologia religiosa para provar ao grupo seu grau de fé advindo da formação católica. A preservação do túmulo remete à esfera daquelas práticas cotidianas que despertam o sentimento de solidariedade e afirmação perante os demais membros da comunidade.

A abertura da cova ou construção da carneira nem sempre foi realizada pela mesma pessoa. Mesmo que no grupo étnico estudado fossem poucas as carneiras de alvenaria, com ou pouca aplicação de trabalho artístico, havia por parte da comunidade um certo reconhecimento da figura do coveiro/construtor. Como já assinalado, por causa da precariedade econômica nas regiões ocupadas por poloneses, esses profissionais de cemitério tornaram-se uma espécie de faz-tudo, inclusive assumindo a responsabilidade de todos os estágios da construção de um túmulo, caso fosse necessário.⁴⁴⁹

Fica difícil, portanto, estabelecer os limites de uma ou outra especialidade, como era comum em cidades maiores e mais desenvolvidas ou nos grupos de maioria étnica composta por italianos. Ao coveiro/construtor cabia a tarefa de edificar a carneira, auxiliar no transporte do caixão no espaço do cemitério e acomodar o falecido no túmulo. A tarefa permitia ao coveiro a construção de uma imagem de coragem e heroísmo, pois estava sempre disposto a atuar em área tão nebulosa e composta de mistérios.

⁴⁴⁸ MARMILICZ, Paulo Tomaz. Entrevista oral realizada em 03 mai. 2005. Guarani das Missões.

⁴⁴⁹ KOZAK, Pedro. Entrevista oral realizada em 25 mai. 2004. Áurea.

5.9 Mobiliário sagrado

Analisando as práticas cotidianas acerca da morte e a sua representação por meio de construções cemiteriais e tumulares, acompanhada dos adornos fúnebres, pode-se compreender a visão do homem diante da vida e da morte, bem como a presença do inconsciente coletivo.⁴⁵⁰ Dentre o mobiliário que compunha a complexa construção do túmulo ou jazigo, incluem-se os adornos, epitáfios, esculturas em forma de anjo, grades, imagens sacras e vasos. Acresce-se à lista as flores naturais, e as de plástico, que passam a compor o cenário a partir de 1940.

É a partir do século XVI que se difundiu o hábito de colocar flores sobre o caixão ou dentro dele, sinalizando a certeza da ressurreição ou reencontro e a ternura dos ofertantes. Por vezes, lançavam-se flores também na cova. Desde o início do século XIX, o oferecimento de flores é repetido com insistência.⁴⁵¹

Os túmulos de poloneses encontram-se dispostos a partir da condição social da família enlutada e constituem-se, geralmente, de uma arquitetura simples. São construídos em alvenaria aparente, sem a presença de mármore ou granito, como os encontrados em cemitérios de maioria alemã e italiana. A construção envolve pouco investimento, pois são pequenos e pouco decorados – condição decorrente do baixo poder aquisitivo do grupo estudado. Compunha o túmulo, ainda, uma cruz, nem sempre em alvenaria, um ou dois vasos – na ausência de vasos, as flores eram espalhadas harmonicamente sobre o túmulo.⁴⁵²

Quanto às esculturas, a presença de anjos é encontrada, porém em menor escala. Geralmente, as crianças é que acolhiam anjos nos túmulos ou jazigos. O anjo personifica o ser espiritual que exerce o ofício de mensageiro entre Deus e os homens, daí merecer uma

⁴⁵⁰ VOVELLE, *Ideologias e mentalidade*. p. 108.

⁴⁵¹ BORGES, Maria Elizia. *Arte funerária no Brasil (1890-1930)*. Belo Horizonte: C/Arte, 2002. p. 178.

⁴⁵² KOZAK, Pedro. Entrevista oral realizada em 25 mai. 2004. Áurea.

atenção especial na estrutura figurativa do cemitério. Na Idade Média, o anjo era visto nas pinturas das igrejas, enquadrado na iconografia religiosa; no período Barroco, aparece como o Cupido das pinturas profanas. Nos séculos XIX e XX, reaparece como guardião dos túmulos, denominado, então, *anjo da morte*. Inicialmente, os anjos apareciam com características da estatuária clássica, sendo alados e assexuados; aos poucos, foram evoluindo no sentido de maior humanização, ganhando uma aparência mais terrena e perdendo suas características celestiais.⁴⁵³

No grupo polonês, a figura de anjo mais encontrada apresenta-se geralmente em forma pequena e simples.



Figura 11 – Laje tumular com anjos. Cemitério Público Municipal Pio XII. Erechim, 2006. Fonte: Acervo particular de Thaís Janaina Wenczenovicz. Erechim, 2006.

Os anjos tinham a função de reportar-se à ressurreição em sua imagem, com as mãos entrecruzadas, em posição de servir, sendo relacionados diretamente como símbolo da vida celestial. Em outros casos, também é notável a presença de flores, nas mãos ou aos pés desses

⁴⁵³ BORGES, *Arte funerária no Brasil (1890-1930)*. p. 182.

anjos, e a trombeta. Segundo a tradição católica, esse instrumento tem um significado especial: consiste em chamar os mortos à eternidade no dia do juízo final.⁴⁵⁴ As feições de saudade e desolação marcam o rosto dos anjos funerários. O anjo da saudade apresenta-se em estado de meditação, com expressão triste e serena, podendo estar disposto em posição vertical, em pé ou de joelhos, ou em posição horizontal, deitado. O anjo da desolação mostra-se em posição de oração, e sua cabeça encontra-se ligeiramente inclinada para baixo; as mãos permanecem entrecruzadas e juntas, em oração ou abaixadas, representando a solidão e a tristeza acerca do ato de morrer. Geralmente, a presença de anjos e imagens representa a posição de guardiões do túmulo.⁴⁵⁵

Os adornos ou elementos decorativos reforçam a autocelebração do defunto e, conseqüentemente, o anseio dos familiares em destacarem-no perante a sociedade. No conjunto da composição funerária, os adornos ocupam espaço reservado, com uma organização espacial própria. Havia sempre uma preocupação em distribuir de forma adequada e elegante os diversos objetos que circundam o mundo pós-morte. O emprego dos adornos geralmente ocorria de forma repetida: coroas de flores, guirlandas e velas.

As esculturas em baixo-relevo são as mais comuns em túmulos de poloneses; e nelas os elementos sobreelevam muito pouco o plano que lhes serve de fundo. O baixo custo e a facilidade da técnica favorecem o seu uso em todos os tipos de construção.

Os epitáfios aparecem imitando inscrições da Antigüidade clássica, com o objetivo de afirmar a identidade do morto. Geralmente, a inscrição era composta por nome completo do falecido, datas de nascimento e falecimento e pequenas mensagens de despedida ou de cunho religioso. As mais comuns são: “Descanse em paz”, “Saudades eternas de...”, “Espera-nos no paraíso”, “Dai a luz que não se apague”, entre outras. Observa-se que os autocidas não

⁴⁵⁴ HAMERSKI, André. Entrevista oral realizada em 10 mar. 2006.

⁴⁵⁵ BORGES, *Arte funerária no Brasil (1890-1930)*. p. 187.

possuem inscrição alguma, havendo somente o registro do nome completo e datas de nascimento e falecimento.

Os cemitérios ao ar livre em que ocorreram enterros de poloneses foram ampliando seu espaço à medida que se estabeleceu sua obrigatoriedade legal em solo nacional. Essa alteração não foi sentida pelo grupo de imigrantes, pois na Polônia já se enterravam os mortos em cemitérios dessa categoria, desde o século XVII, como já referido. Calcada na perda da privacidade do túmulo é que surgiu no cenário cemiterial a presença de grades. As grades serviam para proteger e demarcar o espaço do morto, mas havia também uma intenção eminentemente decorativa. As grades eram elaboradas de diversos materiais, como ferro, plantas decorativas, madeira e tijolos dispostos perpendicularmente no solo ou carneira.



Figura 12 – Laje tumular com uso de grade. Cemitério Público Municipal Pio XII. Erechim, 2006. Fonte: Acervo particular de Thaís Janaina Wenczenovicz. Erechim, 2006.

As imagens sacras compõem grande parte dos túmulos e dos parques jazigos existentes em cemitérios de população majoritariamente polonesa e estão comprometidas com as crenças daqueles que encomendavam os túmulos. Em se tratando de grupo essencialmente católico, nada mais compreensível que a maioria das imagens descendesse da hierarquia cristã católica.



Figura 13 – Laje tumular com imagem sacra. Fonte: Acervo particular de Thaís Janaina Wenczenovicz. Erechim, 2006.

Essas imagens sacras afirmavam-se na devoção do homem e se incorporavam maciçamente àquelas figuras canonizadas pelo catolicismo. A aquisição e a decisão de disponibilizar as imagens sacras nos túmulos acarretavam a elevação dos custos funerários, levando a família enlutada a despendere uma pequena fortuna em modelos de imagens não raro de modelos idênticos, variando apenas em tamanho. Dentre essas imagens dotadas de atributos próprios, pode-se destacar a preferência por imagens de Cristo, do Sagrado Coração

de Maria, de Nossa Senhora Aparecida, de Nossa Senhora de Fátima, de Nossa Senhora do Monte Claro e de Nossa Senhora Salette.

