

CARMEM SILVIA DA FONSECA KUMMER

**“NÃO ESMORECER PARA NÃO DESMERECEER”: AS PRÁTICAS MÉDICAS
SOBRE A SAÚDE DA POPULAÇÃO RURAL PARANAENSE NA PRIMEIRA
REPÚBLICA, 1916-1930**

CURITIBA
2007

Livros Grátis

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

Milhares de livros grátis para download.

CARMEM SILVIA DA FONSECA KUMMER

**"NÃO ESMORECER PARA NÃO DESMERECEER": AS PRÁTICAS MÉDICAS
SOBRE A SAÚDE DA POPULAÇÃO PARANAENSE NA PRIMEIRA
REPÚBLICA, 1916-1930**

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação em História, Setor de Ciências Humanas, Letras e Artes da Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em História. Linha de Pesquisa: Espaço e Sociabilidade.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Ana Paula Vosne Martins.

CURITIBA
2007

Agradecimentos

À orientação da Prof.^a Ana Paula Vosne Martins pelas leituras atentas e comprometidas de meus textos e pelas necessárias discussões teóricas, imprescindíveis para o progresso da pesquisa. Além disso, manifesto minha admiração pelo apoio e incentivo recebidos desde o início do projeto.

À CAPES, agradeço o suporte financeiro de um ano, com o qual pude me dedicar exclusivamente à pesquisa.

Às sugestões dadas pelos professores Luiz Geraldo Silva e Pedro Rodolfo Bodê de Moraes em minha qualificação.

Aos centros de documentação do Círculo de Estudos Bandeirantes, Fundação Santos Lima, Biblioteca Pública do Paraná e Biblioteca da Universidade Federal do Paraná, incluindo o trabalho de seus funcionários.

E por último, mas não menos importante, à minha família que me proporcionou constante incentivo e apoio incondicional. À família Bravo de Conto, por todo afeto, confiança e amizade proporcionados nos últimos anos e, em especial, à Rodolfo Augusto Bravo de Conto pela presença e dedicação em todas as etapas do desenvolvimento desta pesquisa e por toda manifestação de incentivo, cumplicidade, tolerância e amizade.

RESUMO

Esta dissertação tem por objetivo analisar a atuação do Serviço de Prophylaxia Rural do Paraná (SPRP) nos municípios rurais do Estado nas décadas de 1916 a 1930. A análise dos cadernos e relatórios de viagens, as leis e os decretos referentes à institucionalização dos serviços de profilaxia rural, os artigos publicados no periódico *Paraná Médico* e os regulamentos sanitários, permitiram uma investigação ladeada por três questões. Primeiramente, procuramos compreender como o Estado do Paraná iniciou as intervenções médicas no meio rural a partir de 1916. Por conseguinte, analisamos os diagnósticos elaborados pelo SPRP sobre o estado de saúde e as condições de vida da população rural a partir do ideário eugênico e da construção nacional. Por último, como foram pensados e colocados em prática os modelos de higienização e saneamento para o tratamento das doenças, tema que conduz a uma análise sobre a tentativa de controle dos indivíduos ligado a uma constituição de saberes médicos.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO: Considerações sobre o tema, objetivos e metodologia.....01

CAPÍTULO I: SANEAMENTO E POLÍTICAS PÚBLICAS NA PRIMEIRA REPÚBLICA

1.1. As primeiras iniciativas da política sanitária no Paraná.....11
1.2 A institucionalização das políticas de saneamento no interior do Brasil.....26
1.3 A criação do Serviço de Prophylaxia Rural do Paraná e as primeiras expedições médicas no interior do estado:.....38

CAPÍTULO II: O DIAGNÓSTICO DA DOENÇA E DO ABANDONO

2.1 Quem é o Jeca Tatu? A população cabocla, indígena e caiçara sob o olhar médico.....50
2.2 Ideário eugênico e o discurso médico a respeito do homem rural paranaense.....63
2.3 A reabilitação do homem rural paranaense e sua integração à identidade nacional.....75

CAPÍTULO III: DA *URBS* MODERNA AOS SERTÕES ESQUECIDOS: UMA MEDICALIZAÇÃO POSSÍVEL?

3.1 A atuação do SPRP nas campanhas profiláticas: educar e higienizar a população rural92
3.2 Instalações sanitárias, hospitalares e reformas no meio rural102
3.3 O olhar da razão: estatísticas, observações clínicas e práticas terapêuticas.....109

CONSIDERAÇÕES FINAIS.....119

FONTES PRIMÁRIAS.....124

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....126

ANEXOS.....131

INTRODUÇÃO

Em 2001, o Instituto Paranaense de desenvolvimento Econômico e Social (IPARDES) publicou um estudo sobre a caracterização socioeconômica das comunidades rurais do Paraná. A pesquisa revelou que 42,7% dos 199 municípios escolhidos pelo estudo são considerados “*rurais de pequena dimensão*”. Os municípios que se encontravam no “*processo de transição para o quadro urbano de pequena dimensão*” correspondiam 30,2 % do total. Portanto, com base nestes dados, é possível dizer que mais de 70% dos 199 municípios pesquisados “*são eminentemente rurais*”.¹

Em um contexto de pobreza, o estudo apresentou as principais características das regiões rurais no que diz respeito à economia, ao meio ambiente, à educação, ao atendimento médico e odontológico e à abrangência de documentação e aposentadoria. Também foram relatados os principais problemas sociais enfrentados pelas comunidades pobres, quais sejam, grande índice de violência, alcoolismo e desemprego.

Com relação à saúde, os serviços públicos investigados apresentam a seguinte estatística para os 199 municípios pesquisados: em 35,8% das comunidades existe algum tipo de atendimento médico e em apenas 16,4% presta-se atendimento odontológico.² Os tipos de atendimento médico referem-se à existência do ambulatório móvel, agente de saúde e posto de saúde. Deve-se também levar em conta que a investigação procurou identificar se a população dessas comunidades tinha acesso a algum tipo de serviço médico.

Em linhas gerais, este estudo mostrou que as comunidades pesquisadas encontram-se em condições sociais e econômicas precárias. Diante do que foi visto, salienta-se que “*é preciso reconhecer a necessidade de um esforço concentrado do poder público e de toda a sociedade para que a população dessas comunidades tenha acesso a uma melhor estrutura de serviços e que seja objeto de planejamento para alcançar patamares mínimos de qualidade de vida*”.³

¹Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social. *Avaliação de impacto socioeconômico das comunidades rurais pobres: caracterização socioeconômica das comunidades* / Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social. – Curitiba: IPARDES, 2001. p. 08.

² *Idem*, p. 28.

³ *Idem*, p. 72.

Estas informações do IPARDES, portanto, revelam um amplo e longo processo de descaso político com as condições essenciais de vida do homem rural, representadas pela educação, emprego e saúde pública. No caso do Paraná, as denúncias das péssimas condições de vida no campo não surgiram nas últimas décadas e sim no início do século XX, tema de investigação deste trabalho. Não somente no Estado do Paraná, desde meados da década de 1910, as regiões rurais do país se tornaram objeto de atenção de médicos e de governadores uma vez que doenças endêmicas como a malária, a ancilostomose e a doença de Chagas, acometiam a maioria dos indivíduos que comumente eram chamados de caboclos e caipiras. O lema atribuído à Oswaldo Cruz “*não esmorecer para não esmorecer*” reflete a intenção dos médicos-sanitaristas em chamar a atenção dos dirigentes brasileiros para a reabilitação física e moral da população rural.

No Paraná, em 1918 foi criado o *Serviço de Prophylaxia Rural do Paraná* (SPRP) com o decreto nº 779. O processo de implantação das práticas sanitárias desse Serviço dependeu principalmente do apoio recebido pelos médicos da capital paranaense, do Rio de Janeiro – principalmente aqueles ligados ao Instituto Oswaldo Cruz (IOC) – e de São Paulo. Aliado a isso, o SPRP recebeu apoio do governo do Paraná, preocupado com o controle das doenças que assolavam a vida de grandes parcelas de trabalhadores rurais. Dessa maneira, importantes projetos sanitários foram desenvolvidos em mais de vinte municípios do estado, tais como Morretes, Tomazina, Antonina, Porto de Cima, Paranaguá, Guaraqueçaba, Guaratuba, Ponta Grossa, Irati, Londrina, Jacarezinho, entre outros. Entre os anos de 1916 a 1930, o Paraná implantou em seu território as campanhas de saneamento tendo em vista à profilaxia de doenças endêmicas.

Nesse sentido, este estudo trata das concepções que orientaram as primeiras intervenções médicas e sanitárias nas regiões rurais do Paraná entre 1916 a 1930. Esse recorte temporal foi eleito em função das primeiras preocupações sanitárias no meio rural manifestadas pelos médicos e governadores paranaenses em 1916. O período estende-se até 1930 devido às novas políticas nacionais implementadas no governo de Getúlio Vargas. Aliado a isso, o eixo central que norteia os três capítulos deste trabalho corresponde justamente à problematização de três questões. Primeiramente, procuramos compreender como o Estado do Paraná iniciou as intervenções médicas no meio rural a partir de 1916 a fim de erradicar endemias como a doença de Chagas, a malária, a ancilostomose e o

impaludismo. Em seqüência, analisamos quais os diagnósticos elaborados pela comissão médica paranaense sobre o estado de saúde e as condições de vida da população rural a partir das observações decorrentes das expedições. Por último, como foram pensados e colocados em prática os modelos de higienização e saneamento vigentes na época para o tratamento das doenças, tema que conduz a uma análise sobre a tentativa de controle dos indivíduos ligado a uma constituição de saberes médicos.

A documentação utilizada nesta pesquisa são os cadernos e relatórios de viagens, as leis e os decretos referentes à institucionalização dos serviços de profilaxia rural, os artigos publicados no periódico *Paraná Médico* e os regulamentos sanitários. Tanto os cadernos de viagens quanto os regulamentos sanitários são capazes de responder às questões colocadas pela pesquisa, pois sugerem apontamentos acerca da necessidade de identificação e aplicação de tratamentos de doenças típicas ou freqüentes do campo a fim de recuperar a saúde da população. Os principais objetivos destes documentos também consistiam em difundir as informações científicas, médicas e políticas consideradas de importante valor para as campanhas de saneamento. Os temas relacionados às condições de higiene da região rural, as moléstias que assolavam os municípios, tais como a tuberculose, beribéri, febre amarela, sífilis, impaludismo e verminoses e a relação do clima e a constituição do solo com a propagação de doenças na região constituem grande parte da pesquisa realizada pelos médicos no decorrer de suas viagens pelos sertões.

Justifica-se a realização dessa pesquisa devido ao surgimento do meu interesse pela história da medicina e da saúde pública há três anos, principalmente no que diz respeito às relações entre a constituição do saber médico e a sociedade doente. Desse modo, iniciei minha pesquisa em 2004 após conhecer dois trabalhos importantes publicados em 1998: *O espetáculo visto do alto: vigilância e punição em Curitiba 1890-1920* de Maria Ignês Mancini De Bonni e *A prevenção da decadência: discurso médico e medicalização da sociedade sociedade – Curitiba – 1931-1942* de Marília Mezzomo Rodrigues. Os caminhos e apontamentos advindos dessas leituras permitiram a investigação sobre o saber médico em Curitiba relacionado ao aparecimento de graves epidemias, utilizando como documento de análise a tese médica *Das principais endemias e epidemias de Curityba, 1898* do paranaense Dr. Jayme Dormund dos Reis.

Inegavelmente, a leitura obrigatória da obra *Danação da Norma*, de Roberto Machado propiciou a reflexão sobre a emergência de um projeto de medicina social em um determinado período da história brasileira – o da Proclamação da República, entre 1889 e 1930. O estudo deste autor dedica-se a descobrir o surgimento da tematização da saúde no interior dos debates médicos e investigar como ocorreu o processo de medicalização da sociedade⁴, aspectos escolhidos como eixo norteador tanto da pesquisa realizada sobre o combate das epidemias em Curitiba quanto dos problemas colocados neste trabalho.

Facilmente pode-se perceber que o estudo realizado por Roberto Machado se insere no conjunto de investigações que segue a abordagem proposta por Michel Foucault no que se refere à sua interpretação sobre as origens da medicina social européia. Com efeito, as idéias deste autor sobre o processo de medicalização da sociedade e, conseqüentemente, da disciplinarização da vida social, tornaram-se mais presentes nos estudos brasileiros a partir da década de 1980. Porém, as críticas a respeito dessa análise incidiram na transposição simples e despreocupada do modelo explicativo europeu – especialmente a medicina urbana francesa – a qual muitas vezes não se relaciona com os contextos sociopolíticos específicos do Brasil.⁵ Mesmo considerando essas críticas, é possível assumir como modelo teórico a medicalização da sociedade e a disciplinarização dos corpos, temas problematizados por Michel Foucault, para compreender o saber médico aplicado na sociedade brasileira no final do século XIX e início do XX, desde que se considere as especificidades locais e históricas e refletir cuidadosamente sobre a simples transposição do modelo analítico.

Durante a realização da pesquisa monográfica pude constatar um aspecto particular ainda pouco tratado na historiografia regional, qual seja, a medicalização nas regiões rurais paranaenses nas primeiras décadas do século XX. Esta constatação foi corroborada ao ter contato com os relatório e cadernos de viagens escritos pelos médicos João de Barros

⁴ Conforme Roberto Machado, com a criação da Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro em 1829, paulatinamente se inicia a implantação da medicina social no Brasil. Desde a sua fundação pode-se observar o surgimento de programas ligados à higiene, à medicina legal, à educação física das crianças, aos enterros em cemitérios e aos procedimentos sanitários. Paralelo a isso, é atribuição da classe médica denunciar formas populares de cura, estabelecer regulamentos em farmácias e hospitais e combater a promiscuidade inerente ao modo de vida de pessoas que viviam em casas insalubres.

⁵ A saber: FOUCAULT, Michel. *História da sexualidade I: a vontade de saber*. Rio de Janeiro: Graal, 1998. _____ *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 2004. _____ *O nascimento da Clínica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2003.

Barreto, Heráclides César Souza Araújo e Adolfo Lutz, os quais tornaram possível perceber de que forma o saber e a atuação médica alcançaram os lugares mais afastados dos grandes centros urbanos.

Naturalmente, o desejo de pesquisar e problematizar a atuação das comissões médicas empreendidas no interior do Paraná, bem como as idéias e teorias elaboradas por médicos e intelectuais acerca do saneamento rural, demandou uma leitura sobre as pesquisas já realizadas em âmbito nacional. O conjunto atual da vasta literatura sobre a medicina no Brasil revela o enfoque direcionado aos problemas médico-sanitários associados ao processo de urbanização, industrialização e modernização, questionando a história tradicional das grandes descobertas e do pioneirismo e mesmo heroísmo dos grandes médicos e a compreensão de que a história saúde na América Latina seja exclusivamente a da doença e da medicina tropical.⁶ Adotei uma abordagem mais próxima ao que Gilberto Hochman define como o modelo narrativo e analítico dos estudos mais recentes da historiografia da medicina e doença na América Latina.⁷ Assim, Preza-se a análise entre

a medicina, conhecimento e poder; as dimensões culturais e sociais da doença, bem como suas representações e metáforas sociais; as condições de vida e seus efeitos na morbidade; as respostas estatais e sociais às epidemias; o higienismo como ciência e a higiene como cultura; as práticas e os praticantes de curas e “outras medicinas”; as instituições e os instrumentos de controle social; as influências externas e os intercâmbios internacionais no desenvolvimento médico-sanitário nacional e local; as políticas de saúde, as ideologias e os processos mais amplos de construção de estados nacionais.⁸

Desse modo, o ponto de partida desta pesquisa baseou-se na análise sobre a constituição da saúde pública no Brasil e suas implicações nas regiões interioranas do país. Fundamental para a compreensão da constituição da saúde pública no Brasil é o trabalho do cientista político Gilberto Hochman, *A era do saneamento: as bases da política de saúde*

⁶ HOCHMAN, Gilberto. SANTOS, Paula Xavier dos & ALVES, Fernando Pires. História, saúde e recursos humanos: análises e perspectivas. In: Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil. Estudos e Análises – Vol. 2, p. 40.

⁷ As outras duas abordagens historiográficas incidem na análise sobre as relações entre o conhecimento biomédico e a criação de comunidades científicas; e o enfoque às relações entre instituições de saúde pública e estruturas econômicas, sociais e políticas da sociedade. In: *Idem*, p. 40-42.

⁸ *Idem*, p. 43.

*pública no Brasil.*⁹ Neste estudo, o autor tem como objetivo demonstrar as origens das políticas nacionais de saúde pública que estenderam seus serviços não só nas grandes capitais como nas regiões rurais. Isso foi viável a partir de uma negociação entre os Estados e o poder central, tendo o federalismo como moldura político-institucional. Nesse sentido, sabe-se que o Paraná, bem como outros estados, realizaram acordos políticos com a União a fim de sanar as endemias que dizimavam a vida dos habitantes do meio rural e a leitura do trabalho de Gilberto Hochman foi importante para compreender este contexto.

Além dos aspectos relacionados aos acordos estabelecidos pelos Estados e a União, outro aspecto analisado diz respeito ao ideário eugênico que buscava sobretudo higiene e civilidade para o povo brasileiro. Conforme o estudo *A hora da eugenia: raça, gênero e nação na América Latina*, a historiadora Nancy Leys Stepan afirma que nas primeiras décadas do século XX médicos e intelectuais adotaram a ciência eugênica para interpretar a história e o modo de vida da população brasileira. Estava em pauta o perfil do homem brasileiro, visto como um indivíduo que ainda se encontrava num processo de formação. Considerada racialmente miscigenada, pobre, analfabeta e sem higiene, grande parte da população brasileira, especialmente aquela que vivia no campo, constituiu objeto de preocupação da ciência eugênica, cujo discurso entrelaçava três elementos também considerados nesta análise: identidade racial, saúde e nação.

Sobre esse viés de análise, destacam-se os trabalhos de Luiz Antônio Castro Santos e Nísia Trindade Lima. Ambos os autores apontam para a existência de um movimento nacional em favor da reforma sanitária nas áreas esquecidas do interior do país. Assim, os discursos produzidos revelam a força simbólica do movimento pelo saneamento dos sertões, enquanto *ideologia de construção nacional*.

Em outras palavras, médicos e intelectuais viam no homem do campo a força necessária para o progresso do país, posto que o Brasil dependia de uma economia essencialmente agrícola. Como a nação poderia gerar riquezas com homens fracos, doentes e desvalidos? Somente o sanitarismo apresentaria a resposta a essa questão, pois teria como

⁹ HOCHMAN, Gilbert. *A Era do Saneamento*. As bases da política de saúde pública no Brasil. 1. ed. São Paulo: Hucitec/ANPOCS, 1998.

atribuição a constituição de sujeitos hígidos e, conforme o cientista social Luiz A. Castro Santos, aptos para o trabalho e a inserção dos mesmos à identidade nacional.¹⁰

Com base nos autores brevemente apresentados e nas fontes primárias este trabalho é constituído por três capítulos. O primeiro capítulo trata das ações governamentais e médicas que visavam interromper as epidemias e endemias que acometiam a vida da população rural. Se no final do século XIX e início do XX, os registros oficiais do governo paranaense, bem como os relatórios médicos mostram uma intensa preocupação com os surtos epidêmicos da capital, a partir de 1916 os municípios do interior começam a merecer mais atenção no cuidado com a saúde de sua população. Dessa maneira, foram criados órgãos e instituições federais relacionados à profilaxia rural como a LPS e o DNSP e, em âmbito estadual foi assinado pelo governador do Estado o decreto nº 779 que fundou o SPRP e o Regulamento Sanitário Rural do Paraná.

Institucionalizado o SPRP, a comissão médica que percorreu os municípios do interior do Paraná produziu relatórios, diários e artigos que relatam a frequência das doenças e os procedimentos adotados para a erradicação das endemias. Mas, ao lado de estatísticas e de plantas de obras sanitárias, os autores desses documentos também descreveram a situação social e o modo de vida da população rural. No segundo capítulo, portanto, analisamos primeiramente as concepções médicas acerca dos habitantes do interior, considerando aspectos de sua cultura, sociabilidades e hábitos higiênicos pautados pelo ideário eugênico e os valores acerca da identidade nacional.