A imagem de Cristo geralmente é apresentada em forma adulta, alterando-se somente sua posição e suas feições físicas: ora apresenta uma expressão fisionômica serena e um porte elegante, ora traz a cabeça inerte, pendente para o lado esquerdo, os braços estendidos e pregados na cruz, as costelas salientes para frente, quase desnudo – o Cristo morto, mas, ainda assim, transmitindo serenidade.

A imagem do Sagrado Coração de Maria é a mais popular na cultura brasileira, mas não é a favorita dos imigrantes poloneses. As figuras também apresentam fisionomia serena, com as mãos apontando para o local do coração, que está saltado sobre a auréola, símbolo católico da divindade e do poder supremo de Maria, mãe de Jesus.

Já as demais imagens sacras remetem ao universo feminino, são convencionais e seguem um padrão sem originalidade alguma. As faces dessas imagens geralmente são iguais, alterando-se somente o vestuário e os objetos que as distinguiriam umas das outras. É comum a família informar os visitantes sobre a nomenclatura da imagem, em razão da dificuldade de reconhecimento imediato à visualização.

Imagens de pranteadoras, mulheres que interpretavam o pranto, o lamento e a dor da perda dos entes queridos, não foram localizadas. Entretanto, figura neste grupo étnico a expressão popular “chorar em polaco”. A expressão deriva da prática cotidiana, existente na área rural, de grupos de cantores, constituídos em espaço comunitário, que recitavam cânticos, orações e, em determinados momentos, encenavam o lamento e a perda em forma de choro artificial.⁴⁵⁶

⁴⁵⁶ KESSLER, Vicente. Entrevista oral realizada em 10 set. 2003. Áurea.

Quanto aos vasos, podiam aparecer cheios ou vazios, dependendo do fluxo de familiares ao túmulo e de sua disponibilidade de manutenção. Costumava-se homenagear o morto com flores naturais, que eram depositadas em vasos de alvenaria, alumínio ou cerâmica.

As famílias com baixo poder aquisitivo optavam por plantar flores ao redor do túmulo, para compensar a ausência dos vasos. Existe também a condição de o morto ter sido enterrado no solo, sem a presença da carneira de alvenaria, e encontrarem-se as flores plantadas sobre a cova, distribuídas harmonicamente, deixando somente o local onde supostamente estaria disposta sua face.

A partir da década de 1950-60, houve o reaproveitamento de vidros, potes plásticos e latas de óleo comestível e pesticidas, que passaram a ser usados como vasos. Também nessa época, flores artificiais começaram a enfeitar os túmulos de poloneses.



Figura 14 – Laje tumular com flores artificiais. Cemitério Público Municipal Pio XII. Erechim, 2006.
Fonte: Acervo particular de Thaís Janaina Wenczenovicz. Erechim, 2006.

5.10 Dia universal dos mortos

O culto aos mortos é muito antigo e esteve presente em quase todas as religiões, principalmente nas mais antigas. Inicialmente, era ligado aos cultos agrários e de fertilidade. Os mais antigos acreditavam que, como as sementes, os mortos eram enterrados com vistas à ressurreição.

Na prática católica, o Dia de Finados surgiu como um vínculo suplementar entre vivos e mortos, destinado a todos. O próprio mundo profano, em geral, também aderiu a essa prática. Os falecidos sempre estiveram presentes nas celebrações da igreja e no momento dos mortos no cânone da missa. Já no século I, os cristãos rezavam pelos falecidos: visitavam os túmulos dos mártires para rezar pelos que morreram. No século V, a igreja dedicava um dia do ano para rezar por todos os mortos pelos quais ninguém rezava e dos quais ninguém lembrava.

No século X, a Igreja Católica instituiu oficialmente o Dia de Finados. A partir do século XI, os papas Silvestre II (1009), João XVII (1009) e Leão IX (1015) passaram a obrigar a comunidade a dedicar um dia aos mortos. No século XIII, esse dia passou a ser comemorado em 2 de novembro, porque 1º de novembro é a Festa de Todos os Santos na tradição católica. Com o passar do tempo, a comemoração ultrapassou seu aspecto exclusivamente religioso, para revelar uma feição emotiva: a saudade de quem perdeu entes queridos. Atualmente, o Dia de Finados é um dos feriados mais universais – conta já cerca de mil anos a data de homenagens, simbolismos e culto aos mortos.

O Dia de Finados, para a imigração polonesa, representa um momento de revisitar o cemitério e celebrar os mortos, levando flores aos túmulos e rezando por eles. É comum nos núcleos poloneses chamar a data de “Dia da Saudade”, retirando o peso do aspecto fúnebre e

ênfatizando as melhores lembranças daqueles que se foram.⁴⁵⁷ Para a população, quanto mais imagens e adornos simbólicos o túmulo apresentar, maior o seu significado, recebendo, assim, visitas mais freqüentes e maior representação afetiva ao falecido.

Cabia à comunidade a responsabilidade com os mortos abandonados. Carneiras mal conservadas e sem adornos representavam a total omissão de seus descendentes, consentindo-se em fato gerador de comoção local. Não raro, havia a adoção dessas carneiras pelos sócios-proprietários ou pelos transeuntes do cemitério. Nesses túmulos, também se depositavam flores e designavam-se alguns minutos para rezar em prol da alma do falecido. Dentre as orações, a mais comum era recitada em prol das almas abandonadas, que poderiam se tornar perigosas se não contempladas por orações. Segue abaixo uma das orações mais utilizadas em culto aos mortos:

Senhor Jesus Cristo, nós te agradecemos a vida eterna que tu nos ofereces. Abre, Senhor, os nossos ouvidos para ouvirmos a tua palavra. Concede-nos, a cada dia que passa, a certeza de que a morte foi vencida pela Ressurreição de Jesus Cristo. Dá-nos, Senhor, coragem, fê e esperança, a fim de vivermos hoje e sempre, a tua verdade. E concede a nossos entes queridos e às almas mais esquecidas do purgatório, o descanso e a luz eterna. Amém.⁴⁵⁸

5.11 Morte e família

Dentre as características que passam a acompanhar as práticas de velar e sepultar os mortos, podem ser citados, inicialmente, a substituição do trabalho familiar pela criação de serviços de apoio, como coveiro, médico, e locais comerciais de artigos mortuários.⁴⁵⁹ Karpisnki acrescenta: “depois de um tempo, passaram a não mais fazer caixões em casa.

⁴⁵⁷ KESSLER, Vicente. Entrevista oral, 10 set. 2003. Áurea.

⁴⁵⁸ PRECHESKI, Gema. Entrevista oral, 08 jan. 2001. Áurea.

⁴⁵⁹ BORGES, *Arte funerária no Brasil (1890-1930)*.

Quando morria alguém comprava-se caixão na cidade. Em alguns casos, o defunto já voltava limpo, vestido e dentro do caixão. Era só colocar na sala e velar”.⁴⁶⁰

Essas práticas repercutiram significativamente nos núcleos coloniais poloneses, pois representavam a ampliação de gastos: a morte deixava para os sobreviventes as despesas provenientes de hospital ou medicação, em caso de enfermidade, com a documentação oficial (certidão de óbito, testamento ou inventário), a vestimenta para o defunto, anúncios em rádio e jornal, coroas de flores e guirlandas, e a execução da carneira ou do túmulo. Em Livro de Registro de Óbitos pode-se encontrar a observação realizada pelo escrivão: “A família não retirou a certidão, pois no dia em veio buscar não tinha fundos para arcar com o valor da mesma”.⁴⁶¹ O fato repete-se quando se trata de certidão emitida por médico. Em 1935, encontra-se em Livro de Óbitos que Alécio V. Marques, falecido no Hospital Comunitário de Viadutos, não levou consigo, no momento de liberação do corpo, o atestado – e a família não retornou para apanhar o documento.⁴⁶²

Em se tratando de representações e sentimentos, é possível assinalar a prática da despedida pública: os sentimentos da perda passam a ser expressados publicamente com mais veemência, chegando, em alguns casos, a beirar o exagero (choro, mal-estar e desmaios). Quanto maior a manifestação, mais bem aceita seria frente à comunidade local. Entretanto, a exaltação do silêncio também era prática conhecida. Não raro, a família ensinava as crianças a tratarem com atenção especial as pessoas do luto. Brincadeiras e manifestações de alegria somente eram permitidas distantes do espaço em que se encontrava o defunto. Assinala-se também a condição de confraternização social, estreitamento de relações e alianças facilmente visíveis nos velórios.⁴⁶³

⁴⁶⁰ KARPINSKI, Lúcia. Entrevista oral realizada em 07 jan. 2001. Linha Baicorá, Áurea.

⁴⁶¹ Arquivo do Cartório de Registros Notariais e de Serviços: atestados de óbitos (1925-1945).

⁴⁶² Arquivo do Cartório de Registros Notariais e de Serviços: atestados de óbitos (1925-1945).

⁴⁶³ GRABOSKI, Suavina. Entrevista oral realizada em 10 jan. 2005. Erechim.

Acresce-se a esse conjunto a permanência da pompa fúnebre: o ato de enterrar continua sendo a mais tradicional manifestação de luto. O cortejo fúnebre ocorria de maneira morosa e exaltavam-se a dor e o sofrimento trazidos pela perda do indivíduo. Não raro, elogiavam-se as atitudes do defunto enquanto vivo. A presença da cor preta, principalmente nos familiares ou amigos mais próximos, transformava o evento numa cerimônia marcante.⁴⁶⁴

O cemitério também apresenta características que marcam alteração na arquitetura de cemitérios. O ato de morrer, ritualizado, trouxe a peregrinação constante, com os vivos cultuando a memória do morto. Esse espaço passou a apresentar melhorias significativas com a distribuição das carneiras, facilitando o tráfego; com a melhor sinalização nos túmulos, agilizando a visita; e com a ampliação da presença de plantas e flores. Kessler assinala que o ato de visitar o cemitério existe há muito tempo. A maioria dos poloneses visita o cemitério, “nem que seja somente nos finados [...] É onde se tem a oportunidade de ver, mesmo que seja em forma de construção, quem se foi”.⁴⁶⁵

Nessa lógica, com a concessão da sepultura, o local reservado ao morto ficou sendo uma espécie de propriedade que assegurava a sua perpetuidade. O túmulo tornou-se, então, um marco, um sinal palpável das recordações, portanto, sagrado para os vivos. Segundo Ariès, cada família procurou construir túmulos cada vez mais monumentais e luxuosos para seus mortos; a arte funerária passou a ser mais um elemento diferenciador das classes sociais.⁴⁶⁶

Toda essa alteração apresentou-se visível nas práticas cotidianas acerca da morte entre os imigrantes poloneses. Tratava-se de satisfazer os desejos de uma população que buscava nos signos da morte uma identidade cultural; mesmo com traços diferentes dos nacionais, o

⁴⁶⁴ MARMILICZ, Paulo Tomaz. Entrevista oral realizada em 03 mai. 2005. Guarani das Missões.

⁴⁶⁵ KESSLER, Vicente. Entrevista oral realizada em 10 set. 2003 e 25 jan. 2005. Áurea.

⁴⁶⁶ ARIÈS, *História da morte no Ocidente: da Idade Média aos nossos dias*. p. 46.

ato de morrer sempre gerou inquietação e movimentação acerca dessa prática humana histórica.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A maior parte dos imigrantes poloneses aqui chegados decidiu-se pela emigração subsidiada em razão da precária situação econômica da terra de origem. O fato de os poloneses emigrarem de um país dominado política, econômica e culturalmente levou que fossem vistos como “diferentes”. Aqui, eles foram assentados nos núcleos coloniais administrados pelo Estado positivista e, para os positivistas, a Polônia estava num patamar inferior aos da Alemanha e Itália.

Sendo a Polônia uma unidade que não possuía independência política, todo elemento proveniente deste território trazia um diferencial. Em registros, é possível observar restrição por parte do poder público, quando os funcionários assinalam preocupação com os “polacos”, os quais vinham com diversas naturalidades – austríacos, eslavos, polonês e russo – por partirem de uma nação que inexistia e com nenhuma representação diplomática. Língua, ausência de representação diplomática e comportamento turbulento em caso de desenvolverem problemas de aculturação circundavam a documentação oficial do Estado quanto aos núcleos coloniais poloneses. Também aspectos relacionados às epidemias, aos contágios e às doenças, bem como à manutenção do corpo são constatados. Em documento elaborado na primeira década do século XX, é apresentado como questionamento o que segue: “em caso de estes pobres polacos desenvolverem grave epidemia, quem os iria socorrer?”.

Acresce-se ao contexto as inúmeras dificuldades enfrentadas no momento da instalação dos núcleos coloniais, quando ocorreram vários enfrentamentos entre os colonos e os funcionários da Inspetoria Geral de Terras, alterando o cotidiano dos imigrantes poloneses, bem como o processo de aculturação.

A aculturação, enquanto construto teórico que procura explicar o processo de contato direto com uma nova cultura, pode ser entendida como uma forma cumulativa de aprendizagem social que envolve a assimilação de novos padrões culturais por indivíduos que, mesmo assim, mantêm valores de sua cultura de origem. Entretanto, mesmo antes da chegada ao novo país, as percepções de similaridades e diferenças culturais afetam sua posterior adaptação. As dificuldades idiomáticas são apenas um dos estressores sociais que essas pessoas podem experienciar durante o processo de inter-relação com uma nova cultura.

Vários problemas surgiram no início das atividades de assentamentos coloniais de imigrantes poloneses. Dentre os mais citados está a viagem realizada dos grandes centros até os lotes coloniais, por causa da dificuldade que apresentavam os meios de transportes perante a condição geográfica. O imigrante polonês procedia de uma realidade diferenciada entre meios rural e urbano: em geral, vivia em seu *habitat rural* relativamente *urbanizado*, inserido no contexto europeu. Ao emigrar para o Rio Grande do Sul, antes da I Guerra Mundial, estradas, ferrovias e meios de transporte variados já eram comuns em diversas regiões da Polônia, mas não aqui.

Denota essa especificidade econômica e social a diferença nas práticas cotidianas vivenciadas pelos imigrantes poloneses desde o momento inicial de sua inserção na política migratória sulina. Atribuições culturais e sociais sinalizam o processo de aculturação desse grupo, contrastando-o com os demais fluxos migratórios.

Os acidentes geográficos impostos pelo relevo acarretaram muito trabalho e constituíram outro obstáculo para a ascensão financeira dos núcleos coloniais poloneses. As

dificuldades foram tamanhas que, em certos momentos, colocaram em jogo a sobrevivência da família. A acidez do solo, associada à falta d'água e ao ataque das formigas, deixava o colono em estado miserável ou submisso ao poder público.

A localização geográfica de grande parte dos núcleos coloniais constituídos majoritariamente por imigrantes poloneses forçou-os a um isolamento, assim como o tipo de atividade econômica, quase que exclusivamente agrícola, determinou em parte seu fechamento à penetração da cultura nacional, dificultando o processo de aculturação, diferenciando-os dos demais grupos nas práticas cotidianas.

Reafirmam-se, assim, as precárias condições econômico-sociais que acompanharam os núcleos coloniais poloneses no Rio Grande do Sul. Em instância local ou estadual, fica explícita a condição desfavorável do grupo. Em classificação estatística nacional de egressos e ingressos, os imigrantes poloneses são englobados na categoria “outras nacionalidades”.

Da medicina hipocrática aos óbitos precedidos de enfermidades derivadas da baixa imunidade e subalimentação, passando pela dificuldade de aculturação, a saúde dos poloneses pode ser considerada como parte de uma rede na qual estavam relacionadas questões culturais, geográficas e históricas demonstradas nas práticas cotidianas. Essencialmente, os poloneses buscaram a cura para suas doenças emocionais e físicas com o uso da medicina hipocrática e naturalista. Tratavam do corpo doente com chás caseiros, alimentação considerada natural e medicamentos não industrializados, em razão das suas dificuldades econômico-sociais. Também é visível uma tendência de inspiração cristã em alguns tratamentos, quando submetiam o corpo às regras morais e religiosas.

A natureza serviu de elemento fundamental no controle das doenças, o que dependia de vários fatores externos, incluindo as características das estações do ano e as variações do clima. Nesse aspecto, também se pôde constatar que a alimentação, a qualidade do sono e a

quantidade de horas trabalhadas eram consideradas importantes para o controle do corpo saudável. A busca da cura incluía o entendimento do interior do corpo e de seu meio social.

Ao mesmo tempo em que é possível constatar a preocupação desses imigrantes com a manutenção do corpo saudável, pois era do bom funcionamento do corpo que dependia o sucesso da propriedade rural, observa-se a dificuldade de adaptação às normas sanitárias apresentadas pelo Estado e, em alguns momentos, a própria ausência do poder público, enquanto gestor da saúde. Diversos eram os pedidos enviados ao governo central através dos subintendentes e inspetores locais na tentativa de buscar alimentos, remédios e verbas para os núcleos coloniais poloneses. Não raro as verbas e o encaminhamento de profissionais ocorriam quando a situação já se apresentava em estado de extrema necessidade.

A saúde e o cuidado corporal eram, inicialmente, preocupação individual, cabendo a cada um cuidar de si nesse sentido e desenvolver práticas cotidianas que evitassem a doença e a morte. Esse processo de consciência corporal iniciava ainda na infância, quando os responsáveis ensinavam à criança a relatar o mais simples movimento de alteração no funcionamento no organismo para a devida intervenção, caso fosse necessário.