Tendo em vista que o período compreendido entre os anos de 1916 a 1930 foi marcado por um forte movimento sanitarista no meio rural da maioria das regiões brasileiras, é necessário analisar como se processou a atuação médica nesses espaços, identificando quais foram as práticas e os modelos de medicalização para sanar as doenças que permeavam os municípios do interior. Preza-se por esta análise no terceiro capítulo devido ao fato de que o aspecto ideológico das políticas sanitárias no meio rural não pode ser desvinculado das experiências médicas ocorridas de fato nas regiões interioranas.

Em outras palavras, o problema colocado no início do terceiro capítulo é perceber, através da análise de documentos relativos à intervenção médico-sanitária, se a atuação do SPRP no interior do Paraná se insere naquilo que Michel Foucault entende por

¹⁰ CASTRO SANTOS, Luiz Antonio. O Pensamento Sanitarista Na Primeira República: Uma Ideologia de Construção Nacional. **In:** *Dados - Revista de Ciências Sociais*, v. 28, n. 2, p. 193-210, 1985.

medicalização da sociedade. Pretendemos observar até que ponto o conceito foucaultiano orienta e explica as experiências médicas ocorridas no interior do Paraná.

Por fim, ao questionar se toda a investigação histórica tem origem no presente, a resposta é verdadeira neste caso, uma vez que o objeto de estudo escolhido está imbricado numa teia de discussões sobre o abandono dos municípios rurais quanto às principais políticas públicas de assistência. Este trabalho surgiu, portanto, a partir do interesse das relações entre a medicina e a sociedade e da inquietação pela presença contínua dos mesmos obstáculos políticos que reforçam o atraso, o abandono e a falta de comprometimento com as comunidades mais pobres.

**CAPÍTULO I: SANEAMENTO E POLÍTICAS PÚBLICAS NA PRIMEIRA
REPÚBLICA**

Ao tratar das preocupações governamentais e médicas com o meio rural paranaense das primeiras décadas do século XX, faz-se necessário recorrer às análises de pesquisas históricas sobre a medicina e o estado sanitário da cidade de Curitiba, onde se iniciaram os primeiros procedimentos acerca de diversos temas e conteúdos do saber médico no Paraná, especialmente o sanitarismo e a higiene. O conjunto das pesquisas, portanto, é importante na medida em que é possível estruturar um panorama sobre as transformações referentes à questão do sanitarismo e da saúde pública no Paraná.

Mais do que isto, pretende-se mostrar também os estudos empreendidos relativos às mudanças de ordem social e sobretudo aquelas vinculadas às transformações da estrutura urbano-sanitária no contexto do aparecimento de diversas epidemias como tifo, escarlatina, tuberculose, varíola, entre outras. A leitura e interpretação destes estudos apontam para a ausência de uma análise que incide o olhar nos mais remotos municípios paranaenses quanto à questão sanitária. Estes, por sua vez, a partir de meados da década de 1910 também mereceram a preocupação de dirigentes políticos e médicos sanitaristas, os quais desenvolveram projetos ambiciosos de reformas sanitárias, higiênicas e urbanas de modo a interromper não somente as epidemias como as endemias que assolavam a vida da população rural.

Os projetos e reformas sanitárias dependeram sobretudo da constituição de órgãos e instituições responsáveis pelas campanhas no sertão. A segunda parte desse capítulo trata do processo da criação de órgãos como a Liga Pró-Saneamento (LPS), a Fundação Rockefeller e o Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP) que procuraram ampliar a atuação da União no campo da saúde. Percebe-se que os objetivos desses órgãos, ao lado de decretos e leis federais, visavam à defesa de uma política sanitária nas regiões interioranas do Brasil, tendo em vista a recuperação da saúde do homem rural.

Como a maioria dos estados brasileiros, o Paraná também manifestou interesse em adotar os serviços de profilaxia rural. O diagnóstico do estado de saúde das áreas rurais apontava para um alto índice de endemias, principalmente a ancilostomose e a malária. Aliado a isso, a falta de postos de saúde, farmácias e hospitais indicava a emergência de solucionar a precariedade do sistema de saúde e saneamento. Nessa direção, na terceira parte examinam-se as primeiras leis que formaram e autorizaram as ações do *Serviço de*

Prophylaxia Rural do Paraná (SPRP), bem como o diagnóstico do estado de saúde relatado por esse Serviço.

1.1 As primeiras iniciativas da política sanitária no Paraná: os modelos higiênicos e sanitários em Curitiba

Assinalando nitidamente um amplo processo de mudanças na virada do século XIX para o XX, o advento da ordem republicana no Brasil foi marcado por uma série de transformações culturais, desestabilização política e reajustamento social. O novo regime do trouxe um apelo premente para a reforma urbana conforme o figurino europeu, permeando todos os aspectos da vida social e política. Os resquícios culturais e sociais do Império deveriam ser substituídos pela modernização republicana, acarretando a inserção compulsória do Brasil na *Belle Époque*, como afirma Nicolau Sevcenko.¹¹

As modificações das principais capitais brasileiras envolveram uma reforma urbana atrelada aos princípios europeus, caracterizados pelo advento da circulação de mercadorias, do saneamento e higienização das cidades, dos hábitos e costumes que abrangiam o próprio modo de vida dos cidadãos e das idéias de como se organizava todo o sistema de compreensão e comportamento dos agentes que a vivenciaram. O que se notava na atuação dos primeiros presidentes civis, bem como de todo o círculo político-administrativo, era o evidente esforço de forjar um Estado-Nação moderno, eficaz em todas as suas múltiplas atribuições diante das novas vicissitudes históricas, equiparando-se aos modelos europeus.¹²

No Paraná e especialmente em sua capital, Curitiba, a virada do século e suas primeiras décadas foram marcadas por intensas modificações físicas no quadro urbano, além de um atenuado desenvolvimento sócio-político. Elevada à capital da Província do Paraná em 1853, a cidade adentrou a um importante, porém acanhado, desenvolvimento. A economia no período tinha como base as atividades de pecuária e exportação de erva-mate

¹¹ SEVCENKO, Nicolau. *Literatura como missão: tensões sociais e criação cultural na Primeira República*. São Paulo: Companhia das Letras, 2003. p. 44-46.

¹² *Idem*, p. 47.

e madeira. Além da predominante atividade primária, encontravam-se as indústrias que se estabeleceram na capital, expandindo, portanto, o mercado de trabalho. Foi construída a estrada de ferro que ligava Curitiba a Paranaguá, instalações de linhas telegráficas e outros serviços públicos. Quanto ao espaço urbano, apareceram os primeiros sobrados, calçamentos, salões públicos e bondes¹³.

Com relação à constituição da população da capital paranaense, em 1900 Curitiba tinha cerca de 50 mil habitantes e era a sétima capital de Estado em termos de população.¹⁴ A contribuição de imigrantes, principalmente a partir de 1870, na reconstrução urbana permitiu alterações de caráter demográfico e social. Os estrangeiros, representados inicialmente por alemães, poloneses e italianos, atuaram na cidade através de seu trabalho, como também pela diversidade cultural, com a criação de entidades educacionais, clubes e jornais diários.

Os cronistas que se ocuparam em descrever aquele momento se esforçaram no sentido de construir a imagem de uma cidade que, de sonolenta, pacata e provinciana, transformou-se, graças à ação benfazeja de seus governantes e índole do povo, numa *urbs* moderna, higiênica e ordeira, apresentada como cidade ideal e harmônica¹⁵.

Romário Martins, em seu livro *Quantos somos e quem somos*, publicado em 1941, assim apresentava a cidade do início do século:

Tem Curityba edifícios públicos que seriam notáveis mesmo em cidades de maior importância, taes como os do Paço Municipal, Palácio do Congresso, da Universidade, do Gymnasio, da Escola Normal... Serviços de assistência social beneméritos, como o Hospital de Caridade, Associações educativas e beneficentes ou simplesmente recreativas,- os clubes, os grêmios, teem alguns delles, installações próprias magnificas e se estimulam na eficiência...tem hotéis excellentes; casas comerciais idênticas às dos grandes centros; theatros modernos; cinco jardins públicos dos mais bellos do paiz e entre elles o passeio público, duas vezes maior que o do Rio de Janeiro.¹⁶

A intenção dos cronistas da época, como Nestor Vítor, Romário Martins e Rocha Pombo, era mostrar uma cidade que podia acompanhar o desenvolvimento e as

¹³ PEREIRA, Marco Aurélio Monteiro. A cidade de Curitiba no discurso de viajantes e cronistas do século XIX e início do século XX. **In:** *Revista de História Regional*, Ponta Grossa, v. 1., n. 1, 1996, p. 9-40.

¹⁴ MARTINS, Romário. *Quantos Somos e Quem Somos*: dados para a história e a estatística do povoamento do Paraná. Curitiba: Empresa Gráfica Paranaense, 1941, p.142.

¹⁵ DE BONI, Maria Ignês Mancini. *O espetáculo visto do alto*. Vigilância e Punição em Curitiba. Curitiba: Aos Quatro Ventos, 1998, p. 14-15.

¹⁶ MARTINS, Romário. **op. cit.**, p. 27.

transformações que ocorriam nas grandes cidades brasileiras como Rio de Janeiro e São Paulo. Para Nestor Vitor, a cidade podia ser compreendida e representada segundo as diversas vertentes modernas correspondentes aos serviços prestados, arquitetura, educação, cultura, higienização etc., pois a “*jovem capital paranaense se organiza cada vez mais complexamente, com a confiança no destino, (...) e a perspectiva do futuro vai sendo sempre melhor*”.¹⁷

Curitiba e outras cidades da província lentamente iam deixando de ser aqueles povoados que Saint Hilaire havia descrito no início do século XIX: vilarejos que permaneciam quase vazios e que adquiriam movimento somente em dias de festas e ofícios religiosos. Principalmente a partir da segunda metade do século XIX, com a expansão do comércio do mate, formou-se uma camada populacional tipicamente citadina. Além dos industriais do mate, a cidade passou a receber profissionais liberais e funcionários públicos.

É interessante notar a questão do crescimento e desenvolvimento da cidade relacionada às pretensões da classe dominante. Ou seja, com um certo desenvolvimento da industrialização e os efeitos populacionais da imigração, a cidade passou a ser um problema, pois o seu crescimento sem controle pressupunha a formação de áreas pobres de maior densidade demográfica.¹⁸

Vista como atrasada, inferior, ignorante e pestilenta, a população que vivia em hospedarias, cortiços e moradias sobre pântanos, enfim confinada em pequenos cubículos que não proporcionavam uma vida salubre, foi perseguida quanto à ocupação de suas ruas e moradas, bem como aos atos e comportamentos cotidianos. Idéias ambiciosas de modernização, higienização e funcionalidade passavam a fazer parte do discurso e das ações dos prefeitos que se seguiram em Curitiba na passagem do século XIX para o XX. A meta era a criação de uma cidade identificada funcional e esteticamente aos modelos europeus.¹⁹

Nesse sentido, inscrevem-se no final do século XIX e início do XX, a constituição e ampliação de um conjunto de práticas políticas orientadas pelos governos estaduais e

¹⁷ VÍTOR, Nestor. *A terra do futuro*. Curitiba: Farol do saber, 1996. p. 125.

¹⁸ TOTARSKI, Celia. Contradições de uma cidade disciplinar: condutas desviantes e prostituição em Curitiba, de 1910 a 1916. In: *Série Monografias nº1. O viver em uma sociedade urbana, Curitiba 1890-1980*. Curitiba: Boletim do Departamento de História da UFPR, 1994. p. 96.

¹⁹ MENEZES, Claudino Luiz. *Desenvolvimento urbano e Meio Ambiente: a experiência de Curitiba*. 2ª ed. São Paulo: Papirus, 2000. p 61.

municipais, com o objetivo de promover uma intervenção direta sobre a sociedade, visando adequar a administração pública às novas exigências de uma sociedade em formação, instruída por concepções racionais de progresso, ciência e civilidade. Instauraram-se, portanto, verdadeiras práticas de gerenciamento da população através da atuação pública, principalmente no que diz respeito ao saneamento, à educação e segurança. O espaço urbano deveria oferecer aos seus habitantes segurança, sendo-lhes garantido um ambiente moralizado e higienizado²⁰.

Acompanhar o progresso significava somente uma coisa, conforme Nicolau Sevcenko: "*alinhar-se com os padrões e o ritmo de desdobramento da economia européia, onde nas indústrias e no comércio o progresso do século foi assombroso, e a rapidez desse progresso miraculosa*".²¹ A imagem do progresso – versão homóloga de civilização – se transforma no objetivo coletivo dos dirigentes e governadores.

Na medida em que a cidade se torna um importante lugar de mercado que unifica as relações comerciais, configurando-se um lugar de produção através do estabelecimento de indústrias, faz-se necessário recorrer a mecanismos de regulação homogêneos e coerentes. Conforme o desenvolvimento do tecido urbano, a complexidade das relações sociais cristaliza o caos e as diferenças entre os diversos setores populares e um dos resultados do pânico urbano, conforme Michel Foucault, se expressa na inquietude político-sanitária.²² O caos urbano é sinônimo do universo da miséria, da prostituição e da vadiagem. Incidem sobre ele diferentes estratégias de disciplinarização a fim de controlar as massas confusas, desordenadas e desordeiras.

Elevada à capital de província do Paraná, Curitiba tornou-se um importante mercado e, portanto, espaço da configuração das relações sociais. Como mostram os estudos sobre a cidade do começo do século, o crescimento populacional, aliado às alterações da composição étnica e da estrutura ocupacional, trouxe problemas que a estrutura provinciana da capital não estava preparada para comportar. O discurso modernizante deveria propiciar respostas às indagações a respeito de como resolver o problema da moradia para a população que cresceu desmesuradamente. Nesse sentido,

²⁰ MEZZOMO, Diva da Conceição Ribas. *Médicos e educadores: a disciplinarização da família curitibana*. Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação em História do Setor de Ciências Humanas, Letras e Artes da Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 1990. p. 3-11.

²¹ SEVCENKO, Nicolau. **op. cit.**, p. 49.

²² FOUCAULT, Michel. *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Graal, 2004. p. 79-89.

passaram a ser refletidas, pelo poder municipal, questões relacionadas às condições em que se fizeram o alargamento das ruas e praças, ao modo como terrenos pantanosos foram transformados em jardins, bem como as soluções para problemas de saúde.²³ É nesta perspectiva que em 1898 o médico-sanitarista da capital, Dr. Jayme Dormund dos Reis,²⁴ afirma que a ausência de calçamento na maioria das ruas de Curitiba favorece a transmissão de doenças contagiosas:

(...) as ruas, principalmente as que foram abertas, são largas, bem visitadas pelo sol e pelos ventos, embora na sua maioria sem calçamento algum. O atrito produzido pelas rodas das pesadas carroças de carga reduzindo a pedra britada á pó, este, de envolto com as materias organicas diversas nellas existentes e lançadas, levanta-se em nuvem espessas e nocivas á saúde dos habitantes, nos dias ventosos e, quando chovia, transformava-se me lama fétida.

O mal não está presentemente de todo conjurado, porque o calçamento a paralelepipedo ainda se limita á pequeno numero de ruas. Estas cousas e outras que seguir-se-ão, são ditas, porque prendem-se á materia que vae ser desenvolvida e concorrerão para explicar-se certos factos na trasmissibilidade das molestias.²⁵

No que concerne ao aspecto estético da cidade, a preocupação fundamental dirigia-se à limpeza e à padronização. Todos os moradores do perímetro urbano eram obrigados a conservar limpa a parte frontal de suas residências, segundo o Código de Posturas Municipais, art. 66:²⁶

É prohibido lançar agoas servidas, aves ou animaes mortos ou quaesquer outros detritos nas ruas e praças, sargetas e estradas e em logares proximos as fontes, ou vertentes, e conservar cloacas junto a estas. A infracção será punida com 15\$000 de multa sendo a despesa de remoção por conta do infractor.

A higienização, por sua vez, constitui um importante objeto de preocupação do Estado paranaense, sendo tema corrente nas análises sobre o discurso modernizante apresentado na cidade na passagem do século XIX ao XX. As posturas municipais, como

²³ DE BONI, Maria Ignês Mancini. **op. cit.**, p. 15-42.

²⁴ O médico Jayme Reis, um dos elaboradores da visão científica do saneamento da cidade, foi explícito ao denunciar a insalubridade e os miasmas por ela emanados como um dos principais elementos originadores das epidemias que ameaçavam Curitiba. Desse modo, sua tese *Das principais endemias e epidemias de Curityba* pode ser considerada como importante referência médica quanto à formulação explícita de táticas e procedimentos de controle da população contaminada.

²⁵ REIS, Jayme D. *Das principais endemias e epidemias de Curityba*. Tese apresentada à Cadeira de Hygiene da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro em 1898. Rio de Janeiro: Typ. Ribeiro, Macedo & C. – Rua da Quitanda n. 72, 1898. p. 03

²⁶ **In:** TOTARSKI, Celia. **op. cit.**, p. 96-100.

afirma Jurandir Freire Costa, normatizaram uma série de procedimentos cotidianos para a população em geral, a fim de que doenças e epidemias, devido à falta de higiene e salubridade, fossem evitadas. No trato individual a cada doença, ou nas questões referentes às epidemias, enunciaram-se táticas, definiram-se procedimentos, estabeleceram-se normas de controle da população da cidade, numa visão ao mesmo tempo ofensiva e defensiva no trato da saúde pública²⁷.

Em termos breves e gerais, higienizar implicava drenar pântanos, alinhar e calçar ruas, retificar cursos de rios, instalar água encanada e rede de esgotos, arborizar praças, prevenir focos potenciais de enfermidades onde estivessem (prédios, fábricas, cemitérios), adotar medidas preventivas, como vacinas e, principalmente, combater hábitos anti-higiênicos. Em suma, ordenar o espaço, disciplinar usos, controlar e regular hábitos da população eram questões muito caras para os médicos-higienistas de Curitiba.²⁸ Nessa direção, para Jayme Reis, a cidade poderia ser representada da seguinte maneira:

A parte da cidade que demora para os lados da estação da estrada de ferro está construída sobre terreno pantanoso, de sorte que é também a mais insalubre. Causa singular! é ella mais populosa.

Cada palmo de terreno pantanoso custa quantia elevada.

Isto prova que o homem, agora como em todos os tempos, é e foi pouco cuidadoso do – serve te ipsum – olhando mais para o interesse do momento do que para a sua saúde, para o seu bem estar.

Parece que pelo fato de ser votado ao sofrimento é cego e surdo quando trata de escolher a sua habitação, esquece-se de si, quando um certo interesse material lhe acena arrastando-o fatalmente para um ponto.

A parte da cidade de Curitiba que está para o norte e noroeste é a mais saudável, a menos habitada e aquella cujos terrenos tem pouco valor.

Para o futuro, quando a população da parte baixa, pantanosa, insalubre, se convencer dos males físicos, irremediáveis, que a acabrunham; quando os homens ouvirem os higienistas, o lado norte e suas imediações tornar-se-ão populosos e de grande importância.²⁹

Na concepção do sanitarista causava espanto que a região mais insalubre fosse a mais populosa e valorizada. Conforme a explicação de Maria Ignês Mancini De Boni, a localização da estrada de ferro, que para uns proporcionou a especulação imobiliária, para outros, apesar dos altos preços dos aluguéis, era onde se encontrava alojamento e,

²⁷ COSTA, Jurandir Freire. *Ordem Médica e Norma Familiar*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1989. p. 47-53.

²⁸ DE BONI, Maria Ignês Mancini. *op. cit.*, p. 24-25.

²⁹ REIS, Jayme. *op. cit.*, p. 10.

principalmente, a proximidade dos meios de locomoção para o trabalho, apesar de estarem sujeitos a miasmas e humores prejudiciais à saúde.³⁰ Desse modo, a zona considerada mais saudável começava a receber os mais belos palacetes de Curitiba, possivelmente não pelo baixo preço dos terrenos, nem pelo atendimento aos preceitos higiênicos, mas sim, por se afastar das proximidades dos lugares mais populosos, de modo a se isolar da multidão. Reforçando esta idéia, Michel Foucault salienta que a coabitação em um mesmo tecido urbano entre pobres e ricos foi considerada um perigo sanitário e político para a cidade.³¹

Obviamente, essa transformação e aformoseamento dividiria a cidade em zonas. Havia, na opinião dos vereadores, habitações que se dividiam em duas modalidades. A primeira era vista como aquelas que, no seu entender, eram dignas do espaço urbano. Nessa categoria enquadravam-se as casas de alvenaria em geral, e, portanto, o espaço urbano deveria ser reservado para tais habitações. No outro extremo, estavam as choupanas rudimentares, construídas a pau-a-pique e cobertas com palha, considerada a construção mais barata, utilizada pelas populações rurais e que começavam a ser incorporadas pelos segmentos urbanos mais pobres. Esse tipo de habitação não deveria estar situado dentro do quadro urbano.

Sobre este aspecto, Margareth Rago afirma, portanto, a existência de um projeto utópico de desodorização do espaço urbano, através de uma ação que se tornou sistemática e permanente ao longo das primeiras décadas do século XX.³² Próxima à idéia de Margareth Rago sobre a proposta de transformação, Maria Ignês Mancini De Boni salienta, como parte desta política sanitária de purificação da cidade, que a ação dos higienistas sociais incide também sobre a moradia dos pobres, de acordo com o desejo de constituir a esfera do privado, tornando a casa um espaço confortável, afastada dos perigos ameaçadores das ruas.

Se os focos epidêmicos são relacionados intensamente aos lugares pobres, os higienistas perceberam-se como as autoridades necessárias e competentes para vistoriar minuciosamente a habitação e os bairros populares, incentivando o asseio e impondo a execução de medidas higiênicas. O controle dos higienistas à população pobre da cidade

³⁰ DE BONI, Maria Ignês Mancini. **op. cit.**, p. 26-27.

³¹ FOUCAULT, Michel. **op. cit.**, p. 94.

³² RAGO, Margareth. *Do cabaré ao lar: a utopia da cidade disciplinar; Brasil 1890-1930*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1985. p. 48.

tem origem na crença generalizada, como diz Margareth Rago, de que o cortiço e a favela constituíam focos onde se iniciavam os surtos epidêmicos, bem como os diversos tipos de vícios.

O progresso e a reurbanização (reconstrução ou redefinição do espaço urbano) não combinavam com miséria, doença e desvios de comportamento. Tudo o que fosse feio, pobre e sujo devia estar longe de pessoas decentes e civilizadas que moravam no centro da cidade.³³ Aí não deveriam permanecer trabalhadores pobres, cegos, aleijados, vendedores ambulantes, “criadas polacas”, prostitutas, vadios e bêbados.

Apesar da intensa preocupação com as medidas higienizadoras, os médicos-sanitaristas e a classe dirigente curitibana não obtiveram bons resultados quanto à salubridade da capital do Paraná no decorrer das primeiras décadas do século XX. Isto é, apesar das tentativas de combate às epidemias que assolavam a cidade, o número de óbitos não diminuiu nem estabilizou. Os relatórios médicos-sanitários, as estatísticas e os jornais da cidade relatavam constantemente o crescente número de mortes decorrentes das principais epidemias, como a tuberculose, a gripe espanhola, a varíola e o tifo.³⁴

Nesta perspectiva, a partir de 1901, os relatórios médicos-sanitários passaram a ser marcados por uma abordagem alarmista, de denúncia das péssimas condições de infraestrutura, pessoal e verbas do serviço de higiene. Surge uma abordagem negativista das condições deste serviço, que vai reforçar cada vez mais a denúncia do descaso do governo estadual com o problema. Além disso, os relatórios elaborados nos primeiros anos do século XX apresentam poucas informações sobre o estado higiênico-sanitário das cidades do interior e do litoral paranaense, pressupondo também o descaso governamental com a saúde da população rural.³⁵

Em condições de insalubridade latente, acrescida pelo adensamento populacional, Curitiba foi visitada por diversas epidemias antes do século XX. É o “flagelo da peste” que se apresenta como coqueluche (1885); disenteria (1879-9; 1880; 1882; 1889; 1890; 1893; 1895; 1896; 1897 e 1898); tifo (1889-1891); pneumonia (1877; 1879; 1881; 1883 e 1895); erisipela (1895-96); febre dengue (1890-96); sarampão (1881-82-1890); varíola (1889);

³³ TOTARSKI, Celia. **op. cit.**, p. 100.

³⁴ FERNANDES, Lindolfo. *O Hospital Oswaldo Cruz e a epidemiologia no Paraná*. Curitiba: Secretaria da Saúde do Paraná, sem data. p. 13-24.

³⁵ *Idem*, p. 18-22.

escarlatina (1890-91); difteria (1891).³⁶ Logo, o saber médico e higienista havia detectado que as condições insalubres da cidade necessitavam de modificações, ou seja, era preciso tomar medidas sanitárias em determinados lugares da cidade para controlar os surtos epidêmicos.

Jayme Reis procura identificar algumas causas inerentes ao quadro epidemiológico da capital paranaense. Dentre outros fatores considerados "externos", o médico alerta para as péssimas condições de vida e moradia, bem como as doenças trazidas sobretudo pelo imigrante polonês, o qual ingressava na cidade com o corpo infectado, doentio e sujo:

A emigração em massa, como se fasia, tinha graves inconvenientes.

Os colonos acumulados na proa de um vapor, sem abrigo, sem boa alimentação, soffrendo moralmente as saudades da Patria e physicamente acabrunhados pelas más condições hygienicas em que se achavam, devido á suas condições precarias de vida, sem asseio, chegavam á Curityba abatidos de corpo e de espirito, os mais fortes, os mais fracos e principalmente as crianças doentes e gravemente doentes de molestias transmissiveis.

Á bordo desenvolvia-se o sarampão, a escarlatina, a diphteria, a febre typhica, a variola, as gastro-enterites.

Na capital do Paraná, escoltados pelas innumerables phalanges dos micro-organismos causadores das molestias acima mencionadas, eram alojados em casas sem os commodos necessarios, sem ar, sem luz, sem agua, sem espaço, dentro do quadro urbano, em ruas mui concorridas, promiscuamente sãos e doentes, sem hygiene, sem isolamento, sem ao menos haver uma enfermaria para os que soffriam.

A população da cidade ficava sem defesa contra a invasão de taes molestias. (...)³⁷

Em 1877 e 1879 “*os colonos polacos, que em numero elevado chegaram a Curitiba, eram os portadores da dysenteria*”, afirma o Dr. Jayme Reis.³⁸ Quanto à febre tífica, controlada em 1882, reapareceu em 1889 e 1891, em suas fortes epidemias iniciadas “*nas hospedarias de imigrantes polacos que chegaram trazendo não pequeno número de doentes*”.³⁹ Para o médico, as hospedarias de imigrantes caracterizavam-se como o principal foco de transmissão de doenças infecto-contagiosas. Desse modo, o olhar esquadrihador volta-se também para as moradias que abrigam diversas famílias e para as hospedarias, construções insalubres que favoreciam o aparecimento de doenças epidêmicas. Os pobres aí se amontoavam, desafiando qualquer projeto moralizante, quer pela exposição

³⁶ DE BONI, Maria Ignês. **op. cit.**, p. 27.

³⁷ REIS, Jayme. **op. cit.**, p. 11.

³⁸ *Idem*, p. 12.

³⁹ *Idem*, p. 12.

de seus corpos, quer pela convivência de homens e mulheres, adultos e crianças. Sobre tais espaços incidem projetos modernizadores que, na prática, acabaram por deslocar os “bolsões de miséria” para a periferia urbana.⁴⁰

Desse modo, a crítica referente aos imigrantes relacionava-se a seus hábitos, uma vez que estes “*frequentavam as lojas, igrejas e todos os demais logares públicos, sempre concorridos*”.⁴¹ Por conseguinte, “*as roupas de viagem infectadas dos colonos eram lavadas nas mesmas fontes onde lavavam as da população*”.⁴² Da epidemia para a endemia era um passo curto, posto que o quadro epidemiológico da cidade de Curitiba descrito por Jayme Reis era o suficiente para explicar a invasão de diversas moléstias epidêmicas.

No que diz respeito ao saber médico-higiênico, inseridos na categoria dos profissionais liberais, os médicos apresentavam-se como um dos segmentos da intelectualidade que se empenhavam na tarefa de ordenar aquilo que era visto como desordem, transformando a cidade num espaço civilizado. Magali Engel esclarece que os médicos foram os primeiros disseminadores de um projeto de normatização do espaço social urbano inspirado nos padrões burgueses de modernização.⁴³ A cidade passou a ser um objeto de investigação para a maioria deles, cujos resultados se revelaram em teses acadêmicas, principalmente acerca das patologias urbanas.

As mudanças no perfil das principais capitais brasileiras ao longo do século XIX, como centros político, administrativo, econômico-financeiro, e como centros de atividades urbanas, ensejam a emergência e a difusão de concepções que definiam a cidade como um espaço desconhecido, marcado por contradições e progresso. Esta situação caótica podia ser notada nas constantes epidemias, nos hábitos e posturas assumidos pelos setores populares e nas tensões sociais.

É nesse contexto que Magali Engel esclarece o papel fundamental que teve a Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro no processo do desenvolvimento de pesquisas médicas, configurando, portanto, o saber médico, coadunado sobretudo ao processo de

⁴⁰ PAZ, Francisco Moraes. *Corpos disciplinados, corpos individualizados*. In: *História: Questões e Debates*. Curitiba, nº 11, Dez. 1985. p. 137-164.

⁴¹ REIS, Jayme. **op. cit.**, p. 12.

³² *Idem*, p. 12

⁴³ ENGEL, Magali. *Meretrizes e Doutores*. Saber Médico e Prostituição no Rio de Janeiro (1840-1890). São Paulo: Brasiliense, 1989. p. 38-41.

urbanização. O objetivo, em linhas gerais, era redefinir o espaço urbano, principalmente no que diz respeito à viabilização da perspectiva política de higienização da cidade.⁴⁴

São sugeridos, assim, estudos sobre a necessidade de identificação e aplicação de tratamentos para as doenças típicas ou frequentes no Brasil. Os temas relacionados às condições de higiene da cidade do Rio de Janeiro, por exemplo, incidiram nas moléstias que assolavam a cidade, tais como a tuberculose, beribéri, febre amarela, sífilis; sobre a relação do clima e da constituição do solo com a propagação de doenças na região. Aliado a esses temas, destacam-se os projetos sanitários desenvolvidos para solucionar as precárias condições sanitárias urbanas. Especificamente, os assuntos estudados nas teses médicas produzidas no último quartel do século XIX referiam-se às vacinas, sistema de esgoto, canalização de rios, pântanos, clima, constituição do solo e, sobretudo, as epidemias.

Ao estudar na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, muitos médicos paranaenses foram fortemente influenciados pelos temas referentes à higienização e sanitarismo do espaço urbano. A incidência desta temática se deve, sem dúvida, às transformações vivenciadas pela capital na época, às quais nos referimos no início deste capítulo e que figuravam nos discursos coevos da desordem.

Por sua vez, o sanitarista Dr. Jayme Reis soube traduzir o alerta da insalubridade e do quadro epidemiológico de Curitiba. Amparado em recentes descobertas da microbiologia florescente, o médico anunciava que era preciso aperfeiçoar o aparato sanitário do Estado, sob o risco, se não fazê-lo, da cidade expor-se, ainda mais, aos agravos epidêmicos.

Suas prescrições eram precisas se contextualizadas aos saberes e aos desejos da época: não permitir que o mal se instalasse ou se propagasse. O conhecimento contido nos cânones sanitários continha consigo os objetivos de curar a cidade doente em vista das noções de ordem e progresso. Assim escreveu Jayme Reis na introdução de sua tese sobre a importância de seu tema de estudo vinculado à cidade doente de Curitiba:

Nascido em Curitiba, entendi que o meu primeiro trabalho científico devia versar sobre assumpto que se prendesse á hygiene da cidade que serviu-me de berço.

⁴⁴*Idem*, p. 38-41.

Estudando os males que a têm affligido, mostrando que a incuria foi e continúa a ser a causa directa, immediata das grandes calamidades que a têm enlutado, que ella encerra meios de defesa natural mui poderosos, sendo bem aproveitados e intelligentemente dirigidos com dedicação; que a inveja, a má vontade, os embaraços creados contra os bem intencionados e dedicados á causa da saude publica têm lançado n'um pelago de soffrimentos que dispondo-se de recursos necessários para pôr em pratica alguns melhoramentos, ella caminhará com passo firme, desassombrada, pela verdadeira senda do progresso, obrigando a origem de muitas enfermidades importadas a esgotar-se, a desaparecer, altiva, exuberante de vida, de attractivos, dirigindo todo o vasto territorio que constitue os seus dominios (...).⁴⁵

Dezenas de medidas e táticas de controle higiênico e sanitário foram seriamente discutidas e impostas pelo saber médico: expurgos, quarentenas, isolamentos e tratamentos foram algumas das soluções encontradas. O temor ao urbano, ao crescimento da *urbs* e as mazelas a ela inerente, refletia-se nos relatórios médicos como estigma do impuro e do indesejável.

O mais antigo dos centros de tratamento de doenças contagiosas no Paraná foi o Lazareto da Ilha das Cobras, construído por ordem imperial no início do período provincial, como tentativa de bloquear a entrada da cólera, doença então epidêmica em alguns portos do nordeste brasileiro e em Paranaguá. Destinava-se ao abrigo e, quando possível, ao tratamento de marinheiros portadores de doenças transmissíveis. Estes, antes de desembarcarem na cidade, eram compulsoriamente retirados de seus navios e levados aos lazaretos.⁴⁶

Já em Curitiba, o principal lazareto de que se tem notícias, comumente conhecido como o “quarteirão das Mercês”, foi um dos primeiros referenciais de tratamento de doenças contagiosas. De difícil acesso, sobretudo nos não raros dias chuvosos, lá depuravam-se os doentes, quando não se fazia possível seu isolamento domiciliar.⁴⁷ Pouco se sabe deste lazareto, mas é conhecido que, em pavilhão anexo a ele, em precárias condições materiais e até mesmo higiênicas, na década de 1910 alojou-se o primeiro hospital de isolamento criado em solo paranaense.

Tinha ao todo apenas doze leitos e de tão limitado que era, tornou-se fala comum, tanto do vulgo quanto do oficial, a necessidade de sua substituição por um hospital maior,

⁴⁵ REIS, Jayme. **op. cit.**, p 01.

⁴⁶ FERNANDES, Lindolfo. **op. cit.**, p. 13.

⁴⁷ O isolamento domiciliar era uma medida bastante contestada pelos higienistas da época, defendido em grande parte pelas famílias da capital.

de melhor acesso e construído segundo as modernas aquisições da higiene. O “quarteirão das Mercês” foi modificado e, mais tarde, passou a ser chamado de Hospital de Isolamento Oswaldo Cruz.⁴⁸

Em 1892, pela primeira vez, foram criados na cidade a Inspetoria da Higiene e o Regulamento do Serviço Sanitário, através da Legislação de 1892, Constituição Política, Leis e Regulamentos do Estado do Paraná. Possivelmente como na cidade de São Paulo, vários fatores sociais e de natureza científica contribuíram para a construção deste órgão. Dentre os fatores sociais, os historiadores têm enfatizado as relações entre as políticas de imigração do final do século XIX e a implantação de projetos de reorganização dos espaços urbanos e, em particular, de planos de saneamento e de combates às doenças.⁴⁹

O processo de implantação destas novas práticas foi longo e seu sucesso dependeu dos apoios recebidos pelos pesquisadores. De um lado, o apoio das autoridades do Estado e de parte das elites, preocupadas com o controle de doenças. A atuação de jornais, difundindo e defendendo as novas concepções é, segundo Maria Dantes e Marta Almeida, bastante esclarecedora, testemunhando “*o comportamento destas elites com a resolução “científica” de problemas sociais considerados relevantes.*”⁵⁰

O processo higienizador-civilizador da cidade de Curitiba incluiu também a construção de um laboratório de análises que, segundo o discurso da época, representava uma medida de humanidade e progresso. Desse modo, em 1906 foi criado o Laboratório de Analyses Químicas, o qual foi montado somente em 1909, tendo como diretor o médico Dr. Manoel Carrão.

O laboratório tinha como função a garantia da higiene, a análise química dos gêneros alimentícios e a luta contra as moléstias epidêmicas. Por meio dessas três frentes, a instituição realizava a normatização e o controle da sociedade curitibana, objetivando garantir o funcionamento da higiene pública.

⁴⁸ FERNANDES, Lindolfo. **op. cit.**, p. 14.

⁴⁹ ALMEIDA, Marta. & DANTES, Maria Amélia. O Serviço Sanitário de São Paulo, a Saúde Pública e a Microbiologia. **In:** DANTES, Maria Amélia (org). *Espaços da Ciência no Brasil (1800-1930)*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2001. p. 137-150.

⁵⁰ *Idem*, p. 150.

Segundo o Dr. Manoel Carrão, no campo da alimentação pública, o leite era um produto que exigia o máximo de cuidado por parte da fiscalização sanitária. No início do século registrou-se um enorme índice de mortalidade infantil (crianças de 0 a 5 anos de vida) na cidade, que se apresentou de uma maneira constrangedora para os segmentos do saber e do poder. Evidencia-se, dessa maneira, que as políticas de saúde pública iniciadas no final do século XIX no Paraná não abrangeram totalmente a população, posto que a alta mortalidade infantil decorrente das gastroenterites sinalizam este aspecto.

Verifica-se, portanto, que no início do século, no campo do conhecimento médico-sanitário, institutos de pesquisa como o Laboratorio de Analyses, entre outros, tiveram um papel importante na configuração do saber na sociedade curitibana. O viver na cidade de Curitiba caracterizou-se por uma rede de olhares que procuravam enquadrar os indivíduos em normas comportamentais consideradas desejáveis. Muitos aspectos do cotidiano estavam permeados pelas práticas relativas à saúde. Nesse âmbito, a população de Curitiba foi objeto de discurso dos médicos no que se refere à higiene do ambiente, dos corpos dos indivíduos e da alimentação pública.

Desse modo, Jurandir Freire Costa alega que a União utilizou-se do discurso médico, e não somente de leis, para garantir a higienização do espaço público e dos indivíduos. Os próprios médicos, por meio de seu discurso científico e moderno, tinham a incumbência de ensinar a família, por meio de conselhos, principalmente as mães, de como proceder com a alimentação, o vestuário, lixo doméstico e a limpeza corporal. O teor do discurso implicava numa ordem que não se configurava numa imposição, pois o médico não ordenava, apenas aconselhava o que era melhor para a saúde da família.⁵¹

Com relação ao aparato legislativo, em 1910, somente no segundo governo de Francisco Xavier da Silva o Paraná passou a manifestar os primeiros indícios de preocupação em relação ao atraso do serviço de higiene. Preocupação que se traduziu na necessidade da atualização desse serviço, porém desacompanhada de qualquer ação concreta no campo da saúde pública.⁵²

⁵¹ COSTA, Jurandir Freire. *op. cit.*, p. 11.

⁵² FERNANDES, Lindolfo. *Secretaria de Estado da Saúde do Paraná, 1853-1983*. Curitiba: Secretaria do Estado da Saúde do Paraná, 1988. p. 12.

As cidades e as comunidades paranaenses já não estavam dispersas como no início do século XIX. Suas populações cresciam e não dispunham de uma infra-estrutura básica de serviços necessária ao seu adequado desenvolvimento. Apenas Curitiba dispunha de um sistema de abastecimento de água e de esgotos sanitários e, mesmo assim, somente em alguns de seus bairros. Em época de epidemia, as taxas de mortalidade infantil eram altíssimas, sempre acima de 200 por mil nascimentos, e as gastroenterites predominavam entre suas causas.⁵³

Criada em 1886 com o objetivo de fiscalizar o exercício legal da medicina e de seus facultativos, a Inspetoria Geral da Higiene tinha como atribuição inspecionar as condições de higiene nas principais cidades paranaenses, principalmente aquelas que se localizavam no litoral. Esta instituição representa a origem mais remota do Serviço Sanitário do Estado criado em 1918.⁵⁴ A Inspetoria Geral de Higiene foi definitivamente regulamentada e transformada em repartição pública ligada à Secretaria dos Negócios do Interior, Justiça e Instrução Pública, pela Lei n.º 23, em 1º de junho de 1892. No entanto, as atividades sanitárias do Estado não se atualizavam, praticamente inexistindo qualquer iniciativa governamental no setor.⁵⁵

À presidência da inspetoria cabia a nomeação dos delegados de higiene das principais cidades do Paraná.⁵⁶ Entretanto, justificava-se a falta de escolha de delegados para algumas cidades e vilas do Estado por não se encontrarem profissionais de saúde nelas residentes.