Até a metade do século XX, nos núcleos coloniais poloneses, a principal causa de morte precedida de doenças era infecciosa. Entretanto, a morte por doenças infecciosas começou a diminuir, especialmente na área urbana, na segunda metade do século XIX, em razão da melhoria de fatores ambientais, assim como do aumento dos suprimentos alimentares. Dentre vários fatores, pode-se apontar a melhoria nas condições de moradia, da água, da higiene doméstica e a diminuição do analfabetismo. Alguns autores reforçam a importância das intervenções de saúde pública, incluindo a vacinação. Porém, os índices diminuiram somente duas décadas após as alterações no complexo urbano, em comparação com o rural, fator esse que manteve elevado o número de óbito nos núcleos coloniais poloneses.

Enquanto processo social, a imigração pode ser entendida como um complexo fenômeno, que envolve mudança não apenas de endereço, mas em todas as áreas da vida, observável nas práticas cotidianas. Os desgastes emocional e físico inerentes às mudanças tornam o imigrante particularmente vulnerável aos riscos de morbidade diferencial em seu novo ambiente, ainda mais se esse ambiente deslocar-se para uma área despovoada, a exemplo dos imigrantes poloneses, que enfrentaram riscos ambientais diferentes daqueles experimentados antes de emigrar.

No processo de aculturação, o sentimento e a percepção de estranhamento eram freqüentemente percebidos pelos imigrantes. Nesse caso, tanto a topologia da cidade de acolhida, quanto o próprio corpo se constituíam, para o imigrante, como o lugar da diferença. O corpo é o mediador entre o mundo exterior e o interior, deixando sempre uma marca. A percepção afetiva permite se constituir entre o próprio e o estranho, que, neste caso, é o estrangeiro. Para o imigrante, esse estranhamento levava muitas vezes à disfunção emocional (enfermidades emocionais) e a repercussões físicas (doenças).

No processo migratório, várias experiências vitais interagiram e foram retomadas. No processo de inserção na comunidade de “acolhida”, os relacionamentos interpessoais e a forma de dirigi-los foram fundamentais, tanto como fator mediador quanto como fator preditor de saúde mental e desenvolvimento saudável. Como assinalado, é comum se encontrar no orçamento do poder público estatal pedido de ampliação e liberação de verba sob o título “Socorros Mútuos” para os núcleos coloniais poloneses, com a finalidade de suprir necessidades essenciais de alimentos ou compra de remédios para controle de grave enfermidade epidêmica que atingia os “polacos”.

A combinação isolamento, precárias condições sociais e subalimentação, somada à dificultosa relação que se estabeleceu entre núcleos e poder público, resultou em doenças e óbitos nos núcleos coloniais poloneses, alterando as práticas cotidianas.

Como assinalado, a categoria social apresentada aos imigrantes poloneses contribuiu para que até funcionários do poder público se utilizassem dessas condições específicas do grupo para diferenciá-los. Tal constatação está calcada no alto grau de vigilância exigida no momento em que os funcionários se deparavam com navios de maioria do elemento polonês.

Corpos, malas e utensílios eram vistoriados criteriosamente e, em caso de qualquer suspeita, impedia-se a imediata liberação do indivíduo ou família para o barracão. O termo polaco pode ser facilmente encontrado nas fichas de ingresso e registro de acompanhamento médico-sanitário, quando o enfermo é imigrante polonês. Também se podem constatar no processo de assimilação nacional e aculturação do imigrante polonês diversas dificuldades apontadas em documentos oficiais. No aspecto doenças, é visível a observação do tifo como uma grave epidemia que se espalhou pelo país, sendo uma doença tipicamente de “polacos”.

Essas idéias quanto à não-aculturação do elemento polonês também podem ser observadas em documentos oficiais do Departamento de Saúde, Higiene e Sanitarismo, no Livro Geral de Imigrantes – registro de entrada –, no espaço denominado “OBS”, por meio de um apontamento que sinaliza serem os polacos um péssimo resultado para a imigração, pois, no Estado do Paraná e em Santa Catarina, como aqui [Rio Grande do Sul], apresentavam características de indolência e eram muito doentes.

É possível encontrar em diversos documentos oficiais a dificuldade de relacionamento entre imigrantes poloneses e o poder público, visto que tinham sérias restrições em adequar-se às leis, tanto estaduais quanto nacionais. Tal dificuldade é possível encontrar em décadas posteriores ao processo de chegada deste grupo étnico. Em relatório enviado à capital do Estado na década de 1940, na gestão de Amintas Maciel, prefeito de Erechim, em senso realizado em decorrência de exigência da Secretaria de Saúde e Higiene, o secretário apontou a dificuldade que o órgão encontrara em numerar as doenças nos núcleos poloneses na região do Alto Uruguai: “são arredios, muito menos recebem os funcionários para fornecer

informações e dizem que estão precisando de ajuda. É comum nessas regiões de polacos sempre solicitarem mantimentos diversos”.

Através do corpo, enfermo ou não, pode-se afirmar que o processo de relações estabelecidas entre imigrantes, poder público e necessidade de aculturação colocaram os poloneses em grau de diferença através das práticas cotidianas. Comunidades colocadas sob tensão conhecem taxas superiores de doenças físicas e mentais.

As doenças mentais e psíquicas que envolveram os núcleos coloniais poloneses, identificadas na pesquisa, apresentam-se como choradeira, crise afetiva e financeira, erro de juízo, decadência intelectual e perturbação do comportamento moral. Independentemente da nomenclatura utilizada, tradicionalmente se prestaram a confusões e práticas de exclusão. Os enfermos eram mantidos sob controle e guarda familiar e um número expressivo foi internado no Hospital São Pedro, nas alas de 3ª e 4ª classe.

Entre a dor e a insensatez, o escândalo e a ameaça, foi sempre difícil definir a patologia mental, permanecendo o enfermo num contexto familiar e social pouco propício à superação ou à estabilização do mal que o afligia.

A morte – precedida de enfermidade ou mecânica – foi analisada através das práticas cotidianas. Ela representa o fim de um ciclo de vida. Nos núcleos coloniais poloneses, até 1940, era comum que a morte ocorresse sem acompanhamento ou assistência médica. Acometido de enfermidade ou não, o polonês reservou as flores, as preces, os cânticos ao indivíduo que se despede da família e da comunidade. O ato de velar e enterrar apresenta, conjuntamente com a dor da perda, uma prática cotidiana calcada na tradição cristã católica.

REFERÊNCIAS

ABELA, Taisha. *A travessia das feiticeiras*. A jornada iniciática de uma mulher. Rio de Janeiro: Record, 1995.

ABRÃO, Janete Silveira. *Banalização da morte na cidade calada: a hespanhola em Porto Alegre, 1918*. Porto Alegre: EDIPUCRS, 1998.

AGUIAR, Eurico de. *A história das ciências da saúde*. In: Brasília: Brasília Méd, 2001. (Coleção Memória da Saúde Pública). p.5-40.

ALMEIDA, M. de; DANTES, M. A. M. O serviço sanitário de São Paulo, a saúde pública e a microbiologia. In: DANTES, M. A. M. (Org.). *Espaços da ciência no Brasil. 1800-1930*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.

ANTUNES, José Leopoldo Ferreira. *Hospital*. Instituição e história social. São Paulo: Letras & Letras, 1991.

ARIÈS, Phillipe. *História da morte no Ocidente: da Idade Média aos nossos dias*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1997.

AZANHA, José Mário. *Uma idéia de pesquisa educacional*. São Paulo: EDUSP, 1992.

BARBOSA, Plácido. *Dicionário de terminologia médica portuguesa*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1917.

BARRETO, Djalma. *Parapsicologia, curandeirismo e lei*. Petrópolis: Vozes, 1972.

BENCHIMOL, Jaime Larry. *Dos micróbios aos mosquitos*. Febre amarela e a revolução pasteuriana no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz/UFRJ. 1999.

BENCHIMOL, Jaime Larry (Coord.). *Febre amarela: a doença e a vacina, uma história inacabada*. Rio de Janeiro: Fiocruz. 2001.

BENCHIMOL, Jaime Larry (Coord.). *Pereira Passos, um Haussmann tropical*. Rio de Janeiro: Departamento Geral de Documentação e Inf. Cultura, 1990.

BERTOLLI, Cláudio Filho. *História da saúde pública no Brasil*. São Paulo: Ática, 2001.