Desta forma, mantinha a Inspetoria Geral de Higiene sua estrutura original de repartição pública, com escassos recursos humanos e financeiros, funcionando como uma pequena equipe sediada em Curitiba. Quando ocorria a suspeita ou comprovação de moléstias contagiosas em qualquer região do Estado, a Inspetoria se deslocava para uma possível inspeção. Porém, na impossibilidade de seu deslocamento, enviava as vacinas, os medicamentos e prescrevia as medidas necessárias ao combate da enfermidade.⁵⁷

Quanto às atribuições do poder municipal, cabia à inspetoria sediada em Curitiba a responsabilidade pela construção de esgoto, o abastecimento de água, a drenagem do solo e

⁵³ *Idem*, p. 12.

⁵⁴ *Idem*, p. 12.

⁵⁵ *Idem*, p. 12.

⁵⁶ *Idem*, p. 13.

⁵⁷ *Idem*, p. 13-18.

das águas pluviais, o calçamento e asseio das vias e locais públicos, a remoção e destino final do lixo, bem como a fiscalização da construção da higiene das habitações.

Nesse sentido, tais funções eram constantemente supervisionadas pela Inspetoria Geral de Higiene que ditava normas e tinha como função fiscalizar as ações municipais e, em casos excepcionais, intervir. Era uma indisfarçável hierarquia em que a primazia da opinião emitida pelo órgão estadual estava alicerçada no poder de suas conclusões científicas, realizadas por especialistas, em laboratórios e institutos de pesquisas.

Zelar pelo saneamento das cidades e dos edifícios urbanos, fiscalizar os alimentos, prevenir de todas as formas possíveis as doenças, notadamente na forma epidêmica, eram as principais incumbências do diretor de higiene, que deveria coordenar todo o serviço de saúde que o Estado estava organizando. O diretor de higiene em 1889 era Trajano Reis, pai de Jayme Reis, cujas obrigações eram supervisionar a fiscalização do exercício da medicina e da farmácia, o trabalho de estatística demografo-sanitária e a inspeção dos institutos e laboratórios do Paraná.⁵⁸

Em primeiro lugar, a Inspetoria Geral da Higiene, segundo o médico, não exercia plenamente suas principais funções, ora por falta de verbas, ora por descaso e incompetência dos funcionários que nela trabalhavam. Assim, locais bem equipados, pessoal competente e em número suficiente, verbas condizentes com a importância do trabalho efetuado, eram essas as reivindicações mais recorrentes nos relatórios emitidos por Trajano Reis. O médico pleiteava, incansavelmente, a reorganização e reequipamento da Inspetoria Geral da Higiene, em nome da modernização dos cuidados com a saúde de uma população que se multiplicara em poucos anos.

Procurou-se até agora abordar como a questão sanitária foi problematizada por diferentes estudos, os quais mantêm em comum o caráter do discurso modernizante que sustenta as ações de profissionais liberais, políticos e intelectuais. No Paraná, com efeito, a cidade de Curitiba merece atenção especial por ser o centro econômico e cultural do Estado, possuir maior contingente populacional se comparado aos demais municípios do interior e, por fim, por estruturar as primeiras formas de assistência médico-sanitária. Ampliando o foco de análise, será demonstrado como a atenção governamental foi além

⁵⁸ *Idem*, p. 12.

dos limites das capitais brasileiras, estendendo-se às regiões rurais, ressaltando seus principais motivos e como o Paraná se envolveu nestas circunstâncias.

2.2 A institucionalização das políticas de saneamento no interior do Brasil

O período retratado anteriormente, relativo à passagem do século XIX para o XX, marcado pelas transformações sociais, políticas e urbanas revela outro cenário de investigação e análise. Embora o meio urbano fosse considerado pela elite dirigente o principal palco de atuação do discurso modernizante, é inquestionável a preocupação incidente em regiões mais remotas do Brasil, ora denominadas de sertões, ora de campos, ora de municípios do interior. A principal questão que será demonstrada adiante diz respeito às primeiras preocupações políticas e médicas em sanar o meio rural, tanto sua estrutura urbana e sanitária quanto a saúde de sua população.

Sendo assim, nas primeiras décadas do século XX, intelectuais e deputados brasileiros desenvolveram correntemente em seus debates o pensamento sobre como modificar o alarmante índice de casos endêmicos inerentes ao campo por meio da implementação de serviços de saneamento e educação higiênica. Havia a certeza de que, tendo sua saúde física recuperada, a população rural estaria apta para o trabalho agrícola contribuindo, assim, para o progresso econômico do país. Na mesma direção, uma nova compleição física promoveria a cura moral do habitante do campo e este passaria a ter consciência de suas responsabilidades para com a nação brasileira.

Em outubro de 1916, o médico e professor da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Miguel Pereira, contrapôs o pronunciamento de um deputado federal mineiro que afirmava estar disposto, em caso de invasão estrangeira, a ir aos sertões e convocar os caboclos para defender o país. Em sua denúncia acerca das péssimas condições de vida do caboclo brasileiro, Miguel Pereira definiu a situação das regiões rurais afirmando que "o

Brasil é um imenso hospital". Com efeito, ao se opor ao deputado, o médico expressava um debate mais amplo e crítico referente à imagem da nação brasileira e de seu povo.⁵⁹

Dessa maneira, os debates realizados no meio científico, legislativo e intelectual sobre as reformas sanitárias e a higienização do caboclo brasileiro acompanhavam regularmente, como defende Luiz A. de Castro Santos, a questão da identidade e da organização nacional. Em outras palavras, após a Primeira Guerra Mundial, a produção literária e sociológica brasileira tornou-se marcadamente nacionalista, na medida em que as esperanças de salvação do Brasil recaíam na tarefa de construção da identidade nacional.⁶⁰ Havia duas correntes de pensamento nacionalista. Uma sonhava com um Brasil moderno e atraía intelectuais que viam no crescimento e progresso das cidades brasileiras os sinais da conquista da civilização. A outra corrente preocupava-se em recuperar no interior do país as raízes da nacionalidade, além de buscar integrar o sertanejo ao projeto de construção nacional. Mas, independente da perspectiva de construção nacional, a intensa atuação de movimentos nacionalistas foi caracterizada pela pretensão de descobrir, afirmar e relacionar os princípios da nacionalidade e realizá-los através do Estado.⁶¹

Na prática, a questão do sanitarismo no meio rural consistiu em inúmeras viagens empreendidas por equipes de médicos-sanitaristas formados, em sua grande maioria, no Instituto Oswaldo Cruz, sendo a primeira delas ocorrida em 1905. Nesse ano, o médico Oswaldo Cruz realizou sua primeira viagem ao Norte como diretor geral da Saúde Pública, quando já se concluíam os trabalhos de reurbanização e saneamento do Rio de Janeiro. A bordo do rebocador República, percorreu todo o litoral brasileiro, inspecionando 23 portos, entre os quais Belém, Santarém, Óbidos e, por fim, Manaus.⁶² A visita a estas cidades permitiu a concretização de um plano geral de saneamento que, apesar de sua eficiência em interromper o alastramento de endemias e epidemias, nunca foi concretizado. Posteriormente, em 1910, Oswaldo Cruz retornou à Amazônia, não como funcionário do

⁵⁹LIMA, Nisia Trindade & HOCHMAN, Gilberto. Pouca saúde, muita saúde, os males do Brasil são ... discursos médico-sanitário e interpretação do país. In: HOCHMAN, Gilberto (org.). *Cuidar, controlar, curar: ensaios históricos sobre saúde e doença na América Latina e Caribe*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004. p. 499.

⁶⁰ SANTOS, Luiz A. de Castro. O pensamento sanitarista na Primeira República. Uma ideologia de construção da nacionalidade. In: *Revista de Ciências Sociais*, Rio de Janeiro, v.28, n.2, 1985. p.193-210.

⁶¹ *Idem*, p. 193-210.

⁶² THIELEN, Eduardo et ali. *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 Oswaldo Cruz, 1991. p. 17.

governo, mas como sanitarista a serviço de um ousado e controvertido empreendimento, a Estrada de Ferro Madeira-Mamoré, "*conhecida como a "ferrovia do diabo" pela fama que tinha de consumir a vida de um operário para cada dormente assentado na selva*".⁶³

Em 16 de julho de 1910, Oswaldo Cruz e Belisário Penna embarcaram no Rio de Janeiro com destino a Porto Velho, município que na época não passava de uma clareira aberta na selva. Instalados no Hospital da Candelária, inspecionaram detidamente os acampamentos que margeavam o leito da ferrovia. Nesta ocasião, Oswaldo Cruz escrevia ao amigo Salles Guerra, numa carta de 26 de julho:

Meu caro, isto aqui é de impressionar. A cifra de impaludismo é colossal, mas isto não assusta: só cede a doses cavалares de quinina, mas cede [...] o que impressiona é o beribéri, não pela quantidade que é relativamente muito pequena, mas pela qualidade. Há ataques quase primitivos de pneumogastrite, e em poucos dias manifestam-se outros sintomas de nevrite do pneumogástrico, trazendo a morte no meio da mais trágica agonia. É um espetáculo tétrico [...]. Mas de todas as moléstias, a que zomba de tudo e de todos é a pneumonia lombar que grassa com intensidade, matando 60% dos atacados que, em regra, são rapazes vigorosos e fortes.⁶⁴

Em carta de 8 de agosto, apresentava a Salles Guerra o seu diagnóstico definitivo sobre o quadro referente às moléstias da região:

O que torna inóspitas as regiões do Madeira é o impaludismo. As outras moléstias, se bem que gravíssimas, são em cifra relativamente diminuta, inclusive o beribéri, que só ataca 5% do pessoal e mata 1%. Mas o impaludismo é de gravidade extrema e ataca 80 a 90 % do pessoal.⁶⁵

Além de tudo, a doença já havia se tornado extremamente resistente à quinina: "*Aqui as doses terapêuticas estão ombreando com as doses tóxicas do medicamento.*" As providências recomendadas por Oswaldo Cruz no relatório entregue à direção da companhia, em 6 de setembro de 1910, visavam, sobretudo, a profilaxia da malária. Para completar, Oswaldo Cruz sugeria a concentração de poderes em mãos do corpo médico da companhia, para que fosse instituído um regime extremamente rigoroso de vigilância sanitária sobre os trabalhadores da ferrovia. Diante da inviabilidade de obras de saneamento

⁶³ *Idem*, p. 17.

⁶⁴ **In:** *Idem*, p. 20.

⁶⁵ **In:** *Idem*, p. 22.

destinadas a erradicar os mosquitos, pois “*quase custariam tanto se não mais que a própria construção da ferrovia*”, toda a profilaxia baseava-se na administração individual de quinina, “*bem como a reclusão obrigatória dos trabalhadores sob mosquiteiros, desde o pôr-do-sol*”⁶⁶.

Antes de regressar ao Rio de Janeiro, Oswaldo Cruz deteve-se em Belém, sendo recebido com grandes homenagens pelas autoridades e pela elite local. Convidado pelo governador do Estado, João Coelho, dirigiu a campanha contra a febre amarela na cidade, trazendo do Rio de Janeiro os mata-mosquitos, assim como os médicos que haviam constituído seu estado-maior no saneamento da capital da República.

Por conseguinte, o quadro social das regiões rurais brasileiras, caracterizado pelo alto índice de endemias, isolamento, abandono e ausência do poder público, foi manifestado por deputados e intelectuais brasileiros após as primeiras viagens realizadas pelos médicos Artur Neiva e Belisário Pena, ambos do Instituto Oswaldo Cruz, empreendidas sob a direção do Dr. Oswaldo Cruz em 1912. Estas viagens, conhecidas também como missões médicas, tiveram como objetivo avaliar e diagnosticar a vida social e os aspectos sanitários do interior de Goiás e de alguns estados do Nordeste. O *Saneamento no Brasil*, como ficou conhecido o relatório de viagem de Neiva e Pena, publicado em 1916, expressava os dados sobre a população enferma, atingida principalmente pelas verminoses, além de dados sociais, culturais, climáticos e geográficos das regiões visitadas.⁶⁷ A par disso, o relatório concluiu o que Monteiro Lobato passou a afirmar em Urupês: “*o caboclo não é assim, ele está assim*”. É curioso notar como Neiva e Pena expuseram a idéia que passou a ser muito cara aos sanitaristas rurais, a de que o caboclo não podia ser um homem produtivo para a nação porque as endemias investiam contra seu bem-estar físico. Era necessário, pois, tratá-las.

Depois de realizadas as primeiras campanhas sanitárias no meio rural, em 1918 foi fundada a Liga Pró-Saneamento (LPS) por Belisário Pena que, desde 1903, estava inserido na equipe de colaboradores de Oswaldo Cruz. Conforme os estudos de Nísia Trindade Lima

⁶⁶ *Idem*, p. 24.

⁶⁷ SANTOS, Luiz A. de Castro. **op. cit.** p. 193-210; LIMA, Nísia Trindade; BRITTO, Nara. *Salud y nación: Propuesta para el saneamento rural. Un estudio de la revista Saúde (1918-1919)*. In: CUETO, Marcos (Ed). *Salud, Cultura y sociedad en América Latina: Nuevas perspectivas históricas*. Lima: IEP. Organización Panamericana de la Salud, 1996. p. 135-158; LIMA, Nísia Trindade. *Um sertão chamado Brasil: intelectuais e representação geográfica da identidade nacional*. Rio de Janeiro: Revan/IUPERJ-UCAM, 1998.

e Nara Brito, as principais propostas da LPS consistiam na institucionalização de uma política estatal, considerada como um meio indispensável para melhorar a saúde da população.⁶⁸ Para materializar estes objetivos, a LPS propôs a criação de uma agência estatal autônoma e independente das influências políticas locais e, entre os anos de 1918 e 1919, publicou a Revista Saúde, assinalada por valores de construção da nacionalidade.⁶⁹

Cumprir considerar que a LPS obteve apoio de importantes personalidades como médicos, engenheiros, advogados, militares, políticos e principalmente do presidente da República, Wenceslau Brás. A partir do principal aspecto ideológico defendido por Luiz A. Castro Santos – combater as endemias rurais almejando a integração do caboclo à identidade nacional – a LPS tratou de expandir sua atuação ao organizar delegações médicas em diversos estados brasileiros, como Paraná, Santa Catarina, Sergipe, Pernambuco, Amazonas, etc. A principal meta baseava-se no convencimento de governos locais a implantar medidas de higiene no campo acompanhadas por obras de saneamento, além da construção de postos de saúde e de escolas.

Acrescenta-se às realizações da LPS a importante atuação da Fundação Rockefeller, cuja ação nas regiões rurais foi compartilhada com os sanitaristas brasileiros no período que se estende de 1915 até o início dos anos 20. A Fundação Rockefeller teve origem em 14 de maio de 1913. Entre os objetivos da Fundação alinhavam-se o estímulo à saúde pública, ao ensino, à pesquisa médica e às ciências naturais. A Fundação teve por objetivo centralizar as ações filantrópicas da família Rockefeller que vinham sendo praticadas de forma contínua e crescente desde o final do século XIX. De maneira geral, a Fundação Rockefeller era definida como uma organização beneficente, não-governamental, que utilizava seus próprios recursos para financiar atividades de bem-estar social em vários países do mundo.⁷⁰

A primeira comissão da Fundação Rockefeller chegou ao Brasil em 1915, formada por William Henry Welch (bacteriologista) e Wickliffe Rose (Diretor da International

⁶⁸ LIMA, Nísia & BRITTO, Nara. **op. cit.** pp. 135-158.

⁶⁹ Temas como a defesa da preservação da memória histórica nacional, a promoção de novos valores morais, a crítica ao pessimismo que ocultava o país e, sobretudo a valorização de uma identidade nacional configuraram a primeira fase da Revista Saúde no decorrer de 1918. A segunda fase, em 1919, a revista procurou abordar outros temas como pesquisas científicas relativas à salubridade e higiene. **In:** LIMA & BRITTO, **op. cit.**, p. 135-158.

⁷⁰ FARIA, Lina Rodrigues de. Os primeiros anos da reforma sanitária no Brasil e a atuação da Fundação Rockefeller (1915-1920). *Physis. Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.5, n.1, p.109-127, 1995. p. 110.

Health Commission).⁷¹ A Comissão viajou primeiramente a São Paulo com o objetivo de identificar áreas de atuação e coletar informações sobre as condições de combate às doenças infecciosas, como a malária, a ancilostomíase e a febre amarela. Esses contatos abriram caminho para a entrada de médicos e sanitaristas norte-americanos da F. Rockefeller no País. No ano seguinte chegou uma segunda comissão, desta vez formada pelos médicos Richard M. Pearce (diretor da Divisão de Educação Médica), John A. Ferrell (assistente da Diretoria da Comissão Sanitária Internacional) e o major Bailey K. Ashford (Comissão de Saúde do Exército dos Estados Unidos).⁷²

Fundamentalmente, os modelos das campanhas sanitárias e a formação de novos profissionais, duas das maiores realizações da Fundação conforme Lina Rodrigues Faria, foram "*conduzidos em parceria com a elite médica e sanitarista atuante no Brasil na época da chegada da Missão, tendo sido implementados em sintonia com o governo federal e os governos estaduais*".⁷³

Antes do início das atividades da missão estrangeira no Brasil, foram estabelecidos acordos de cooperação entre a F. Rockefeller e os governos dos estados brasileiros. Os estados interessados em desenvolver campanhas sanitárias e pesquisas científicas deveriam convidar oficialmente a Comissão Sanitária Internacional. Só assim a F. Rockefeller concordaria em cooperar com recursos financeiros e na organização dos serviços.⁷⁴

De maneira simplificada, Lina Rodrigues Faria afirma que o acordo de auxílio proposto pela F. Rockefeller para desenvolver pesquisas científicas e campanhas sanitárias no Brasil pode ser assim descrito: o governo da federação onde seria implantado o serviço da Rockefeller teria de arcar com pelo menos 25% das despesas e o restante seria de responsabilidade da Fundação; a comissão médica enviada aos estados seria responsável pelas informações sobre prevalência, distribuição, diagnóstico, tratamento e importância econômica das doenças, bem como pelo fornecimento de pessoal qualificado e equipamentos científicos, além da instalação de laboratórios e postos de combate às endemias; e, finalmente, os médicos chefes de cada serviço seriam responsáveis pelo

⁷¹ *Idem*, p. 111.

⁷² *Idem*, p. 111.

⁷³ *Idem*, p. 112.

⁷⁴ *Idem*, p. 124.

treinamento de profissionais brasileiros com métodos desenvolvidos pela F.Rockefeller e pela elaboração de relatórios e boletins sobre os trabalhos.⁷⁵

Outra figura de destaque nos trabalhos da F. Rockefeller, principalmente no Brasil, foi o Dr. Lewis Wendell Hackett, que passou a fazer parte da comissão em abril de 1914. No ano seguinte, organizou e dirigiu o Departamento de Ancilostomíase no Paraná, onde permaneceu até início de 1916. Em meados deste mesmo ano organizou e dirigiu as ações da Fundação Rockefeller na Guatemala e Honduras, sendo transferido no mês de setembro para o Brasil. Sob sua direção, o trabalho de combate às endemias no País obteve progresso considerável, visto que suas pesquisas tiveram início no Rio de Janeiro e nos anos seguintes as atividades se estenderam a vários outros Estados.