- BIRABEN, Jean-Nöel. Epidemias na história da população. In: MARCÍLIO, Maria Luiza (Org.). *População e sociedade: evolução das sociedades pré-industriais*. Petrópolis: Vozes, 1984. p.80-123.
- BONOW, Germano Mostardeiro. *Indicadores de saúde do Rio Grande do Sul – aspectos históricos (1900-1977)*. 1979. Dissertação de Mestrado em Saúde Pública. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. USP, São Paulo, 1979.
- BOTELHO, João Bosco. *História da medicina: da abstração à materialidade*. Manaus: Valer, 2004.
- BRANDÃO, Carlos Rodrigues. *A cultura na rua*. Campinas: Papiros, 1989.
- BRANDÃO, Nadja dos Santos. *Da tesoura ao bisturi: o ofício das parteiras – 1897-1967*. Porto Alegre. Dissertação Mestrado em História. PUCRS, 1998.
- BAYARD, Jean-Pierre. *Sentido oculto dos ritos mortuários. Morrer é morrer?* São Paulo: Paulus, 1996.
- BELLOMO, Harry Rodrigues. *Cemitérios no Rio Grande do Sul*. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2000.
- BORGES, Maria Elizia. *Arte funerária no Brasil (1890-1930)*. Belo Horizonte: C/Arte, 2002.
- BRANDÃO, Carlos Rodrigues. *A cultura na rua*. Campinas: Papiros, 1989.
- BRANDÃO, Carlos Rodrigues; MESQUITA, Zilá. Territórios do cotidiano. In: *Dilemas e desafios da historiografia brasileira*. Porto Alegre/ Santa Cruz do Sul: Ed. UFRGS/ Ed. UNISC, 1995.
- BRAUNWALD, Eugene. *Manual de medicina*. 15.ed. Rio de Janeiro: UFF, 2002. Seção I.
- BRESCIANI, Carlo. Saúde: abordagem histórico-cultural. In: *Mundo Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2000. p. 11-57.
- BRUM, Jane Lilian Ribeiro. *Práticas em saúde para mulher e a criança: retrospectiva histórica em Carazinho (RS) 1931-1945*. Passo Fundo: UPF, 2004.
- BUSATTA, Félix Fortunato; STAWINSKI, Alberto Victor. *Josué Bardin: história e religião das colônias polonesas*. Porto Alegre: EST, 1981
- CADERNOS DO CEON. *Representações do corpo e da morte*. Chapecó: Argos, 2000.
- CALDER, Ritchie. *O homem e a medicina: mil anos de trevas*. São Paulo: Hemus, 1976.
- CANELLA, Guido. *Mors construens*. Hinterland 29-30. Milano, v. 7. P. 2-5, 1984.
- CASTIGLIONI, Arturo. *História da Medicina*. São Paulo: Nacional, 1947. Vol.I.
- CASSOL, Ernesto. Empresa Colonizadora Luce-Rosa & Cia. Ltda. Um estudo de fontes. *Revista Perspectiva*, n. 7, 1978. p.7-30.
- CASSOL, Ernesto. *Histórico de Erechim*. Passo Fundo: Instituto Social Padre-Berthier, 1979.

CASSOL, Ernesto. *Estado e colonização no projeto do PRR: a colônia de Erechim*. Erechim. *Diário da Manhã*, 1991.

CATROGA, Fernando. *O céu da memória: cemitério romântico e culto cívico dos mortos em Portugal (1756-1911)*. Coimbra: Minerva, 1999.

CHAUNU, Pierre. *A história como consciência social: a duração, o espaço e o homem na época moderna*. Rio de Janeiro: Zahar, 1974.

CHERNOVIZ, Pedro. *Dicionário de medicina popular*. Paris, 1890.

CHIAVENATTO, Júlio José. *A morte: uma abordagem sociocultural*. São Paulo: melhoramentos, 1998.

CISNEROS, Zuñiga. Manual de historia de los hospitales, *Revista de la Sociedad Venezolana de Historia de la Medicina*: v. 4, 1987. p. 7-51.

CONSTANTINO, Núncia Santoro de. Teoria da História e reabilitação da oralidade: convergência de um processo. In: ABRAHÃO, Maria Helena (Org.). *A aventura (auto)biográfica: teoria e empiria*. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2004. p.

CONSTANTINO, Núncia Santoro de. *Caixas no porão: vozes, imagens, histórias*. Porto Alegre: Biblos, 2004.

COSTA, Bonifácio. Administração sanitária no Rio Grande do Sul. *Arquivos de Higiene, Departamento Nacional de Saúde, Ministério da Educação e Saúde*, dez. 1943, n. 3, ano 13, Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1944. p.30-75.

COSTA, Clóvis Corrêa da. *Higiene pré-natal*. 2.ed. Ministério da Educação e Saúde. Serviço Nacional de Educação Sanitária. Rio de Janeiro, 1945.

COUTO, Miguel. *Clínica médica*, 3.ed. Rio de Janeiro, Flores & Mano Ed., 1936.

CRESPO, Jorge. *História do corpo*. Lisboa: Difel, 1990.

COX, Joseph Mason. *Práticas de observação em sanatórios*. Oxford University Press, 1963.

DARNTON, Robert. *O beijo de Lamourette: mídia, cultura e revolução*. São Paulo: Companhia das Letras, 1990.

DEBRAY, Régis. *Vida y muerte de la imagen. Historia de la mirada en Occidente*. Barcelona: Paidós, 1992.

DE CERTAU, Michel. *A invenção do cotidiano*. Petrópolis: Vozes, 1994.

DRIGALSKY, Wilhelm von. *O homem contra os micróbios*. Belo Horizonte: Itatiaia, 1962.

DOBERSTEIN, Arnoldo Walter. *Estatuários, catolicismo e gauchismo*. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2002.

DUBY, Georges; ARIÈS, Philippe. *História da vida privada: do império romano ao ano mil*. São Paulo: Companhia das Letras, 1994.

- ELIAS, Norbert. *O processo civilizador*. Rio de Janeiro: Zahar, 1984.
- ELIAS, Norbert. *Solidão dos moribundos*. Rio de Janeiro: Zahar, 2001.
- FERREIRA, Arthur Arruda Leal. *A história das ciências e a nova história: indícios para os estudos históricos no campo da saúde*. Rio de Janeiro: Caderno Saúde Coletiva, 2005.
- FERREIRA, Marieta de Moraes (Org.). *Entre-vistas: abordagens e usos da história oral*. Rio de Janeiro: Ed. Fund. Getúlio Vargas, 1994.
- FONTENELLE, J. P. *Compêndio de higiene*. 5.ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1940.
- Leis, Decretos e Actos do Governo do Estado do Rio Grande do Sul 1895. Porto Alegre: A Federação, 1920.
- FOUCAULT, Michel. *Microfísica do poder*. 11.ed. Rio de Janeiro: Graal, 1993.
- FOUCAULT, Michel. *O nascimento da clínica*. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1994.
- FRANCO JUNIOR, Hilário. *História econômica geral*. São Paulo: Atlas, 1992.
- FRASER, Ronald. História oral, história social. In: *História Social*. Valência: Instituto de História Social, n.17, 1993. p. 131-139.
- FREITAS, Celso Arcoverde de. *Histórias da peste e outras epidemias*. Rio de Janeiro: PEC/ENSP, 1988.
- FREYRE, Gilberto. *Sobrados e mucambos*. Rio de Janeiro: José Olympio, 1951.
- GALTON, Francis. *Herencia e eugenesia*. Madri: Alianza, 1988.
- GALVÃO, Viviane. *Religiosidade e morte: instrumento do projeto colonial português*. Columbia: The University of South Carolina, 1995.
- GAARDER, Jostein; HELLERN, Victor; NOTAKER, Henry. *O livro das religiões*. São Paulo: Cia das Letras, 2000.
- GARDOLINSKI, Edmundo. Imigração e Colonização polonesa. In: BECKER, Klaus (Org.). *Enciclopédia riograndense*. Canoas: Regional, v.5,1958. p.58-97.
- GARDOLINSKI, Edmundo. *Escolas de colonização polonesa no Rio Grande do Sul*. Porto Alegre: EST; Caxias do Sul: UCS, 1975.
- GARDOLINSKI, Edmundo. In: *Anuário Brasileiro de Imigração e Colonização*. 1961.
- GEOVANINI, Telma e outras. *História da enfermagem*. Versões e Interpretações. Rio de Janeiro: Revinter, 1995
- GILL, Lorena Almeida. *Um mal do século: tuberculose*. Tuberculosos e políticas de saúde em pelotas (1890-1930). Porto Alegre, 2004. Tese de Doutorado em História. PUCRS, 2004.
- GIORDANI, Mário Curtis. *História da Grécia*. Petrópolis: Vozes, 1972.

GIRON, Loraine Slomp; BERGAMASCHI, Heloisa Eberle. *Colônia: um conceito controverso*. Caxias do Sul: EDUSC, 1996.

GOFFMAN, Erwing. *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. Rio de Janeiro: Zahar, 1980.

GOGULSKI, Stanislaw. *Caminhando para a terra prometida: do rio do Peixe, a Nova Polônia até Carlos Gomes*. Erechim: Edelbra, 2000.

GOUBERT, Pierre. *Beauvais et le Beauvais de 1600 à 1730*. Paris: S.E.V.P.E.N., 1960. A obra foi reeditada com o título *Cent mille provinciaux au XVII siècle*. Paris: Flammarion, 1968.