Depois da aquiescência do governador do Paraná, Lewis Wendell Hackett foi convidado pelo Serviço de Prophylaxia Rural do Paraná para prestar auxílio nas campanhas de saneamento. Conforme o sanitarista Heráclides C. Souza Araújo:

Em 11 de Outubro de 1918, na ultima conferencia que tivemos em Nitheroy, na séde central da referida Commissão, ficou assentado entre o Dr. Hackett e nós, que a Commissão Rockefeller faria campanha contra as verminóses nos municipios de Paranaguá e Guaratuba, e a Commissão de Prophylaxia Rural nos demais municipios do littoral: Morretes, Porto de Cima, Antonina e Guarakessaba, e, além disso, se incumbiria esta campanha contra o impaludismo em todos os seis municipios.⁷⁶

Além de realizar a campanha contra as verminoses no Paraná, a instituição comprometeu-se “*a fazer em varias zonas do Estado o controle sanitario a fim de verificar a frequencia das verminóses entre as populações dos campos e dos sertões paranaenses*”.⁷⁷

Para completar as principais reflexões acerca do desenrolar das campanhas sanitárias no interior do Brasil, cumpre reconhecer a importância do aparato legislativo que sustentou e coordenou muitas ações nesse campo. Compreende-se, assim, que o tema do saneamento nos sertões não foi manifestado apenas em cadernos de viagens de médicos que realizaram visitas a grande parte das zonas rurais dos estados brasileiros. Assuntos como a profilaxia rural, a mortalidade infantil e as endemias apareciam freqüentemente na imprensa e no debate legislativo. Quanto a esta instância, o decreto que criou de fato o

⁷⁵ *Idem*, p. 130.

⁷⁶ ARAÚJO, Heraclides C. de Souza. *Prophylaxia Rural no Estado do Paraná: Esboço de geographia medica*. Livraria Economica: Curityba, 1919, p. 24.

⁷⁷ *Idem*, p. 25.

Serviço de Prophylaxia Rural na Republica foi elaborado em 1º de maio de 1918, quase treze anos depois das primeiras campanhas empreendidas por Oswaldo Cruz no norte do país.

Decreto n. 13.001 de 1º de Maio de 1918. "Dispõe sobre a organização das comissões de médicos e auxiliares para o serviço de prophylaxia rural".

Art. 1º - O Ministro da Justica e Negocios Interiores organizará commissões de medicos e auxiliares que iniciem o serviço de prophylaxia rural, combatendo as endemias que assolam o interior do paiz.

Art. 2º - Os trabalhos serão começados de preferencia nos Estados cujos governos auxiliem os poderes federaes com uma somma igual á que este despender nas regioes administradas por aquelles governos.

Art. 3º - Todos os funcionarios serão nomeados em commissão e perceberão as gratificações e diarias que forem fixadas pelo ministro da Justiça e Negocios Interiores, de accôrdo com as difficuldades do serviço e o custo dos generos de primeira necessidade em cada região.

Art. 4º - Sempre que fôr possivel, para chefes das commissões de que trata este decreto serão aproveitados funcionarios da Directoria Geral de Saude Publica e do Instituto Oswaldo Cruz.⁷⁸

Uma singularidade do decreto mencionado é a sua constante e rápida reformulação conforme o transcorrer dos meses entre 1918 e 1919. As alterações mais significativas ocorreram em termos de elaboração de artigos mais específicos, constatando as principais doenças a serem tratadas (impaludismo e doença de Chagas), a fiscalização por parte da União sobre a eficiência das medidas sanitárias e a participação dos Estados na aquisição e distribuição da quinina.

Decreto n. 13.055 de 6 de Junho de 1918. "Addita providencias aos decretos 13.000 e 13.001 de 1 de Maio de 1918".

Art. 1º - Os Estados organizarão, sob sua direcção, o serviço, que ficará annexo ás respectivas repartições de higiene, de prophylaxia rural, visando, essencialmente, as tres grandes endemias dos campos uncinariose, impaludismo e doenças de Chagas.

Art. 2º - Os Estados requisitarão do Governo Federal dous funcioarios da Directoria Geral de Saude Publica ou do Instituto Oswaldo Cruz, aos quaes será confiada a chefia dos serviços sanitarios, respectivamente em duas zonas do Estado escolhidas para inicio dos trabalhos.

Art. 3º - O Governo Federal fiscalizará a execução dos trabalhos de saneamento, quer no intuito de reconhecer a applicação do auxilio da União quer para vereficar a eficiencia dos methodos prophylaticos adoptados.

⁷⁸ *Idem*, p. 22.

Art. 4º A União concorrerá para a execução dos trabalhos de saneamento rural com um terço da quantia despendida pelo Estado.

Art. 5º - Os Estados entrarão, directamente, em accôrdo com a repartição federal encarregada do serviço da quinina official, para a aquisição dos medicamentos necessarios ao serviço de prophylaxia, cumprindo na distribuição gratuita ou venda dos medicamentos officiaes, as instrucções organizadas pela respectiva repartição federal.⁷⁹

Nesta direção, depois de intensos debates, foi aprovado em 1919 na Câmara e no Senado, um substitutivo do deputado Teixeira Brandão dispendo sobre a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), cujas diretrizes evocavam a reorganização dos serviços sanitários em âmbito federal. Como afirma Gilberto Hochman, neste momento todos os serviços de saneamento foram centralizados pela união e os Estados perderam sua autonomia com relação à tomada de decisões sobre as questões de saúde. Por outro lado, os custos advindos dos trabalhos de profilaxia rural seriam garantidos tanto pelo governo estadual quanto pela união.⁸⁰

A esse respeito, especialmente no decorrer da década de 1920, a capacidade reguladora do Estado brasileiro sobre a saúde ampliou-se de maneira considerável, legando ao período varguista uma estrutura administrativa com poder intervencionista sobre questões relativas à saúde pública. Dentre inúmeras reformas sanitárias desenvolvidas pelos principais centros de pesquisa da área médico-sanitária⁸¹, destaca-se a organização dos serviços federais de saúde ocorrida a partir de 1919-1920, sob a direção do DNSP. Aliado a isso, como já mencionado anteriormente, a Liga Pró-Saneamento do Brasil (LPS) tinha como objetivo revelar a precariedade das condições sanitárias do interior do país a fim de exigir a unificação, uniformização e centralização dos serviços sanitários em uma agência federal.

Nesta perspectiva, considera-se de grande relevância a análise realizada por Gilberto Hochman sobre as relações entre a União e a saúde pública na Primeira República.⁸² Segundo este autor, entre 1902 e 1909, produziram-se no país arranjos institucionais e um aparato legislativo que fortaleceram a autoridade da União no que se refere à saúde

⁷⁹ *Idem*, p. 25

⁸⁰ HOCHMAN, Gilberto. Regulando os efeitos da interdependência: sobre as relações entre saúde pública e construção do Estado (Brasil 1910-1930). *Estudos Históricos*, Rio de Janeiro, v.6, n. 11, pp.40-61, 1993.

⁸¹ Neste período, são reconhecidas com grande relevância as pesquisas empreendidas pelo Instituto Oswaldo Cruz (IOC) e a Academia Nacional de Medicina (ANM).

⁸² HOCHMAN, Gilberto. *A era do saneamento: as bases da política de saúde pública no Brasil*. São Paulo: Hucitec, 1998.

coletiva.⁸³ Com efeito, a partir de 1910, a implementação de novos arranjos institucionais fortaleceram as “*bases de uma concentração de centralização do poder e de um ativismo estatal não previstos pelas elites no movimento do cálculo e da decisão de transferir atividades para o poder central*”.⁸⁴

Este novo modelo institucional de gerenciar as questões relativas à saúde contrariava a constituição de 1891 que previa a autonomia às unidades federativas quanto às decisões sobre a saúde de sua população. Conforme Gilberto Hochman, este processo foi aceito pela maioria dos grupos políticos locais devido à coadunação entre as idéias de uma elite setorial e os interesses das políticas regionais no que diz respeito à reforma dos serviços de saúde pública. Ao lado disso, a percepção de que as conseqüências das deficiências de uns indivíduos poderiam se manifestar sobre outros, principalmente aquelas relacionadas às doenças epidêmicas, incitou a preocupação das elites brasileiras. Assim, “*a interdependência sanitária demandaria a constituição de uma autoridade capaz de implementar políticas em todo o país, desconhecendo as fronteiras estaduais, sobre toda a população, restringindo quando necessário a liberdade individual e o direito de propriedade*”.⁸⁵

Visto deste ângulo, as endemias e epidemias tendem a transpor as fronteiras da unidade na qual teriam tido condições de surgir, atingindo, por exemplo, através da água ou do contato humano, outras unidades territorialmente mais próximas. Portanto, os problemas sanitários de uma localidade podem produzir efeitos externos negativos sobre outras. A doença ou a sua ameaça num país pouco integrado territorialmente acaba sendo um importante elemento constituidor da interdependência entre unidades dispersas.

A saída foi a criação e o aumento da capacidade de ação do Estado que tem como atributo distintivo a centralidade territorial. Os problemas de saúde, ao se tornarem públicos, apontaram para o Estado como a principal forma de organização com poder de implementar de forma coordenada políticas de saúde e saneamento em todo território nacional.

⁸³ *Idem*, p. 95-110.

⁸⁴ *Idem*, p. 242.

⁸⁵ *Idem*, p. 82.

Justifica-se dessa maneira a principal proposta defendida pela LPS, qual seja, a institucionalização do combate às endemias rurais por meio de uma política sanitária de caráter nacional, exercida de maneira centralizada pelo Governo Federal.⁸⁶ Por conseguinte, a LPS teve como resultado imediato de sua atuação, durante o último governo de Wenceslau Brás, a criação do *Serviço de Prophylaxia Rural* em 1918, cuja direção foi entregue à Belisário Penna.

Subordinado, a princípio, à Diretoria Geral de Saúde Pública e, a partir de maio de 1919, vinculado ao Ministério da Justiça do Interior e Negócios, este Serviço tinha por finalidade combater, em âmbito nacional, as endemias consideradas mais importantes como a malária, a ancilostomose, o impaludismo e a doença de Chagas. O assunto constituiu objeto de esclarecimento na justificativa realizada pelo Ministro da Justiça e Negócios Interiores, Dr. Urbano Santos da Costa Araujo, em 9 de abril de 1919, acerca da assinatura do decreto nº 13.538:

Pela reforma, o serviço de prophylaxia rural continúa, por enquanto, directamente subordinado ao ministerio que superintendo. Assim decidi fazer, porque reputo prematuro procurar dar-lhe, desde já, a sua organização efetiva. Querem organizal-o por intermedio de uma directoria especial, entendem outros preferivel subordinar-o á Directoria Geral de Saude Publica; é conhecido mesmo o projecto de alta autoridade profissional, reunindo todos os assumptos de saude publica sob jurisdicção de um ministerio particular. Julgo mais conveniente não adoptar, por enquanto, nenhuma destas soluções, deixando o problema neste ponto tal como elle acha.⁸⁷

De fato, a Diretoria Geral de Saúde Pública foi substituída no final de 1919 pelo Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), cujos objetivos eram ampliar o campo de atuação do Governo Federal na esfera da política sanitária, fortalecendo as campanhas de controle de endemias e promover programas de educação higiênica em áreas rurais, as mais atingidas pela ausência do poder público.

O resultado imediato, como aponta Hochman, foi o crescimento das atividades federais em questões relativas à saúde da população rural nos estados. Os custos derivados da perda de autonomia estadual eram percebidos como menores do que os custos de implementação dos próprios serviços de saúde relativos aos tratamentos dispensados. Com

⁸⁶ MORAES, Pedro Bodê de. O Jeca e a cozinheira: raça e racismo em Monteiro Lobato. In *Revista de Sociologia Política*. Curitiba: UFPR, 1997. p. 104-111.

⁸⁷ ARAÚJO, Heráclides C. Souza. **op. cit.**, p. 20.

isso, já em 1922 estavam em funcionamento 88 postos sanitários rurais em 15 estados e no Distrito Federal.⁸⁸

Ao longo do tempo, a União passou a arcar com as despesas de profilaxia e saneamento rural. Isso significava, efetivamente, que o custeio de obras de saneamento e de profilaxia e a implementação de políticas de saúde e saneamento nos estados realizavam-se cada vez mais, ainda que com a prévia autorização destes, de forma centralizada por uma agência federal. A quase totalidade dos Estados, impossibilitados técnica e financeiramente de dar respostas aos imensos problemas de saúde pública, negociou sua autonomia pelo ingresso de recursos financeiros e humanos sob controle e administração direta do governo federal.⁸⁹

Por outro lado, é necessário analisar com cautela e observando as especificidades políticas da Primeira República, o formato intervencionista da União. Não se pode atribuir a esta um formato de governo extremamente intervencionista e despótico. Nesse sentido, não era atribuição do governo federal obrigar os Estados a estabelecer códigos sanitários de profilaxia rural ou de formar equipes médicas para tal fim. Deve-se perceber com cautela o papel da União no que diz respeito às relações mantidas com cada unidade da federação. Em janeiro de 1919, o Ministro da Justiça, Negócios e Interiores, Urbano Santos da Costa, explica que:

O Serviço de hygiene nos Estados é assumpto incontestavelmente da competencia destes, não sendo nenhum daquelles que a Constituição reservou para a União. Esta, portanto, não tem poder para invadir o territorio dos Estados e tratar de sua saude publica, sem um entendimento previo com os seus governos. é o que faz a nossa actual legislação, exigindo para a obra do saneamento, não só a aquiescencia, como o concurso financeiro dos Estados.⁹⁰

Embora haja a necessidade de considerar e avaliar as relações contratuais entre os Estados e a União, de fato ocorreu uma ampliação da capacidade reguladora por parte desta, especialmente no aspecto da fiscalização dos serviços sanitários. Por fim, o processo de nacionalização dos cuidados com a saúde relativos à década de 1920, certamente não

⁸⁸ HOCHMAN, Gilberto, MELLO, Maria Teresa Bandeira & SANTOS, Paulo Roberto Elian dos. A malária em foto: imagens de campanhas e ações no Brasil da primeira metade do século XX. *Hist. cienc. Saúde Manguinhos*, 2002, vol.9 supl, p. 242.

⁸⁹ HOCHMAN, Gilberto. *op. cit.*, (1993). p. 54-55.

⁹⁰ SOUZA ARAÚJO, Heráclides. *op. cit.*, p. 36.

solucionou o problema das endemias rurais, dos surtos epidêmicos das grandes cidades e da falta de saneamento. Porém, quase todas as avaliações do período indicavam melhorias em relação à situação anterior. Esse período foi marcado pela presença e expansão do Estado pelo território nacional, alcançando com suas ações parcelas cada vez maiores da população.⁹¹

No Paraná, as políticas de saúde pública foram realizadas de acordo com a criação do *Serviço de Prophylaxia Rural do Paraná* em 1918. No entanto, no ano de 1916, equipes médicas já haviam percorrido o meio rural do Estado, relatando as péssimas condições sociais e sanitárias que enfrentava o caboclo paranaense.⁹² Adiante, são examinadas as primeiras preocupações do governo estadual com a saúde da população rural no início da década de 1910 e a importância da criação de comissões médicas que iriam providenciar os principais procedimentos para a erradicação de endemias rurais.

3.1 A criação do Serviço de Prophylaxia Rural do Paraná e as primeiras expedições médicas no interior do estado: o diagnóstico da doença e do abandono

Em 1910, o governador do Paraná, Francisco Xavier da Silva, expõe a preocupação sobre o estado sanitário do Estado. Conforme a mensagem pronunciada em fevereiro deste ano, não era mais possível confiar na salubridade “de nosso clima”, crença que por décadas vigorou nos discursos de cronistas e políticos paranaenses. O aformoseamento dos municípios do Estado contrariava os dados estatísticos de mortalidade e índices epidêmicos e por isso Francisco Xavier da Silva enuncia a necessidade de “*nos precavermos dos necessarios meios de defeza contra enfermidades que, por ventura, possam se manifestar*”

⁹¹ *Idem*, p. 55.

⁹² SOUZA ARAÚJO, Heráclides C. **op. cit.**, p. 09.

no Estado, maximé agora que suas relações com centros populosos se tornaram mais frequentes e rapidas, quer por via marítima, quer terrestre".⁹³

Contudo, o Estado não contava com uma estrutura eficiente de pessoal, instalações e equipamentos que amparassem a saúde de sua população. Apenas a cidade de Curitiba possuía alguns recursos que, em épocas de surtos epidêmicos, não era capaz de tratar de todos os enfermos. Por isso, Francisco Xavier da Silva, em mensagem de fevereiro de 1911, reclama a urgente construção de instalações sanitárias indispensáveis para atender os doentes portadores de moléstias contagiosas.

Nas cidades da região litorânea, a maioria da população desconhecia os serviços sanitários como o abastecimento de água canalizada e coleta de esgotos pois "*não possuía nem 20 latrinas para um total de 250 casas no quadro urbano, quando lá installámos [Morretes] o nosso posto sanitário*".⁹⁴ Às queixas relativas à ausência de instalações sanitárias se acrescenta a precariedade dos serviços mantidos nos hospitais. Relata Dr. Heráclides C. Souza Araújo⁹⁵ que os indivíduos pobres da cidade de Paranaguá não são assistidos pelo "*pequeno hospital de caridade*" devido à falta de médicos, leitos e medicamentos.

Com relação ao gerenciamento da organização dos serviços sanitários do Estado, em 1912 Francisco Xavier da Silva sancionou a lei nº 1042, cujo conteúdo geral remetia aos poderes atribuídos ao Executivo sobre a reorganização (quase fundação) da higiene do Paraná. Consta nos artigos desta lei a construção de três postos de saúde sob a vigilância e cuidados de inspetores da saúde em Curitiba, Paranaguá e Ponta Grossa. Ao lado de cada posto, deveria ser construído um pavilhão de isolamento "*com todas as condições de hygiene e conforto*", e um lazareto com capacidade para atender as modernas exigências sanitárias.

Entretanto, mesmo restrita a Curitiba, Paranaguá e Ponta Grossa, principais municípios do Estado naqueles tempos, tal lei condenar-se-ia ao descaso, às gavetas, ao

⁹³ *Mensagem do Governo do Paraná, 1910. In: FERNANDES, Lindolfo. op. cit., p. 17.*

⁹⁴ SOUZA ARAÚJO, Heráclides. *op. cit.*, p. 58.

⁹⁵ Nasceu no Paraná, em 1886 e diplomou-se em 1912 pela Escola de Farmácia de Ouro Preto, em Minas Gerais. Iniciou imediatamente o curso da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, concluindo-o em 1915. Ainda estudante, realizou o Curso de Aplicação do Instituto Oswaldo Cruz (IOC), diplomando-se em 1913. Também no IOC obteve doutoramento, defendendo a tese "Estudo sobre o granuloma venéreo". Desde então manteve-se ligado a este Instituto, concentrando sua atuação na área de leprologia. Sua formação foi concluída com os cursos de Saúde Pública na John Hopkins University, nos Estados Unidos, em 1926; e de Dermatologia, entre 1930 e 1931, na London School of Dermatology.

esquecimento, menos pela vontade pública do que pela absoluta falta de recursos financeiros.

O teor das queixas dos governadores que se seguiram não sofreu grandes mudanças. Em fevereiro de 1915, o governador Dr. Carlos Cavalcanti afirma que

Devemos confessar que em materia de hygiene publica, temos apenas um simulacro de organização que tudo deixa a desejar, apesar da competencia e dedicação dos dignos funcionarios da repartição a que corresponde. No entanto, é objecto de maior alcance para o nosso futuro. Assim, entendendo o governo, já legalmente autorizado, logo que se ache habilitado com os recursos necessarios, tratará de reformar convenientemente o referido serviço, creando nesta Capital um Hospital de Isolamento e Desinfectorio Central.⁹⁶

Se em Curitiba a situação sanitária encontrava-se precária, abrindo portas para a entrada de avassaladoras epidemias, os mais remotos municípios do interior raramente ou nunca eram assistidos pelo governo. Apesar disso, a preocupação governamental não pode ser descartada conforme as palavras de Carlos Cavalcanti em 1915:

O governo tendo de prestar assistencia hygienica a todos os municipios do Estado, lucha com a falta quasi absoluta de recursos para attender os multiplos pedidos e reclamações que lhe chegam dos mais longinuos pontos de nosso territorio, sendo forçado a despezas extraordinarias para não deixar sem o devido soccôrro os municipios que os solicitam.⁹⁷

As principais doenças que acometiam a vida da população rural eram as endemias como a ancilostomose, o impaludismo e a doença de Chagas. Apesar de que os dados estatísticos não são confiáveis pois sugerem informações muitas vezes contraditórias entre si, o sanitarista Dr. Eduardo Leal Ferreira afirma que *"40% dos nossos patricios estão sujeitos, ao menos periodicamente, aos calafrios da malaria, que, não raras vezes, precedem no lar, a curta distancia, a visita da empresa funeraria"*.⁹⁸

A malária, doença conhecida também como impaludismo, tornou-se endêmica no Paraná desde o final do século XIX. As principais cidades assoladas pela doença estavam localizadas no litoral como Paranaguá, Morretes, Antonina, Guaratuba e Guaraqueçaba,

⁹⁶ *Mensagem do Governo do Paraná, 1915. In: FERNANDES, Lindolfo. op. cit., p. 20.*

⁹⁷ *Idem, p. 20.*

⁹⁸ FERREIRA, Eduardo Leal. Saneamento do Brasil. *In: Paraná Medico. Órgão da sociedade de Medicina do Paraná. Curitiba, 1918. Texto publicado após a 2ª conferência popular organizada pela União dos Acadêmicos de Medicina do Paraná, realizada em 18 de agosto de 1918, p. 415.*

visto que raramente foram realizadas medidas de saneamento na margem de rios, locais propícios à procriação do mosquito *anopheles*, transmissor da doença. Os indivíduos que habitavam próximo às margens dos rios Itiberê, Cubatão, Ribeira, Guaraqueçaba, Cachoeira e Nhundiaquara tinham grandes possibilidades de desenvolver a doença em períodos que não ocorriam serviços de hidrografia sanitária para o combate dos vetores da doença.

Mais disseminada que a malária, a ancilostomose também fazia vítimas no Paraná. No mês de agosto de 1917, foi registrado em Paranaguá o índice de 62,7% de pessoas debilitadas pela doença. No município de Jacarezinho, a comissão médica liderada pelo Dr. Alan Gregg verificou que 78,8% da população apresentava sintomas da ancilostomose, fato confirmado posteriormente em exames laboratoriais. Caso mais grave ocorreu em Antonina, cujos ancilostomiados correspondiam a 83% dos habitantes. Além dessas cidades, em 18 municípios paranaenses foi diagnosticada a endemia, cuja manifestação abarcava entre 60 a 80% da população.⁹⁹

Os estudos para verificar a distribuição geográfica e a frequência dessas doenças endêmicas só foram possíveis através das missões médicas realizadas em meados da década de 1910. Assim, as primeiras viagens de que se tem relato, solicitadas pelo governo do Estado, ocorreram em maio de 1915 chefiada pelo médico-sanitarista Dr. Manoel Carrão. Sua equipe dirigiu-se ao norte do Estado, auxiliada financeiramente pelo governo, para “*socorrer extensa zona flagellada pelo paludismo. Eram os municipios de Jaguariahyva, de Thomazina, de S. José da Boa Vista, Ribeirão Claro e Santo Antonio da Platina, na parte banhada pelo rio das Cinzas*”.¹⁰⁰

Referindo-se a Tomazina, Dr. Manoel Carrão retrata o seguinte quadro sanitário:

Em 1915 só escaparam do surto epidemico da molestia os que deixaram a localidade e mais 2 ou 3 pessoas que lá permaneceram na impossibilidade de d'ahi sahirem". De Janeiro a Maio desse anno só em Thomazina o paludismo enterrava 623 pessoas. Em Jaguariahyva, em igual periodo, a mesma molestia despedia da vida de 100 individuos.¹⁰¹

Embora a visita médica do Dr. Manoel Carrão e sua equipe fosse de extrema importância para o diagnóstico e a tentativa de tratamento de doenças, o serviço de profilaxia rural no Estado do Paraná ainda não tinha se organizado. Apenas no ano

⁹⁹ *Idem*, p. 419-20.

¹⁰⁰ *Idem*, p. 418.

¹⁰¹ *Idem*, p. 418.

seguinte, em 1916, uma equipe médica constituída por nove sanitaristas foi formada a fim de tomar as primeiras providências no combate de endemias no meio rural. Estava consolidada, portanto, a comissão que iria fundar posteriormente o *Serviço de Prophylaxia Rural no Estado do Paraná* (SPRP).

É neste contexto que o governo do Estado do Paraná demonstrou as primeiras preocupações com a saúde dos habitantes do interior. Em 1918, foi criado o *Serviço de Prophylaxia Rural do Paraná* conforme o decreto nº 779. Os objetivos deste decreto, em linhas gerais, visavam à aplicação de medidas sanitárias a fim de combater doenças epidêmicas e endêmicas no meio rural, sob a direção de médicos do Instituto Oswaldo Cruz e das diretrizes do Regulamento Sanitário Rural.

Decreto nº 779

O presidente do Estado do Paraná, usando das auctorizações contidas em as leis nºs. 1718, de 31 de Março de 1917 e 1791, de 8 de Abril de 1918, decreta:

Art. 1º - Fica creado no Estado do Paraná o serviço de prophylaxia rural, visando essencialmente o combate ás grandes endemias que difficultam o trabalho nos campos e concorrem para a inferioridade organica do homem.

Art. 2º - A prophylaxia rural será executada de accordo com o Regulamento Sanitario Rural, nesta data expedido pelo Secretario d'Estado dos Negocios do Interior, Kustiça e Instrucção Publica.

Art. 3º - O serviço de prophylaxia rural será dirigido por uma commissão do Instituto Oswaldo Cruz, de nomeação do Ministro da Justiça e Negocios Interiores, enquanto vigorar o accordo feito pelo Governo do Estado com o da União, em 12 de Julho de 1918.

Affonso Alves de Camargo.¹⁰²

Um ano depois da criação do Serviço de Profhylaxia Rural do Paraná, foi apresentado ao governo do Estado, em 1919, um extenso relatório denominado *A Prophylaxia Rural no Estado do Paraná*. O médico Souza Araújo, organizador do relatório e responsável pelo grupo de médicos que atuaram nos municípios citados¹⁰³, apresentou os primeiros passos e resultados advindos das propostas higienistas e sanitárias que deveriam, segundo o Decreto nº 779, ser aplicadas tanto no meio físico – como rios, solos, ar – como nas habitações e modo de vida dos indivíduos. Neste relatório, observa-se também a

¹⁰² Decreto Estadual nº 779. "Dispõe da criação do Serviço de Prophylaxia Rural do Paraná". In: Decreto nº 779 de 8 de outubro de 1918 do *Regulamento Sanitario Rural*. Estado do Parana. Typ. A Republica, 1918. p. 54.

¹⁰³ Ver anexos nº 01, 02 03 e 04.

presença dos médicos da Fundação Rockefeller e do Instituto Oswaldo Cruz no que diz respeito às medidas sanitárias e higiênicas aplicadas no meio rural do Paraná.

Conforme o relatório apresentado por Souza Araújo em 1919, os trabalhos empreendidos pelo SPRP dividiram-se em duas fases: a primeira se estendeu de 5 de novembro de 1916 a junho de 1918, sob direção da equipe médica chefiada por Souza Araújo e por conta exclusiva do Estado do Paraná; a segunda, compreendeu o período de setembro de 1918 a agosto de 1919, realizada às custas de verbas federais e estaduais, posto que a partir desta já estava em vigência o decreto federal nº 13.001.

A equipe foi constituída por nove médicos escolhidos por Carlos Chagas e, dentre eles, destaca-se a importante atuação do Souza Araújo e Eduardo Leite Leal Ferreira. Ambos participaram intensamente das campanhas sanitárias ocorridas entre janeiro de 1917 e fevereiro de 1918 em mais de vinte municípios paranaenses. Para completar o quadro destas atividades, ambos escreveram inúmeros ensaios na principal revista médica do Estado, *Paraná Médico*.

Eduardo Leal Ferreira estudou na Faculdade de Medicina do Paraná nos primeiros anos da primeira década do século XX e, posteriormente estudou na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. A mesma trajetória acadêmica teve o paranaense Souza Araújo que concluiu o curso da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro em 1915. Nesta cidade, portanto, os recém-formados médicos estabeleceram contato com a equipe de Oswaldo Cruz e, na praia de Botafogo, foram nomeados por Carlos Chagas para cumprir a tarefa de percorrer a região interiorana do Paraná, diagnosticando e tratando o estado de saúde da população.¹⁰⁴

Em seu relatório, o sanitarista Souza Araújo relata que no dia 12 de maio de 1916 sua equipe partiu do Rio de Janeiro com destino ao Estado do Paraná tendo como principal objetivo organizar a estatística de leprosos, somente para auxiliar a elaboração de um trabalho sobre esta doença. Depois de percorrer alguns municípios do interior, obtendo dados sobre a frequência da lepra, a comissão médica regressou ao Rio de Janeiro apenas com o fito de trabalhar como estagiários no Instituto Oswaldo Cruz. No entanto, foi a partir de acordos realizados com o governador do Paraná, Dr. Affonso Alves Camargo, que o empreendimento de reformas sanitárias no interior do Estado de fato consolidou-se.

¹⁰⁴ ARAÚJO, Heraclides C. Souza. **op. cit.**, p. 04 – 09.

Affonso Alves Camargo chamou a atenção da equipe de Souza Araújo sobre “*o saneamento do litoral, região onde a malária e a opilação causavam enormes danos, e do noroeste do Estado, onde a malária vinha desde alguns anos dizimando a população rural*”.¹⁰⁵ Com efeito, a malária já se fazia presente no litoral há décadas, sendo relatada por viajantes como Saint Hilaire ou por cronistas como Nestor Vitor:

Assim, o Alto Paraná seria um excelente sanatório se a malária, que ali não é mortal, mas em todo caso violenta e quebrantadora, não reinasse, nas margens dos rios principalmente, por occasiã das grandes baixas d'água.¹⁰⁶

No decorrer da campanha sanitária no interior do Estado, Souza Araújo narra os obstáculos existentes, como a ineficácia da profilaxia da lepra,¹⁰⁷ e os resultados positivos adquiridos com a campanha contra as verminoses nos municípios da marinha e “*a campanha anti-palúduca por nós iniciada e dirigida acabou com o grande espantinho e o grande ceifador da vida dos preciosos trabalhadores do sertão – que era o impaludismo no Norte do Estado*”.¹⁰⁸

A trajetória e o tempo de permanência da comissão em cada município obedecia uma regra em geral: os primeiros locais visitados deveriam ser aqueles situados na região litorânea e a partida ocorria somente após dada a certeza da interrupção da endemia ou epidemia. Dessa maneira, Souza Araújo apresenta o seguinte roteiro de trabalho sanitário:

No dia 3 de Janeiro de 1917 iniciámos, em Paranaguá, os serviços da nossa comissão. Todo esse mez foi gasto no municipio de Paranaguá, compreendendo a barra do sul e algumas ilhas. No mez de Fevereiro percorremos os municipios de Guaratuba, Guarakessaba e Morretes, tendo terminados nossos estudos em Antonina, no dia 6 de março de 1917.

Nessa época dominava o Norte do Estado uma cruel epidemia de Malaria. Fomos então convidados pelo Presidente do Estado para ir dirigir a campanha contra essa infecção naquela vasta e rica zona. No dia 10 de Março iniciámos, em Jaguarahyva, a referida campanha. Não havia nessa ocasião nenhum medico em toda a região Noroeste, que comprehende oito municipios, e todos elles estavam sendo dizimados pela Plasmodóse de Laveran.¹⁰⁹

¹⁰⁵ *Idem*, p. 25.

¹⁰⁶ VITOR, Nestor. **op. cit.**, p. 52.

¹⁰⁷ A intenção inicial desses médicos era tratar a lepra no Paraná, construindo uma colônia de isolamento denominada Lazarópolis. A estimativa de paranaenses com esta doença aproximava-se de 200 indivíduos, segundo este relatório.

¹⁰⁸ SOUZA Araújo. **op. cit.**, p. 31.

¹⁰⁹ *Idem*, p. 13-14.

Após visitar os municípios do litoral, a comissão dirigiu-se ao noroeste do Estado, propagando a profilaxia de endemias em oito municípios: Jaguariaiva, S. José da Boa Vista, Tomazina, Tibagi, Carlópolis, Ribeirão Claro, Jacarezinho e Platinópolis, todos assolados grandemente pela malária. Exclama Souza Araújo: "*Foi uma via sacra dolorosa!*". No entanto, apesar da campanha profilática consistir uma das metas mais importantes da campanha sanitária, é importante salientar a intenção da comissão de realizar obras de saneamento relacionadas ao abastecimento de água e tratamento de esgoto.

Devido à grande complexidade de execução da reforma sanitária e de concretizar os ensinamentos profiláticos à população rural, a comissão necessitou basear-se no Regulamento Sanitário do Estado do Paraná, criado em 1918.

Art. 1º - O serviço de Prophylaxia Rural no Estado do Paraná tem por fim:

- a) a applicaçõ de medidas de hygiene geral que visem melhorar as condições de habitabilidade no littoral e nos campos;
- b) a diffusão de preceitos higienicos, individuaes e collectivos, aproveitaveis á garantia sanitaria das populações ruraes, compreendendo a propaganda escolar pelos professores publicos, para isso preparados em cursos especiaes;
- c) a prophylaxia especifica das doenças endemicas e epidemicas nas zonas ruraes do Estado e demais cidade;
- d) a applicação de medidas possiveis de engenharia necessarias ao objectivo acima visado;
- e) a diffusão, no Estado, dos medicamentos necessarios ao combate ás grandes endemias e de sôros e vaccinas destinados a prevenir o homem e os animaes contra diversas infecções.

Art. 2º - Em caso de epidemia o serviço de prophylaxia intervirá na defesa sanitaria da capital;

Art. 3º - O serviço de prophylaxia rural visará essencialmente o combate ás seguintes doenças: o impaludismo, a ancylostomose e a lepra.

Art. 4º - Serão também consideradas nas medidas de prophylaxia as febres do grupo colityphico, as dysenterias, a doença de Chagas, a variola, o trachoma, as ulceras epidemicas, as epizootias e outras doenças que apresentem character epidemico no Estado.

Art. 5º - Os trabalhos de prophylaxia rural serão realizados de accôrdo com o critério das necessidades regionaes, sendo progressivamente tratadas as zonas do Estado de elevado indice em relação ás grandes endemias, de maior valor economico e mais densa população estando em primeiro logar o municipio da Capital e logo em seguida o litoral e o Norte do Estado.

(...)

Art. 9º - Para a boa execução das medidas de prophylaxia sanitaria, todas as emprezas importantes, taes como as estradas de ferro, as companhias carboniferas e industriaes de madeira, de matte, e de outros ramos de commercio, industria e agricultura, com séde no Estado desde que funcionem com mais de 100 trabalhadores, deverão manter serviço medico permanente para os seus empregados e operarios, e fornecer trimestralmente, á directoria do Serviçp de Prophylaxia, informações amplas sobre o estado sanitario das mesmas.

Art. 10º - Os medicos do serviço de Prophylaxia Rural se inncumbirão de organizar mappas da distribuição geographica das doenças, determinando o seu indice endemico para cada

região do Estado, os quaes servirão de base para a imposição das medidas obrigatorias de prophylaxia e execução de outras medidas constantes deste regulamento.¹¹⁰

O Regulamento Sanitário Rural do Paraná, amparado pela assinatura do decreto nº 779 pelo ex-secretário do *Interior Justiça e Instrução Publica*, Dr. Enéas Marques dos Santos, é obra de compilação da própria comissão do SPRP, compondo-se de quatro capítulos. O primeiro trata de generalidades sobre o serviço de profilaxia e saneamento; o segundo da habitação rural; o terceiro da profilaxia de doenças específicas como o impaludismo, a lepra, a sífilis, a varíola, a doença de Chagas, entre outras; o quarto capítulo é composto por “disposições gerais”. É interessante notar que, aliado aos decretos federais e estaduais sobre a organização da profilaxia rural, o regulamento sanitário pressupõe um importante passo na efetivação de melhorias relativas à saúde pública no Paraná.

Ladeando os relatórios elaborados pelo SPRP, parte das descrições médicas sobre a saúde do homem do campo e as condições higiênicas das cidades do interior são semelhantes entre si. Estatisticamente, todas elas apresentavam alto índice endêmico, cujos números compuseram o quadro nosológico (estudo das moléstias) do Estado. A pobreza, o abandono e o descaso público com a população do campo também constitui tema predominante nos testemunhos médicos. Densamente descritivo, o relatório de Souza Araújo fornece algumas impressões sobre o município de Morretes:

O seu estado sanitario nunca foi bom, pois, (...) tem soffrido em todos os tempos as terriveis consequencias da endemicidade malarica e a quasi totalidade da sua população foi sempre anemica e indolente por causa da opilação, que a ia arruinando dia a dia. A cidade não tem água canalizada e nem exgottos e nem possuía nem 20 latrinas para um total de 250 casas no quadro urbano, quando lá installámos o nosso posto sanitario. (...) Calculamos em 90% da população do littoral o número de casos de infecção pelos vermes intestinaes. (...) Como se vê a situação é muito crítica e reclama dos poderes publicos medidas muito serias de represalia ao grande mal.¹¹¹

Em Tomazina:

Desde 1908 o municipio de Thomazina tem sido theatro de varias e terriveis epidemias de Malaria, citando-se como mais intensas as de 1912, 1913, 1915 e 1917.

A epidemias de 1917, que combatemos, teve inicio em Outubro de 1916, tendo attingido o seu auge em Janeiro e Fevereiro seguintes, declinado em Abril. Por essa occasião

¹¹⁰ In. SOUZA ARAÚJO, Heráclides C. **op. cit.**, p. 13-14.

¹¹¹ *Idem*, p. 35.

a cidade apresentava um aspecto desolador, grande numero de casas fechadas; a pharmacia desprovida.¹¹²

Mais tarde, em 1923, foi publicado outro trabalho médico referente à saúde da região rural paranaense, denominado *Serviço de Saneamento e Prophylaxia Rural no Paraná em 1922*, pelo Dr. João de Barros Barreto. Assim como *A Prophylaxia Rural no Estado do Paraná*, este relatório permitiu às elites urbanas uma visão contundente das condições médico-sanitárias e sociais na região rural. A intenção do médico, portanto, visava advertir ao governo estadual sobre os principais problemas de saúde enfrentados pela população dos municípios rurais e, a partir disso, elaborar planos e propostas de combate às endemias e epidemias.

A par dos relatórios realizados, os artigos publicados no periódico médico paranaense, *Paraná Médico* (1917/1918, 1920, 1925/26) relataram o crescente número de mortes decorrentes das principais epidemias, como a tuberculose, a gripe espanhola, a varíola e o tifo, bem como das diversas endemias representadas especialmente pelas verminoses. Além das detalhadas descrições sobre as condições sanitárias da região rural do Paraná, os artigos do periódico procuravam promover intrigantes discussões sobre a recuperação da salubridade do interior do Paraná e da saúde dos caboclos.

Idéias de modernização, higienização e funcionalidade passaram a fazer parte do discurso médico, identificado nos documentos já citados e das ações dos governadores que se seguiram no Paraná (através de leis, decretos e regulamentos condizentes ao saneamento do meio rural). A meta era promover, como nas demais regiões rurais do Brasil, uma intervenção direta sobre o social, visando adequar a administração pública às novas exigências de uma sociedade em formação, instruída por concepções racionais de “nacionalidade”, “modernidade” e “construção nacional”.

Pode-se notar, portanto, que nas primeiras décadas do século XX, a atuação médica na vida pública configurava-se por meio de procedimentos adotados para a reorganização sanitária e higiênica do “novo homem brasileiro” e de discursos produzidos acerca deste

¹¹² *Idem*, p. 42.

tema. Estes, por sua vez, são repletos de um olhar crítico sobre as mazelas sociais e sanitárias das zonas rurais, almejando a recuperação física do caboclo brasileiro.

Para os membros da elite médica e política do país, era impossível garantir o desenvolvimento social sem solucionar os problemas de um povo constituído em sua grande maioria por enfermos. Desse modo, o pensamento nacionalista voltou-se para o problema da integração das áreas rurais, como busca de uma verdadeira nacionalidade; além disso, havia um ideal político que tinha como base a incorporação do caboclo como cidadão sadio, apto a contribuir para o desenvolvimento econômico. A construção nacional era uma tarefa que não podia basear-se sem a valorização da vida e da saúde da população brasileira.