GRITTI, Isabel Rosa. *Imigração e colonização polonesa no Rio Grande do Sul*. A emergência do preconceito. Porto Alegre: Martins Livreiro, 2004.

GRMEK, M.D. *Préliminaires d'une étude historique des maladies*. Paris: Annales E.S.C., 1969.

GUTIERRES, Éster; Rogério. *Arquitetura e assentamento ítalo-gaúchos (1875-1914)*. Passo Fundo: UPF, 2001.

HACKETT, L. Os cinco anos da Comissão Rockefeller no Brasil. *Tribuna Médica*, Rio de Janeiro 27, 1921, p. 157-163.

HARRIS, Marvin. *Vacas, porcos, guerras e bruxas: os enigmas da cultura*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1978.

HELLER, Agnes. *O cotidiano e a história*. São Paulo: Paz e Terra, 2000.

HOWARTH, Glennys. (Coord.). *Enciclopédia da morte e da arte de morrer*. Lisboa: Quimera, 2004.

IBGE. *Estatísticas do século XX*. Centro de documentação e disseminação de informações Rio de Janeiro, 2003.

IOTTI, Luiza Horn. (Org.). *Imigração e colonização: legislação de 1747-1915*. Porto Alegre: Assembléia Legislativa do Estado do RS. Caxias do Sul: Edusc, 2001.

JORNAL Correio do Povo. Porto Alegre, 26 de janeiro de 1974.

JORNAL Diário de Notícias. *Artigos diversos*. Porto Alegre, 1925-1945.

JORNAL A Voz da Serra. *Artigos Diversos*. Erechim, 1940-1955.

KASTENBAUN, Robert; AISENBERG, Ruth. *Psicologia da morte*. São Paulo: Pioneira, 1983.

KARNAL, Oscar da Costa. *Subsídios para a história do município de Erechim*. Porto Alegre: Globo, 1926.

KILBOURNE, Edwin. Influenza. In: VERONESE, Ricardo. *Doenças infecciosas e parasitárias*. Rio de Janeiro: Koogan, 1991. p.30-45.

- KULA, Marcin. *A emigração polonesa no Brasil à luz do estado das pesquisas conduzidas na Polônia*. Varsóvia, 1990.
- KRUPINSKI, Rosália. *Paróquia Nossa Senhora Monte Claro (1915-1990)*. Passo Fundo: UPF, 1990.
- LACERDA, de Faro Ciro. *O essencial sobre a Polônia*. Rio de Janeiro: De Vida, 1944.
- LEFEBVRE, Henri. *Critique de la vie quotidienne*. Paris: L'Arche, 1947, 1968 e 1981, I, II, III.
- LEFEBVRE, Henri. *A vida cotidiana no mundo moderno*. São Paulo: Ática, 1991.
- LE GOFF, Jacques. *As doenças têm história*. Lisboa: Terramar, 1997.
- LEMOS, Carlos. A. C.. *A casa brasileira*. São Paulo: Contexto, 1989.
- LIMA, Darcy Roberto Andrade. *Manual de História da Medicina*. Rio de Janeiro: Medin, 1986.
- LOPES, Otacílio. *A medicina no tempo*. São Paulo: Melhoramentos.
- LOUREIRO, Marai Amélia Salgado. *Origem histórica dos cemitérios*. São Paulo: Departamento do Patrimônio Histórico da Secretaria Municipal de Cultura, 1976.
- LUKÁCS, G.. *Estética I: la peculiaridad de lo estetico*. Barcelona: Grijalbo, 1966.
- LUTZ, A.; SOUZA-ARAÚJO, H.C de; FONSECA FILHO, O. da. *Viagem científica no Rio Paraná e Assunción com volta por Buenos Aires, Montevideo e Rio Grande*. Mem Inst Oswaldo Cruz; 1918.
- MACHADO, Roberto. *Danação da norma*. Medicina social e a constituição da psiquiatria no Brasil. Rio de Janeiro: Graal, 1978.
- MAESTRI, Mário. *Os senhores do litoral: conquista portuguesa e agonia tupinambá no litoral brasileiro*. (séc. 16). Porto Alegre: EDUFRGS, 1995.
- MAESTRI, Mário. *Os senhores da serra*. Passo Fundo: UPF, 2002.
- MAFFESOLI, Michel. *O conhecimento do cotidiano*. Lisboa, 1986.
- MARANHÃO, José Luiz de Souza. *O que é morte*. São Paulo: Brasiliense, 1986.
- MARMILICZ, Paulo Tomaz. *Antiga colônia polonesa de Guarani das Missões e suas relações atuais*. Reflexões em torno do camponês guaraniense, sua trajetória histórica, suas realizações econômicas e desafios – 1891- 1996. Ijuí: Polígrama, 1996.
- MARQUES, Gisele da Silva. O tempo e a morte. In: GAUER, Ruth M. Chittó (Coord.). *Tempo / História*. Porto Alegre: EDIPUCRS, 1998. p. 99-109.
- MARQUES, José Antônio da Silva. *Bíblia Sagrada*. São Paulo: Quadrante, 1994. v.1.
- MARTINS, Wilson. *Um Brasil diferente*. 2.ed. Curitiba: Estudos Brasileiros, 1955.

- MAFRE, Jean-Jacques. *A vida na Grécia clássica*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1989.
- MEIHY, José Carlos Sebe Bom. *Manual de história oral*. São Paulo: Loyola, 2000.
- MEYER, D. Alguns são mais iguais que os outros: etnia raça e nação em ação no currículo escolar. In: SILVA, L. (Org.). *A escola cidadã no contexto da globalização*. Petrópolis: Vozes, 1998. p.87-115.
- MINAYO, Maria Cecília de Souza. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo/ Rio de Janeiro: Hucitec- Abrasco, 1998.
- MODTKOWSKI, Luiz Isidoro. A colonização polonesa em Áurea – Rio Grande do Sul. In: *Seminário Brasil-Polônia, 1º*. Curitiba, 1998. p.3-15.
- MORIN, Edgar. *O homem e a morte*. Rio de Janeiro: Imago, 1997.
- MOTA, E.; FRANCO, A.; MOTTA, M.. Migração, estresse e fatores psicossociais na determinação da saúde da criança. In: *Psicologia: reflexão e crítica*. São Paulo, 1999. p.67-84.
- NASCIMENTO, Júnior. *Paranaguá e a estrada de ferro*. Álbum comemorativo do cinquentenário da estrada de ferro do Paraná. Curitiba: Imprensa Paranaense, 1935.
- NAVA, Pedro. *Capítulos da história da medicina no Brasil*. São Paulo: Ateliê Editorial, 2003.
- NEIVA, A.; PENNA, B. *Viagem Científica pelo Norte da Bahia, Sudoeste de Pernambuco, Sul do Piauí e de Norte a Sul do Goiás*. Mem Inst Oswaldo Cruz, 1916. p. 74-224.
- PAPALIS, Diane. *O mundo da criança: da infância à adolescência*. São Paulo: Makron Books, 1998.
- PEDRO, Joana Maria. Corpo e controle. In: *Anos 90. Revista do Programa de Pós-Graduação em História*, Nº 8, UFRGS, Porto Alegre, dez. 1997. p. 100-112.
- PÉLICIER, Yves. *História da Psiquiatria*. Paris: Europa-América, 1971.
- PERIÓDICO PRZEGLAD KATOLICI Varsóvia, 1891.
- PERROT, Michelle. Práticas da memória feminina. *Revista Brasileira de História*, São Paulo, v.9 n. 18, 1989. p.9-18.
- PESTANA, Emanuel. *Dicionário breve de Psicologia*. Lisboa: Presença, 1998.
- PESSOA, S.B. *Problemas brasileiros de higiene rural*. São Paulo: Renascença. 1950.
- PETIT, Paul. *História Antiga*. “Precis D’histoire Ancienne”. Trad. Pedro Moacyr Campos. São Paulo: Difel, 1983. Cap. I e II.
- PEZAT, Paulo Ricardo. *Carlos Torres Gonçalves, a família, a pátria e a humanidade: a recepção do positivismo por um filho de Auguste Comte e de Clotilde de Vaux no Brasil (1875-1974)*. Tese de Doutorado em História. UFRGS, Porto Alegre, 2003.

PREFEITURA MUNICIPAL de Erechim. Departamento de Obras. *Livro N° 2. Requerimentos pertencentes à Empresa Colonizadora Estadual.*

PIRES, Denise. *Hegemonia médica na saúde e a enfermagem no Brasil (1500 a 1930)*. São Paulo: Cortez, 1989.

PIZA, J. T.. Esboço histórico da incidência de algumas moléstias infectuosas agudas em São Paulo. *Arquivo Higiene Saúde Pública*; 29: 1964. p.7-46.

POLSKA Agencja Informacyna. *Cartão da Polônia*. Polônia, 1991.

RANGER, Terence and SLACK, Paul. *Epidemics and Ideas: essays on the historical perception of pestilence*. Cambridge: Cambridge University Press, 1999.