Como se procurará demonstrar à frente, o conjunto de relatos referentes às condições de saúde, habitabilidade, modos de vida e sociabilidade dos habitantes das regiões pode ser compreendido sob o ponto de vista do ideário eugênico, auxiliando na configuração de um quadro da realidade daquela população situada à margem da Belle Époque. Com efeito, pretende-se demonstrar o discurso médico de salvação do homem do campo sustentado pelo desejo de integrá-lo à identidade nacional, a partir de noções advindas da eugenia como higiene e civilidade.

CAPÍTULO II: O DIAGNÓSTICO DA DOENÇA E DO ABANDONO

Em meados da década de 1910, as campanhas sanitárias empreendidas por profissionais do Instituto Oswaldo Cruz (IOC) efetivaram a principal forma de combate e controle dos surtos endêmicos no interior do país, denominados de *Programa de Prophylaxia Rural*. Uma das leituras possíveis acerca dos relatórios, ensaios, artigos e dados estatísticos advindos do programa em questão incide nas medidas e procedimentos sanitários adotados por médicos-sanitaristas na erradicação de endemias rurais. Contudo, tais documentos podem mostrar um outro aspecto: a problematização da alteridade. Em outras palavras, as viagens médicas e científicas empreendidas pelos sanitaristas do IOC viabilizaram uma experiência engendrada no contato com o “outro”, isto é, com as populações rurais.

Impressões, anseios, desapontamentos e estarrecimentos imprimem as descrições destes narradores, constituindo um discurso sobre a “visão do outro” que, neste caso, possuía hábitos culturais e condições sócio-materiais diferentes de quem vivia numa *urbs* que se pretendia moderna, repleta de *boulevards*, teatros e cafés. Tanto o espaço físico, demarcado por campos vastos e matas, quanto os próprios habitantes do meio rural despertaram claramente no discurso médico concepções conflitantes sobre “*este quadro infernal que só poderia ser magistralmente descripto pelo Dante immortal*”.¹¹³

A primeira parte deste capítulo trata da população rural do Paraná que teve contato com os serviços da CPRP. Porém, pretende-se demonstrar que os habitantes do campo não podem ser vistos de maneira homogênea e estereotipada, recebendo assim a única definição de caboclo. Dessa maneira, são consideradas nesta pesquisa outras comunidades que também receberam os tratamentos médicos da CPRP, como os imigrantes, indígenas e os caiçaras que viviam no litoral paranaense. Aliado a isso, como o modo de vida desses habitantes pode ser considerado tradicional e rústico, como aponta a antropóloga Eunice Durham, a universalidade de elementos presentes em seu cotidiano possibilitou aos médicos uma única definição a eles, qual seja, caboclo.

Os hábitos higiênicos e culturais, as formas de relações sociais e principalmente o estado de saúde do homem do campo constituíram temas privilegiados nos relatórios médicos. Isto é, ao lado de reformas sanitárias empreendidas e de dados estatísticos de

¹¹³ FERREIRA, Eduardo Leal. Saneamento do Brasil. In: *Paraná Médico*. Órgão da Sociedade de Medicina do Paraná. Curitiba, 1918. p. 409.

enfermos e óbitos, encontram-se também descrições sobre o modo de vida do homem rural. A estas observações, o ideário da ciência eugênica associou-se de modo a sustentar o discurso médico com relação à visão sobre o “outro”. Portanto, a primeira parte deste trabalho tem como objetivo analisar a visão de médicos-sanitaristas a respeito dos habitantes rurais paranaenses sob o ponto de vista da eugenia.

A terceira questão, discutida na segunda parte do capítulo, diz respeito ao pensamento predominante no meio médico-sanitário da época em questão: a crença de que a recuperação da saúde do caboclo era necessária para a sua integração à identidade nacional brasileira.¹¹⁴ Em outras palavras, tendo em vista sua recuperação por meio da intervenção médica, o homem do campo voltaria a trabalhar para a prosperidade da nação. Além disso, quando saudável e adequadamente nutrido, esse indivíduo passaria a ter consciência de seus direitos e deveres para com a nação, comprometendo-se com hábitos cívicos e patrióticos. Dessas duas maneiras, acreditava-se que a população rural não se situaria mais à margem da sociedade brasileira, passando a pertencer a ela conforme a integração a uma identidade nacional.

2.1 Quem é o Jeca Tatu? A população cabocla, indígena e caiçara sob o olhar médico

Com relação às descrições acerca do modo de vida do habitante rural, as referências mais comuns usadas pelos autores de relatos de viagens, médicos e intelectuais no fim do século XIX e início do XX diziam respeito ao isolamento, ignorância, ociosidade e doença. Quanto à posse da terra e às condições de vida e trabalho entre, por exemplo, sertanejos do Nordeste, caucheiros do Norte e caipiras do Vale do Paraíba, as semelhanças evidenciam-se nas descrições dos hábitos, da moradia e das crenças religiosas. Encontram-se também as mesmas técnicas produtivas, as mesmas formas de cooperação e auxílio mútuo, os mesmos

¹¹⁴ SANTOS, Luiz Antonio Castro. O Pensamento Sanitarista Na Primeira República: Uma Ideologia de Construção Nacional. **In:** *Dados - Revista de Ciências Sociais*, v. 28, n. 2, p. 193-210, 1985.

laços de solidariedade e, principalmente, as mesmas condições precárias de existência e saúde.

Nesse aspecto, a fim de descrever o modo de vida e a precariedade da saúde do homem do campo, os médicos que adentraram o meio rural brasileiro não poderiam desviar seu olhar das questões relativas à cultura, sociabilidade, vestimentas, enfim, o modo de vida do homem rural. Para o grupo de médicos que manteve contato com essas populações, não bastava apenas conhecer e compreender o surgimento de endemias e de como tratá-las; não era o suficiente contornar o precário sistema de saneamento e a ausência de hospitais e postos de saúde. Importava, também, revelar à classe dirigente o modo de vida do habitante rural que tanto destoava da cidade.

Porém, a população que vivia no meio rural, sobretudo aquela tratada pela CPRP, não pode ser percebida de maneira homogênea e indiferenciada. Não eram apenas os caboclos que viviam no interior do Paraná, uma vez que a CPRP atendeu aldeamentos indígenas, colônias de imigrantes e a comunidade caiçara do litoral. Quanto às referências a estes grupos sociais, percebe-se a tentativa e por conseguinte, a dificuldade de nomear os grupos locais atendidos em cada município, fato demonstrado pelo uso generalizante dos termos "caboclo" e "sertanejo" para se referenciar ao habitante do interior e mesmo do litoral.

Primeiramente, a discussão que se inicia aqui refere-se à averiguação de como podem ser definidos os verdadeiros caboclos que residiam no meio rural de Estados como Paraná, Minas Gerais, São Paulo entre outros. O estudo sobre este grupo social iniciou-se na década de 1930, em São Paulo, onde foram criados os primeiros cursos de ciências sociais, cujo enfoque investigativo concentrava-se na análise sobre as dificuldades de implementação de projetos modernizantes no Brasil devido à resistência e ao afastamento de certos grupos sociais dos centros urbanos. Destaca-se nesse cenário acadêmico o sociólogo Emílio Willems por suas interpretações relativas às populações caboclas cuja vida parece decorrer em um mundo diferente das grandes capitais brasileiras. As constatações de Willems a respeito dos caboclos das cabeceiras do Xingu ou do planalto matogrossense apontam para uma série de agrupamentos humanos culturalmente heterogêneos, apesar de que algumas características são comuns a todos eles, tais como a ignorância, a indolência e a ancilostomose.

O ponto primordial enfatizado por Willems é a existência no Brasil de culturas diversas, localizadas, por vezes, na mesma região geográfica, situação esta que impede uma possível construção da nacionalidade brasileira. Alternam-se nos ensaios do autor a idéia de cultura sertaneja, cultura cabocla e cultura rústica, sendo que estas últimas indicam o contato interétnico do branco português com o indígena brasileiro. Mas a definição de Willems sobre o caboclo excede o elemento étnico na medida em que indica outras designações. Relações viciniais, nomadismo, uso predatório da terra, miséria, subalimentação e tantos outros aspectos que conferem um modo de vida caipira sobressaem em suas considerações ao inquirir uma definição e sentido para o caboclo.¹¹⁵

Se Willems abordou os temas da modernização brasileira e dos contrastes culturais, Antonio Candido apresenta uma perspectiva baseada na sociabilidade do caipira paulista, relacionando-a às mudanças sócio-culturais decorrentes do processo de urbanização e industrialização em São Paulo. Em *Os Parceiros do Rio Bonito*, Candido manifesta o conceito, já apresentado por Willems, de cultura rústica, definida então por um padrão específico de contato interétnico e cultural.

No entanto, é o aspecto cultural que norteia todas as discussões dirigidas ao caboclo, representado sobretudo por alguns atributos como o nomadismo, o modo de vida rústico e o laconismo. Por isso, a cultura cabocla ou cultura rústica do caipira paulista revela uma sociedade tradicional que

(...) elaborou técnicas que permitiram estabilizar as relações do grupo com o meio, mediante o conhecimento satisfatório dos recursos naturais; a sua exploração sistemática e o estabelecimento de uma dieta compatível com o mínimo necessário para a sobrevivência.¹¹⁶

O trabalho, as atividades lúdico-religiosas e as relações viciniais organizariam, conforme o autor, agrupamentos rurais relativamente autárquicos em que se estruturou a sociabilidade caipira. Sua vida social em relação ao centros urbanos é

(...) marcada pelo isolamento, independência e alheamento às mudanças sociais", sendo que o atraso, "que feriu a atenção de Saint-Hilaire e criou tantos estereótipos, fixados

¹¹⁵ WILLEMS, Emíli. *O problema rural brasileiro visto do ponto de vista antropológico*. São Paulo: Secretaria de Agricultura, Indústria e Comércio de São Paulo, 1944.p. 9-22.

¹¹⁶ CANDIDO, Antonio. *Os parceiros do Rio Bonito: estudo sobre o caipira paulista e a transformação dos seus meios de vida*. 2 ed. Rio de Janeiro: Duas Cidades, 1971. p. 36.

sinteticamente de maneira (...) caricatural, já neste século, no Jeca Tatu de Monteiro Lobato.¹¹⁷

Ao lado das categorias sociológicas analisadas, é necessário ressaltar, embora de modo sumário, o processo histórico da formação da comunidade cabocla em território brasileiro. No fim da época colonial, a ocupação de grande parte do território nacional havia sido feita por uma população predominantemente livre, dedicada em parte à agricultura, voltada para uma economia de subsistência, mantendo relações precárias com as áreas urbanas e as áreas de produção mercantil. Essa população habitava, de maneira pouco uniforme, quase toda a região Sul e o interior do estado de São Paulo, espalhou-se pela região abandonada pela mineração e se estende pelo interior da Bahia, do Nordeste e da Amazônia.¹¹⁸

Por conseguinte, sucederam-se nas regiões distantes do perímetro urbano a formação de uma população economicamente marginal, descendente de portugueses, negros e índios, que vive em acentuado isolamento. A economia de subsistência que dá margem à cultura rústica ou cabocla se constitui como única forma possível de trabalho livre, numa sociedade rural voltada para a produção de artigos agrícolas de exportação. Assim, a possibilidade de sobrevivência do lavrador que conte apenas com a força de trabalho da unidade familiar depende de um ajustamento ao meio que lhe permita a produção dos meios de subsistência.

Como mostra Antonio Candido no seu estudo sobre caipiras paulistas, acerca da base do patrimônio cultural comum, conservaram-se apenas os modelos indispensáveis à manutenção de um nível vital mínimo e de um mínimo de sociabilidade que se estabelece pelo parentesco e compadrio como princípio de organização social. No meio rural, portanto, foram estabelecidos os grupos de vizinhança que constituem a unidade por excelência da vida social cabocla. Do ponto de vista econômico, essa população se apresenta como um conjunto de produtores autônomos, que consome grande parte do que produz e se insere marginalmente no mercado.¹¹⁹

¹¹⁷ *Idem*, p. 82.

¹¹⁸ DURHAM, Eunice. As comunidades rurais tradicionais e a migração. **In:** *A dinâmica da cultura: ensaios de antropologia*. São Paulo: Cosacnaify, 2004. p. 138-9.

¹¹⁹ CANDIDO, Antonio. **op. cit.**, p. 58-62.

Por isso, acerca dos hábitos culturais, subsistem nos relatórios e cadernos de viagens descrições relativas à população do litoral paranaense. O fandango, as práticas culturais em torno do preparo do barreado e as reuniões realizadas para decidir quais serviços nas roças seriam feitos convergem para a existência das relações vicinais, como demonstrou Emílio Willems e Antonio Candido. Já no norte do Paraná, as informações sobre a cultura do homem do campo são mais amplas. Sabe-se que em Jaguariaíva, município em que vivem, segundo os médicos, os mais miseráveis paranaenses, o homem rural é obediente às regras morais, tem verdadeira noção de família e é extremamente crédulo e supersticioso:

O lar é sagrado para elles. A moralidade é absoluta. Os filhos acatam e respeitam aos seus progenitores. Os casamentos são feitos de comum accordo entre os paes dos nubentes, acontecendo muitas vezes elles não se conhecerem. Debaixo dos costumes austeros e moraes são educadas as moças, que na totalidade são boas espôsas, boas mães e optimas filhas.

São extraordinariamente religiosos e credulos e de uma superstição enorme e muita espalhada. Curandeiros, fazedores de mandingas aproveitam-se dessa credulidade e ignorancia para os explorarem, creando em redor de si lendas phantasticas, fama de santos, adquirindo um prestigio enorme, capaz, muitas vezes, em poucas horas, de um levante de homens abnegados, promptos a todos os sacrificios.¹²⁰

Desse modo, as atividades lúdico-religiosas aparecem como manifestações mais autênticas da comunidade rural.¹²¹ O culto, que freqüentemente envolve cerimônias sacras e profanas bastante complexas, constitui uma das atividades mais organizadas da vida social cabocla. Como salienta Eunice Durham,

(...) as distintas atividades necessárias para a organização das cerimônias são institucionalizadas, dando origem a uma hierarquia de posições e de tipo de participação na vida religiosa.¹²²

Além das referências às atividades lúdico-religiosas, informações como as vestimentas são descritas como simples e escassas, uma vez que “*o povo da roça affronta o frio, o calor e a chuva com roupa de feitio leve e fino*”.¹²³ As melhores roupas são usadas

¹²⁰ BARRETO, João de Barros. *Serviços de Saneamento e Prophylaxia no Parana, em 1922*. Curityba: Empreza Graphica Paranaense, 1923. p. 56.

¹²¹ Ver anexo nº 05;

¹²² DURHAM, Eunice. **op. cit.**, p. 158

¹²³ BARRETO, João de Barros. **op. cit.**, p. 174.

em acompanhamentos religiosos e festas denominadas pelos médicos de catiras, sambas, batuques e bailes. Em Colônia Mineira, "*vive o sertanejo vestido de roupas com tecidos espessos, de regra o algodão e com accentuada frequencia pela côr azul*".¹²⁴ De regra, semelhante ao Jeca Tatu de Monteiro Lobato e tantos outros habitantes do meio rural brasileiro, o caboclo é descrito como um indivíduo que vive descalço até no inverno, cobre a cabeça com um chapéu de abas largas e, por fim, surpreende os médicos por sua falta de polidez e ilustração.¹²⁵

Nesse sentido, Eunice Durham reflete sobre a universalidade e permanência de elementos tradicionais na sociedade rural brasileira. Essa uniformidade se deve sobretudo à

(...) semelhança fundamental na constituição da unidade produtiva, que é a família conjugal, no modo de organização dessa unidade em grupos de vizinhança, nos padrões e técnicas de trabalho e na possibilidade de acesso ao meio de produção essencial, a terra.¹²⁶

Além disso, os grupos rurais assemelhavam-se no que diz respeito à constituição de uma organização fluida, sendo que seus limites não são bem determinados, quer no espaço, quer no tempo. Na dimensão espacial, os grupos locais podem subdividir-se em grupos de vizinhança ou agrupar-se em unidades maiores para atividades especiais, como festas religiosas, mantendo freqüentemente relações interviciniais baseadas em laços de parentesco ou compadrio. Na dimensão temporal, o núcleo pode ganhar ou perder população devido à mobilidade dos membros, evoluir para povoados e vilas, ou desagregar ou desaparecer.¹²⁷

No entanto, não há uma designação uniforme para esta população que se caracteriza pela produção direta da subsistência, pela participação em uma ordem tradicionalista e pela organização dos grupos locais em comunidades vicinais. Antonio Candido prefere a designação "homem, cultura e sociedades rústicas", utilizando o termo "caipira" para demonstrar sua variante paulista.¹²⁸ Oliveira Viana emprega as expressões "matuto", "sertanejo" e "gaúcho" para indicar as variantes mineira, paulista, nordestina e sulina do homem rural. Mais geral é o termo "caboclo", e seus correspondentes, "cultura e sociedade

¹²⁴ *Idem*, p. 174.

¹²⁵ Ver anexos nº 06 e 07.

¹²⁶ DURHAM, Eunice. **op. cit.**, p. 134.

¹²⁷ *Idem*, p. 158.

¹²⁸ *Idem*, p. 158.

cabocla”, utilizados por Emílio Willems e “sociedade rural tradicional”, empregada por Eunice Durham.

No Paraná, termos como caboclo e sertanejo também foram utilizadas no discurso médico para designar o habitante do meio rural. No entanto, nem todos que moravam no interior e litoral eram caboclos ou sertanejos, uma vez que se torna necessário considerar as comunidades habitadas por imigrantes, indígenas e a população caiçara que residia no litoral paranaense. Nesse sentido, antes de evidenciar as descrições direcionadas ao homem do interior, é indispensável passar para o terreno das indeterminações e incertezas. Trata-se de perceber como os termos caboclo e sertanejo são enunciados de modo a identificar a população rural. Pode ser notada no discurso médico a incerteza de como denominar a população do interior do Paraná, gerando a dúvida sobre a qual grupo social pertencem esses indivíduos. Por isso, as contradições e indeterminações caracterizam o discurso médico em questão.

Nessa direção, Souza Araújo chama atenção em seu relatório que “*os guardas sanitários encarregados do recenseamento não sabem distinguir bem as raças e incluem os verdadeiros caboclos ora entre os mulatos ora entre os brancos*”.¹²⁹ Apesar das dificuldades de distinguir o indivíduo pela cor da pele, é inegável a intenção dos médicos da CPRP de classificar racialmente a população atendida pelos tratamentos profiláticos.¹³⁰

Conforme suas observações, Souza Araújo agrupa a população paranaense em brancos, mulatos, negros, caboclos e índios. Os caboclos e índios representam o menor grupo da população, ao passo que os brancos constituem a maioria conforme os estudos estatísticos promovidos pela CPRP. Dessa maneira, é evidente que o caboclo não era o único alvo dos tratamentos adotados pelos médicos no combate de doenças rurais, posto que a população em geral recebia a mesma atenção.

Se Emílio Willems e Antonio Candido definiram claramente o caboclo como o cruzamento interétnico entre o elemento lusitano e o indígena, o discurso médico não

¹²⁹ ARAUJO, Heráclides C. de Souza. *Combate á Gripe*. in: Paraná Médico. Órgão da Sociedade de Medicina do Paraná. Curitiba, 19 de Janeiro de 1919. p. 211.

¹³⁰ A hipótese que se pode observar sobre o motivo de classificar a população rural conforme a raça está na possibilidade de verificar a relação entre predisposição racial e doenças. Souza Araújo esclarece esta preocupação no momento em que afirma “*Lastimamos hoje não havermos reunido dados sómente sobre a infecção pelos ancylostomos ou então sobre todos os vermes separadamente para cada raça, o que seria muitissimo mais interessante*”. Mas cumpre considerar que as conclusões alcançadas por muitos dos sanitaristas da CPRP revelam que as raças não mantinham relações com a predisposição especial à infecção, mas sim à classe social. In: ARAÚJO, Heráclides C. de Souza. **op. cit.**, p. 212.

oferece a mesma explicação. Em outras palavras, apesar da existência da classificação racial para os habitantes do interior, não há explicação étnica para as palavras “sertanejo e caboclo”. São termos utilizados prioritariamente para designar um modo de vida rústico, pobre e diferente da vida moderna das capitais, portanto, estereotipado.