REIS, Trajano Joaquin dos. *Elementos de higiene social*. Curitiba: Imprensa Paranaense, 1894.

REIS, João José. *A morte é uma festa: ritos fúnebres e revolta popular no Brasil do século XIX*. São Paulo: Companhia das Letras, 1991.

REVEL, J.; PETER, J. P.. O corpo. In: *História: novos objetos*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1988.

REZENDE, Joffrei M. de. *Vertentes da medicina*. São Paulo: Giordano, 2001.

REZENDE, Joffrei M. *Linguagem Médica*, 3.ed. São Paulo: AB Editora e Distribuidora de Livros, 2004.

RIO GRANDE DO SUL. *Relatório apresentado a Getúlio Vargas pelo interventor federal Flores da Cunha em abr. 1935*. Porto Alegre: Globo, 1935.

RIO GRANDE DO SUL. *Decreto N° 7.481, de 14 de setembro de 1938*. Porto Alegre: Globo, 1938.

RIO GRANDE DO SUL. *Relatório apresentado ao presidente Getúlio Vargas pelo interventor federal do Rio Grande do Sul, Osvaldo Cordeiro de Farias, durante o período de 1938-1943*. Porto Alegre: Imprensa Oficial, 1943.

RIO GRANDE DO SUL. Departamento Estadual de Saúde em 1943. *Relatório apresentado ao interventor federal do Estado tenente-coronel Ernesto Dornelles pelo diretor do DES Eleyson Cardoso*. Porto Alegre: Imprensa Oficial, 1943.

RIO GRANDE DO SUL. *Arquivo do Departamento Estadual de Saúde*. v.6, 1945. Imprensa Oficial: Porto Alegre, 1946.

RIO GRANDE DO SUL. *Relatório apresentado pelo chefe de secção de higiene e saúde Pública, Francisco de Castilhos Marques Pereira, 1930*. Porto Alegre: Imprensa Oficial, 1933.

ROCHE, Jean. *A colonização alemã e o Rio Grande do Sul*. Porto Alegre: Globo, 1969.

- RODRIGUES, Cláudia. “Funerais sincréticos: práticas fúnebres na sociedade escravista”. In: *Revista Cativoiro e liberdade*. Laboratório interdisciplinar de pesquisa em História Social – UFRJ – Laboratório de História Oral e Iconografia – UFF – Ano II – vol. 3 jan/jul., 1996. p. 81-97.
- ROSEN, George. *Uma história da saúde pública*. 2.ed. São Paulo: UNESP: Hucitec, 1994.
- ROSTOVTZEFF, M. *História de Roma*. Trad. Waltensir Dutra. Rio de Janeiro: Zahar, 1983.
- RUSSI, Miguel Pedro. *Planejamento energético do município de Áurea, Rio Grande do Sul (1992-2000)*. Monografia. URI, Erechim, 1992.
- SALLES, Pedro. *História da medicina no Brasil*. Belo Horizonte: Coopmed, 2004.
- SARAIVA, F.R.S. *Dicionário latino-português*. 9.ed. Rio de Janeiro: Garnier, 1993.
- SCHWARCZ, Lilia Moritz. *O espetáculo das raças. Cientistas, instituições e questão racial no Brasil – 1870-1930*. São Paulo: Companhia das Letras, 1993.
- SCOTTI, Zelinda Rosa. *Loucas mulheres alemãs: a loucura visitada no Hospital São Pedro (1900-1925)*. Dissertação de Mestrado em História. PUCRS, Porto Alegre, 2002.
- SCLIAR, Moacir. *A indústria ansiosa contra o corpo santo*. São Paulo: Jornal A Folha de São Paulo, 28 de março de 2004. p.7.
- SMOLA, Krzysztof; DEMBICZ, Andrej. *A presença polonesa na América Latina. Roteiros Poloneses na América Latina*. CESLA: Centro de Estudos Latino-Americanos. Varsóvia: Universidade de Varsóvia, 1996.
- SEVCENKO, Nicolau. *Orfeu extático na metrópole*. São Paulo: Companhia das Letras, 1992.
- SILVA, Luiz Jacinto. *O controle das endemias no Brasil e sua história*. São Paulo: Ciência e Cultura, v. 55, 2003. p.90-110.
- SILVEIRA, Éder. *A cura da raça: eugenia e higienismo do século XX*. Passo Fundo: UPF, 2005.
- SINGER, Paul; CAMPOS, Oswaldo; OLIVEIRA, Elisabeth M. de. *Prevenir e curar: o controle social através dos serviços de saúde*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1988.
- STAWINSKI, Alberto Victor. *Primórdios da imigração polonesa no Rio Grande do Sul (1875-1975)*. Porto Alegre: EST; Caxias do Sul: UCS, 1976.
- SOARES, Carmen. (Org.). *Corpo e história*. Campinas: Autores Associados, 2001.
- STOLZ, Roger. *Cartas de Imigrantes*. Porto Alegre: Edições EST, 1997.
- TEDESCO, João Carlos (Org.). *Usos de memórias*. Passo Fundo: UPF, 2002.
- TEDESCO, João Carlos. *Paradigmas do cotidiano*. Introdução à constituição de um campo de análise social. 2.ed. Santa Cruz do Sul: Edunisc; Passo Fundo: UPF, 2003.

TEDESCO, João Carlos. *Nas cercanias da memória: temporalidade, experiência e narração*. Passo Fundo: UPF; Caxias do Sul: Edusc, 2004.

TEMPSKI, Edwino. Quem é o polonês? *Boletim Especial do Instituto Histórico, Geográfico e Etnográfico Paranaense*, Curitiba: 1971.

THIELEN, E.V.; et. al. *A ciência a caminho da roça: imagens das expedições científicas do Instituto Oswaldo Cruz ao interior do Brasil entre 1911 e 1913*. Rio de Janeiro: Fiocruz; Casa de Oswaldo Cruz. 1991.

THOMPSON, Paul. *A voz do passado: história oral*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992.

THORWALD, Jurgen *O século dos cirurgiões*. São Paulo: Hemus, [s.d].

VALETA, Antônio. *Clínica Naturista*. Moderno sistema de cura natural. Montevideu: Higiene e Saúde, 1938.

VARGAS, Getúlio. *As diretrizes da nova política no Brasil*. Rio de Janeiro: José Olympio, [s.d].

VOVELLE, Michel. *Ideologias e mentalidades*. São Paulo: Brasiliense, 1987.

WACHOWICZ, Ruy Christovam. *O camponês polonês – raízes medievais na mentalidade emergente*. Tese de concurso à Livre-Docência. Disciplina de História Medieval. Universidade Federal do Paraná. Curitiba, 1974.

WAIBEL, Léo. Princípios da colonização européia no Brasil. *Revista Brasileira da Geografia*, 1949, n 2, 1949. p.21-40.

WALDMAN, E. A.; SILVA, L. J. da; MONTEIRO, C. A.. Trajetória das doenças infecciosas: da eliminação da poliomielite à reintrodução da cólera. In: MONTEIRO, C. A. (Org.). *Velhos e novos males da saúde no Brasil*. 2.ed. São Paulo: Hucitec; Nupens – US, 2000.

WEBER, Beatriz Teixeira. *As artes de curar*. Medicina, religião e positivismo na República Rio-Grandense (1889-1928). Santa Maria: Ed. da UFSM; Bauru: Edusc, 1999.

WEISS, João. Colonos na Selva. *Emigrantes como agricultores*. Rio de Janeiro: Edição do Autor, 1949.

WENDLING, Líbia Maria. O imigrante polonês no Rio Grande do Sul. In: *Estudos Leopoldenses*. São Leopoldo: Unisinos, 1971.

WENCZENOVICZ, Thaís Janaina. *Montanhas que furam as nuvens! Imigração Polonesa em Áurea (1910-1945)*. Passo Fundo: UPF, 2002.

WERLANG, Blanca Susana Guevara. *Proposta de uma entrevista semi-estruturada para autópsia psicológica em casos de suicídio*. Tese de Doutorado em Ciências Médicas. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas, Campinas, 2000.

WITTER, Nikelen Acosta. *Dizem que foi feitiço: as práticas de cura no Brasil (1845-1880)*. Porto Alegre: Edipucrs, 2001.

WONSOWSKI, João Ladislau. *Nos peraus do rio das Antas: núcleo de imigrantes poloneses da ex-colônia Alfredo Chaves (1890)*. Tradução e notas de Alberto Victor Stawinski. Porto Alegre: EST; UCS, 1976.

ZAMBONATTO, Aristides. *Os meus Erechim*. Erechim: Gráfica São Cristóvão, 1997.

ZILLES, Urbano. *Esperança para além da morte*. Porto Alegre: Escola Superior de Teologia, 1980.

DEPOENTES ORAIS

ALEGRETTI, Zielak Elisabetha. Entrevista oral realizada em 08 de fevereiro de 2002 e 20 de abril de 2005. Erechim

CALEFFI, Ângelo Luiz. Entrevista oral realizada em março de 1985, por Enori Chiaparini. Arquivo Histórico Municipal Juarez Miguel Illa Font. Erechim.

FALKOSKI, Waldomira. Entrevista oral realizada em 20 de março de 2004. Erechim.

GORSKI, Osvaldo. Entrevista oral realizada em 10 de janeiro de 2002. Erechim.

GRABOSKI, Suavina. Entrevista oral realizada em 10 de janeiro de 2005. Erechim.

GROCH, Vanda Maria Krepinski. Entrevista oral realizada em 20 de março de 2003 e 25 de janeiro de 2006. Erechim.

HEINZ, Nicolau Albano. Entrevista oral realizada em 23 de março de 2003. Áurea.

KARPINSKI, Lúcia. Entrevista oral realizada em 07 janeiro 2001. Linha Baicorá, Áurea.

KARPINSKI, Tecla. Entrevista oral realizada em 07 de janeiro de 2001. Áurea.

KESSLER, Isabela. Entrevista oral realizada em 15 de janeiro de 2003. Áurea.

KESSLER, Vicente. Entrevista oral realizada em 10 de setembro de 2003 e 25 de janeiro de 2005. Áurea.

KOZAK, Pedro. Entrevista oral realizada em 25 de maio de 2004. Áurea.

KRZYSCZAK, Wenceslau. Entrevista oral realizada em 08 de janeiro de 2001. Linha São Sebastião, Áurea.

MALINOWSKI, Longines Brasil. Entrevista oral realizada em 24 de junho de 2004. Erechim

MARMILICZ, Paulo Tomaz. Entrevista oral realizada em 03 de maio de 2005. Guarani das Missões.

MODTKOSKI, Artêmio. Entrevista oral realizada em 16 de fevereiro de 2006.

NOSKOSKI, Carlos. Entrevista oral realizada em 20 de julho de 2002. Áurea.

POPOASKI, Joana Lídia. Entrevista oral realizada em 21 de maio de 2003. Erechim.

POTULSKI, Ignácio. Entrevista oral realizada em 16 de novembro de 2004. Carlos Gomes.

PRECHESKI, Gema. Entrevista oral realizada em 08 de janeiro de 2004. Áurea.

VOLT, Maria. Entrevista oral realizada em 08 de janeiro de 2002. Áurea.

ARQUIVOS E BIBLIOTECAS PESQUISADOS:

Em Áurea:

- Arquivo do Cartório de Registro Notariais e de Serviços: atestados de óbitos (1925-1945).
- Arquivo e livros tombo da Paróquia Nossa Senhora do Monte Claro: atestados de óbito, registro de batismos, livro tombo (1916-1925).
- Arquivo da Prefeitura Municipal: documentação administrativa e relatórios elaborados pela Comissão de Terras.
- Arquivo particular de Maria Volt: entrevista e fotografias.
- Arquivo particular de Gema Precheski: entrevista e fotografias.
- Museu Municipal João Modtkowski: documentos, entrevistas e fotografias.

Em Barão de Cotegipe

- Arquivo particular de Gleice Tussi: fotografias.

Em Carlos Gomes

- Arquivo particular de Marilu Bielski: entrevista.

Em Erechim

- Arquivo Público Juarez Miguel Illa Font: correspondências expedidas (1908-1950); correspondências recebidas (1915-1945); relatórios administrativos da Colônia Erechim; Jornal Diário de Notícias (1925-1945); entrevistas e fotografias.
- Arquivo da Prefeitura Municipal: relatórios e mapas (Secretaria de Obras e Sanitarismo).
- Arquivo particular de Elisabeth Alegretti: entrevista, livros e fotografias.
- Arquivo particular de Ernesto Cassol: artigos e livros.
- Arquivo particular de Isabel Rosa Gritti: recortes de jornal, livros, processos-crime.
- Arquivo da Mitra Diocesana: livros de registro de batismo e óbito.
- Arquivo do Ofício do Registro Civil das Pessoas Naturais, interdições e tutelas: atestados de óbitos (1918-1945).
- Arquivo do Cartório de Registro Notariais e de Serviços: livro de óbitos no período da guerra (19 de outubro de 1942 – 26 de fevereiro 1945).

- Biblioteca Central da Universidade Regional Integrada e das Missões – Campus de Erechim: livros diversos.
- Prefeitura Municipal de Erechim. Departamento de Obras. Livro N° 2. Requerimentos pertencentes à Empresa Colonizadora Estadual.
- Sociedade Recreativa Rui Barbosa: livros diversos.

Em Guarani das Missões

- Sociedade Católica Polonesa Linha Bom Jardim: fotografias e entrevista.

Em Ijuí

- Biblioteca e Arquivo do Museu Diretor Pestana/Unijuí: documentos sobre a imigração polonesa.

Em Passo Fundo

- Arquivo Histórico da Universidade de Passo Fundo: relatórios da Secretaria de Obras e Sanitarismo do Estado do Rio Grande do Sul.
- Biblioteca Central da Universidade de Passo Fundo: livros e dissertações do Programa de Pós-Graduação em História.

Em Pelotas

- Biblioteca Pelotense: coleção do jornal *Diário Popular* (1890-1930).

Em Porto Alegre

- Arquivo Edmundo Gardolinski (UFRGS): artigos e livros referentes à Imigração polonesa no Brasil.
- Arquivo Histórico do Rio Grande do Sul (AHRGS): livro de registro de ingressos de imigrantes, inventários, processos-crime.
- Arquivo Público do Estado do Rio Grande do Sul (APERGS): boletins administrativos, escrituras e inventários.
- Biblioteca da Assembléia Legislativa do Estado do Rio Grande do Sul: leis, decretos e atos do governo do Estado do Rio Grande do Sul (1890-1930).

- Biblioteca central da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul: livros diversos, coleção de dissertações e teses e regulamento do Departamento Estadual de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul (1938).
- Biblioteca de Ciências Médicas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul: anais de medicina.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (Agência central): anuário estatístico – saúde (1908-1945); relatório da Inspetoria Geral de Higiene (1890-1891); relatório do movimento de doentes atacados pelo alcoolismo (1907-1912); sinopse estatística do Estado, N° 3, separata do Anuário estatísticos do Brasil, ano IV, 1938.

ANEXOS

Anexo 1 – Lista de depoentes

Nome	Est. Civil	Escolaridade	Profissão	Religião	Obs*
Alegretti, Elisabetha	Casada	Ens. Fundamental-Séries Finais	Do lar	Católica	Casada com o enfermeiro Rogério Alegretti
Caleffi, Ângelo Luis	Casado	Profissionalizante	Médico	Católico	
Falkoski, Waldomira	Casada	Ens. Fundamental-Séries Iniciais	Do lar	Católica	Desenvolve diversas atividades religiosas, entre elas acompanhamento de funerais.
Gorski, Osvaldo	Casado	Ensino Superior	Funcionário Público	Católico	
Graboski, Suavina	Viúva	Ens. Fundamental-Séries Iniciais	Do lar	Católica	
Groch, Vanda Maria Krepinski	Casada	Ens. Superior	Professora	Católica	
Heinz, Nicolau Albano	Casado	Ens. Fundamental-Séries Iniciais	Agricultor	Católico	Grande envolvimento em atividades religiosas
Karpinski, Lúcia	Casada	Ens. Fundamental-Séries Iniciais	Agricultora	Católica	Auxiliou o seu pai durante vários momentos na ornamentação de caixões
Karpinski, Tecla	Casada	Ens. Fundamental-Séries Iniciais	Agricultora	Católica	
Kessler, Isabela	Casada	Ens. Fundamental-Séries Iniciais	Agricultora	Católica	
Kessler, Vicente	Casado	Ens. Fundamental-Séries Iniciais	Servidor Público	Católico	
Kozak, Pedro	Casado	Ens. Fundamental-Séries Iniciais	Ag. Funerário	Católico	
Krzyszczak, Wenceslau	Casado	Ens. Fundamental-Séries Iniciais	Agricultor	Católico	
Malinowski, Longines Brasil	Casado	Ensino Técnico – Contabilidade	Contador	Católico	A entrevista encontra-se depositada no Arquivo Histórico Municipal de Erechim
Marmilicz, Paulo Tomaz	Casado	Pós-Graduação	Professor	Católico	
Modtkoski, Artêmio	Casado	Ens. Médio	Professor	Católico	
Noskoski, Carlos	Casado	Pós-Graduação	Professor	Católico	
Popaski, Joana Lúcia	Casada	Ens. Fundamental-Séries Iniciais	Agricultora	Católica	
Potulski, Ignácio	Casado	Ens. Fundamental-Séries Finais	Agricultor	Católico	
Precheski, Gema	Casada	Ens. Fundamental-Séries Iniciais	Do lar	Católica	
Volt, Maria	Casada	Ens. Fundamental-Séries Finais	Parteira	Católica	Parteira com autorização para exercício de obstetrícia oficial

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)