Por outro lado, considerando que há pouca clareza na definição do caboclo com relação à raça, é possível tentar definir o caboclo pelo o que ele não é: negro, branco, mulato e índio. Esta classificação configura um modelo subjacente e indireto para afirmar que, mesmo omitindo, o discurso médico possivelmente aponta o caboclo como o resultado do cruzamento entre o português e o índio brasileiro. A fim de amparar tal sugestão, os dicionários da época também afirmam este contato interétnico e mais, caracterizam a cor da pele do caboclo como sendo cor de cobre. E na prática, como saber se um indivíduo possui um tom de pele da cor cobre? Por isso o "*erro dos guardas sanitários em incluir os verdadeiros caboclos ora entre os mulatos ora entre os brancos*".¹³¹

Porém, outros grupos sociais constituíram alvo do olhar médico no interior. O relatório de Dr. Álvaro Lobo Leite Pereira, por sua vez, contém informações sobre as aldeias indígenas que receberam a visita de alguns médicos, principalmente na cidade de Jataí, onde "*achava-se installada uma colonia de indios guaranys, outr'ora florescente, segundo informações que recolhi*".¹³²

Além de Pinhalzinho, outros aldeamentos indígenas foram visitados pela CPRP. Tribos do grupo lingüístico Gê, como *Kaigang* e *Xokléng*, residentes na colônia de São Pedro de Alcântara e São Jerônimo¹³³ tiveram seu estado de saúde relatados nos cadernos de viagens. A principal queixa médica residia na endemia de impaludismo e no constante estado de embriaguez visto no cotidiano dos indígenas, impedindo-os de trabalhar para a própria subsistência. Conforme o médico Gumercindo Otero, as descrições sobre o modo

¹³¹ ARAÚJO, Heráclides C. de Souza. **op. cit.**, p. 211.

¹³² PEREIRA, Alvaro Lobo Leite. Campanha contra a Gripe. Relatório de Dezembro de 1918. **In:** FERREIRA, Eduardo L. Leal. & MACEDO, José de Azevedo. Serviço de Prophylaxia rural. *Paraná Médico*. Órgão da Sociedade de Medicina do Paraná. Curitiba, ano III, nº 6, 1918. Ver anexo nº 08.

¹³³ Provenientes de reduções, os aldeamentos localizavam-se nas margens dos principais rios, como o Piquiri, Ivaí, Paranapanema, Tibagi e Iguaçu. Aliados às Colônias militares de Jataí, os aldeamentos faziam parte do grande projeto de abertura do caminho até o Mato Grosso. Os índios e africanos livres faziam o trabalho pesado e proviam o abastecimento, abrindo caminho para os colonos que chegariam mais tarde. Em São Pedro de Alcântara, por sua vez, a mão-de-obra indígena se revelou no transporte de produtos alimentícios no Rio Tibagi e Pirapó. **In:** WACHOWICZ, R. C. *História do Paraná*.. 7 ed. Curitiba: Ed. Gráfica Vicentina, 1995. p. 13-28.

de vida dos indígenas de São Jerônimo se assemelham ao do caboclo, ou simplesmente homem rural.

Distante dos meios faceis de locomoção, usam ainda o carro de boi com sua toada plangente e monotona, ao passo lento, trilhando estradas sem fim por campinas muito verdes. Vem depois a tropa formada por lotes de burros que, nas cangalhas, supportam as cargas, na maior parte das vezes constituídas por fumo, arroz, feijão, matte, farinhas.

A sua alimentação é pouco variada e, ás vezes, quasi nada nutritiva. As verduras pouco existem por cá; quando há o feijão, o arroz não apparece, sendo este substituído pela quirera, prato indígena, feito com milho e agua quente. Tomadores antigos e viciados de herva matte, café, fumam desde creança e bebem a pinga com abuso.¹³⁴

É importante salientar que, devido ao modo de vida rústico e tradicional dos indígenas que habitavam os aldeamentos de São Pedro de Alcântara e São Jerônimo, os médicos da CPRP também conferiram a eles outras denominações, como caboclos ou sertanejos. Ao que parece, as práticas cotidianas subjacentes à alimentação precária, agricultura de subsistência, analfabetismo e as moradias de barro ou folhas de jussara conduziram a um modo único de observar os habitantes do interior, quer fossem indígenas, caiçaras, caboclos e sertanejos.

Nessa direção, um aspecto fundamental que perpassa o discurso médico são as próprias denominações para as comunidades do meio rural. Não se pode desprezar este fato, visto que não se pretende aqui discorrer sobre um discurso homogêneo, inflexível e fechado em si mesmo. As variações são inúmeras quando se pretende utilizar palavras como sertanejo. No testemunho do Dr. Alvaro L. Pereira, é certo encontrar menções a guaranis inquiridos como sertanejos:

Em Thomazina (...) o nosso auxiliar Accacio Martins attendeu ao Sr. Major indio João Candido, a quem prestou soccorros não só monetario como em medicamentos, afim de serem distribuidos aos demais guaranys. Não só a gripe victimou enormemente essa população sertaneja, tambem os curandeiros e raizeiros, bem como praticos de farmacia audaciosos e incompetentes desfaleceram.¹³⁵

¹³⁴ OTERO, Gumercindo. Relatório sobre o impaludismo em São Jerônimo. **in:** BARRETO, João de Barros. **op. cit.**, p. 129-130.

¹³⁵ PEREIRA, Alvaro Lobo Leite. **op. cit.**, p. 420.

Neste caso, talvez a apropriação da palavra sertanejo mereça mais um significado simbólico exercitado no pensamento de quem a utiliza para qualificar o indivíduo que mora em lugar distante, isolado, pouco povoado. Os costumes, hábitos e práticas culturais que configuram um modo de vida rústico, também podem estar associados à palavra sertanejo. Reitera-se mais uma vez que não é possível distinguir alguma explicação étnica para o sertanejo nos documentos examinados.

Além dos indígenas, o imigrante também é citado nos relatórios e cadernos de viagem, embora não com a mesma frequência que os caboclos e sertanejos. De modo geral, não há informações muito detalhadas sobre o estado de sua saúde, bem como seus hábitos higiênicos e culturais. Por outro lado, é curioso notar que as poucas vezes em que a vida do imigrante constitui o objeto de análise e comentário, é para contrastá-lo com os hábitos do caboclo:

Contrastavam os colonos, quasi sempre italianos, com os nossos caboclos; embora deshygienizados tambem, vivem melhor e melhor se alimentam, se preocupam mais com o trabalho na roça¹³⁶.

Logo, comentários acerca dos péssimos hábitos higiênicos e do caráter indolente e ignorante do indivíduo que mora no meio rural remetem invariavelmente ao caboclo ou sertanejo. Juízos negativos e sentimentos de espanto dificilmente podem ser percebidos quando o assunto tratado refere-se às doenças que acometem a vida de italianos, alemães, mulatos ou índios, apesar de que estes também apresentavam o mesmo índice, senão maior, de endemias e óbitos.

Outra comunidade expressamente citada nos cadernos de viagens é a população caiçara que habitava municípios do litoral como Antonina, Morretes, Guaratuba, Guraqueçaba, entre outros. Marcada pela pequena produção de mercadorias, a economia caiçara organizou-se na periferia de ciclos de monocultura do litoral sul e sudeste. Quando esses diversos ciclos chegaram ao fim, como o da cana-de-açúcar e o da rizicultura, as comunidades caiçaras, em geral, voltaram-se a uma produção de subsistência, com a

¹³⁶ BARRETO, João de Barros. *op. cit.*, p. 74.

geração de pequenos excedentes vendidos às cidades próximas com as quais mantiveram relações comerciais mais ou menos intensas.¹³⁷

Não muito diferente do modo de vida da população do interior, a cultura caiçara pode ser considerada como parte da cultura crioula ou cabocla, resultado da miscigenação entre portugueses, negros e índios. A associação entre pesca e agricultura, a importância da cultura da farinha de mandioca, a reciprocidade na vida quotidiana, a falta de uma noção de autoridade formal e a pouca importância dada à religião oficial, estão entre as principais características da cultura caiçara.¹³⁸

Quanto ao modo de vida dessa comunidade, em 1923 o sanitarista João de Barros Barreto relata que o antigo chefe do *Posto de Prophylaxia Rural do Parana*, Dr. Alvaro Mello, enviou informações sobre os hábitos e costumes do caiçara de Paranaguá. A maioria das famílias vivia do cultivo de cana de açúcar, milho, arroz e hortaliças; habitavam tijupas ou mucambos e, conforme o tempo, cuidavam da pesca e da tarrafa. Em algumas áreas do território onde essa comunidade habitava, a menor unidade social e espacial é o sítio ou a praia, onde o caiçara mora com a família, seguido da vizinhança.

Com relação às habitações, poucas eram as casas construídas longe dos mangues e rios porque o caiçara, segundo os médicos, seguia a lei do menor esforço, ou seja, construía suas moradias “*junto ao rio para terem agua facil, para sahirem de pressa a pesca e observarem a maré sem grande trabalho*”.¹³⁹ Este modo de conduzir o trabalho se expressa, conforme Luiz Geraldo Silva, pela ausência de quaisquer critérios. Em outras palavras, tanto homens quanto mulheres e crianças participavam da pesca sem distinções e “*(...) não se ia ao mar, mas, ao contrário, era o peixe, farto e abundante, que ia até a linha da praia, não implicando saídas das embarcações nele empregadas ao “mar de fora”*”.¹⁴⁰

¹³⁷ Conforme Antonio Carlos Diegues, o modo de vida caiçara foi se construindo, provavelmente, a partir do século XVII, ao longo do litoral sudeste e sul, nas zonas rurais e litorâneas. As características culturais hoje conhecidas consolidaram-se entre meados do século XIX e XX. **In:** DIEGUES, Antonio Carlos. A mudança como modelo cultural: o caso da cultura caiçara e a urbanização. **In:** DIEGUES, Antonio Carlos (org.). *Enciclopédia Caiçara: o olhar do pesquisador*. vol. 1. São Paulo: Editora Hucitec – NUPAUB-CEC/USP, 2004. p. 21.

¹³⁸ *Idem*, p. 22.

¹³⁹ ARAUJO, Heráclides C. de Souza. **op. cit.**, p. 103.

¹⁴⁰ SILVA, Luiz Geraldo. Da terra ao mar: por uma etnografia histórica do mundo caiçara. **In:** DIEGUES, Antonio Carlos (org.). *Enciclopédia Caiçara: o olhar do pesquisador*. vol. 1 São Paulo: Editora Hucitec – Napaub-CEC/USP, 2004. p. 56.

Preocupados com a péssima nutrição do caiçara, o discurso médico menciona muitas vezes a qualidade de sua alimentação. A base de seu sustento é composta por alimentos simples como o peixe, a farinha de mandioca e a banana. Os mais miseráveis garantiam sua nutrição através do virado (farinha de mandioca com charque), ao passo que aqueles que detinham mais provisões usufruíam o arroz, o feijão, o palmito e o café adoçado com garapa. Aliado a isso, é o cultivo de produtos alimentícios que garante o sustento do habitante do litoral.

Cuida, além da pesca e do cultivo da mandioca, da colheita do arroz cujas roças empenha com grande antecedência aos turcos e syrios de Paranaguá, que lhe dão a chita, o algodão e até o mantimento para as épocas de feitura da roça e da colheita, que não podem pescar.¹⁴¹

As referências dos médicos sobre os costumes dessa comunidade recaem na religiosidade, crenças e festas. A população do litoral tem o hábito de rezar terços invocando Santa Bárbara durante as tempestades e recolher prendas para a festa da Bandeira do Divino. A dança principal é o fandango, destacando-se também o anu, a tonta, a andorinha e a queromana. Além disso, a queixa principal da comissão médica refere-se à medicina caseira adotada pelos caiçaras, a qual se desdobra em práticas como a da garrafadas, rezas a santos, benzimentos e simpatias.

Como outras comunidades tradicionais, que receberam de índios e negros uma grande herança lingüística, técnicas patrimoniais, mitos e lendas, tais como os quilombolas, vargeiros e sertanejos, os caiçaras fazem parte do grande número de populações tradicionais brasileiras. Assim, o fato de não utilizarem a escrita, de serem sociedades em que o conhecimento é gerado e transmitido pela oralidade através de um linguajar particular e de viverem em pequenos aglomerados com atividades organizadas no interior de unidades familiares, fazem com que as comunidades caiçaras possam ser definidas como tradicionais.

Em geral, estas descrições constituem o conjunto de informações sobre o modo de vida do caiçara paranaense. A alimentação, a habitação, os costumes e os hábitos culturais

¹⁴¹ BARRETO, João de Barros. **op. cit.**, p.23.

próprios da cultura caiçara são ressaltados continuamente ao lado de outros tópicos relativos aos tratamentos dispensados nos postos de saúde e às obras sanitárias que deveriam ser realizadas. Estava em pauta, portanto, o perfil do homem do litoral, não muito distante do homem do campo.

Logo, tanto “sertanejo” quanto “caboclo” são palavras amplamente empregadas pelos sanitaristas da CPRP independente da região enunciada. É possível supor que a leitura de obras de outros médicos que viajaram às regiões sertanejas do Nordeste e até mesmo Goiás e Minas Gerais, conduziu a uma apropriação dessas palavras que, no decorrer das experiências clínicas no meio rural do Paraná, acabaram passando por um processo de naturalização e cristalização no discurso médico. Fundamenta-se essa proposição em virtude das inúmeras referências de leituras de obras médicas provenientes de outros estados brasileiros. Assim, Leal Ferreira retrata o índice endêmico da Bahia conforme a leitura do relatório de Álvaro Rocha e posteriormente compartilha as mesmas idéias do médico Felício Torres:

No hospital de Santa Izabel, entram elles ás dezenas annualmente, e raro é o indivíduo vindo do sertao, do reconcavo, (...), onde cultive hortas, pomares, etc, que não dê agasalho ao verme.

Justiçando o clima e a raça, sustentamos com Felicio Torres, que elles não podem ser responsabilizados pela degeneração das nossas populações sertanejas¹⁴².

A intertextualidade é evidente no artigo de Leal Ferreira, intitulado *Saneamento do Brasil*. São citados relatórios de mais de dez médicos sanitaristas que realizaram expedições científicas no Norte (principalmente a zona da Madeira-Mamoré), Nordeste, Goiás e Minas Gerais. Frases desses médicos são citadas por Leal Ferreira, nas quais constam expressões como “caboclo” e “sertanejo”. Entretanto, ao se deparar com uma outra realidade social – constituída por um grande número de imigrantes, índios e caiçaras – os médicos da CRPR construíram um discurso permeado de ambigüidades, embora fizesse sentido com relação a suas próprias interpretações e deduções.

As menções a trabalhos de médicos brasileiros, em especial àqueles que trabalhavam no Instituto Oswaldo Cruz, relacionam-se ao próprio exercício de cientistas

¹⁴² FERREIRA, Eduardo. *op. cit.*, p. 415.

que, no século XIX e, especialmente, no XX, dedicaram-se a desenvolver trabalhos análogos e intertextuais. Isto é, determinados objetos de conhecimento e investigação paulatinamente foram expandidos ao alcance de novas observações e comparações, resultando na naturalização de preceitos e certezas.

A respeito desse assunto, Nancy Leys Stepan sugere a definição de “interação metafórica”, representada por um sistema de lugares-comuns associados, os quais podem ser livremente evocados pelos enunciadores do discurso.¹⁴³ Estas implicações são comuns para determinada linguagem de uma comunidade e são pressupostas por quem fala e quer ser entendido.

Com relação à raça, é possível afirmar que, além de sua definição biológica alicerçada nos estudos antropológicos, acabou recebendo também, sobretudo pelos médicos da CPRP, uma interpretação social. Como afirma Lilian Moritz Schwarcz, *o termo raça, antes de aparecer como um conceito fechado, fixo e natural, é entendido como objeto de conhecimento, cujo significado estará sendo constantemente renegociado e experimentado nesse contexto histórico específico*.¹⁴⁴ Considera-se, portanto, a perspectiva da compreensão médica de um modo de vida rural acentuada nos personagens que receberam os nomes de caboclo e sertanejo.

Por fim, considerando os grupos sociais que habitavam o interior e o litoral do Paraná, como os caboclos, imigrantes, indígenas e caiçaras, é importante salientar esta diferença a fim de não pensar a população paranaense de maneira indiferenciada e homogênea. Como foi visto, os médicos que estabeleceram contato com essa gente se preocuparam em agrupá-la em raças – negros, mulatos, brancos, caboclos, índios – porém encontram dificuldades em associar estas categorias às comunidades visitadas. Com efeito, é inegável a utilização dos termos caboclo e sertanejo para denominar muitos grupos sociais, quer estes habitassem o interior, quer o litoral. É com base no modo de vida tradicional, rústico e lacônico que muitos habitantes do meio rural receberam estes nomes. Nesta pesquisa também é considerada a universalidade de elementos característicos de comunidades tradicionais – a cultura de subsistência, as atividades lúdico-religiosas, as

¹⁴³ STEPAN, Nancy Leys. Raça e gênero: o papel da analogia na ciência. In: HOLLANDA, Heloísa Buarque de (org.). *Tendências e impasses: o feminismo como crítica da cultura*. Rio de Janeiro: Rocco, 1994. p. 76-77.

¹⁴⁴ SCHWARCZ, Lilian Moritz. *O espetáculo das raças: cientistas, instituições e questão racial no Brasil, 1870-1930*. São Paulo: Companhia das Letras, 1993. p. 88-89.

precárias instalações habitacionais e a deterioração da saúde pelas endemias – porém, os grupos sociais analisados recebem a denominação de população rural.

2.2 Ideário eugênico e o discurso médico a respeito da população rural paranaense

Antes de julgar a eugenia como "*uma idéia bizarra de extremistas situados na periferia da ciência e da reforma social*",¹⁴⁵ muitos ativistas sociais, intelectuais, médicos e cientistas respeitáveis nas áreas em que atuaram, endossaram-na, considerando-a o resultado apropriado do desenvolvimento da ciência da hereditariedade humana. A eugenia no Brasil foi pensada em termos racionais, científicos e positivos, cujos objetivos eram entender e modificar tudo aquilo que pudesse estar aliado ao impedimento do futuro da nação, como corpos doentes e ambientes desigienizados.

Conforme Lilian Denise Mai, era moeda corrente no meio científico a troca de correspondências e produções teóricas bem como a realização de eventos e encontros para divulgar as mais recentes idéias nesse campo do conhecimento. No caso da América Latina e em especial o Brasil, as referências à eugenia na literatura médica e social antecederam à Primeira Guerra Mundial sendo que os primeiros trabalhos nacionais realizados sobre esse tema foram breves artigos de Erasmo Braga, João Ribeiro e Horácio de Carvalho publicados no jornal Estado de São Paulo em meados da década de 1910.¹⁴⁶

Para compreender a emergência da eugenia no Brasil e sua articulação com o higienismo, o sanitarismo e a questão nacional, cujos temas sustentam o discurso médico sobre o homem do campo, é necessário elucidar os contextos sociais, científicos e ideológicos que condicionaram seu aparecimento. Um desses fatores foi a Primeira Guerra Mundial. Enquanto na Europa a guerra intensificou o temor sobre degeneração nacional, na

¹⁴⁵ STEPAN, Nancy Leys. *A hora da eugenia*. Raça, gênero e nação na América Latina. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. p. 12.

¹⁴⁶ MAI, Lilian Denise. Difusão dos ideários higienista e eugenista no Brasil. In: BOARINI, Maria Lúcia (org.). *Higiene e raça como projetos: higienismo e eugenismo no Brasil*. Maringá: Eduem, 2003. p. 49-50.

América Latina ela “*insuflava uma nova determinação de realizar uma regeneração nacional*”.¹⁴⁷ O barbarismo e o atraso das nações latino-americanas deveriam ser suplantados por tudo aquilo que simbolizasse civilização e progresso, gerando um novo nacionalismo sustentado no desejo de projetar os Estados-nação no cenário mundial.

Havia um desejo por parte da elite educada do país de definir concretamente as realidades sociais brasileiras e a partir disso, encontrar soluções próprias para cada problema identificado. Principalmente ao longo da década de 1920, a eugenia esteve associada a valores como o patriotismo, posto que os temas de prontidão e aptidões raciais brasileiras ocupavam o discurso dos intelectuais.

Um segundo fator que influenciou a ampliação de estudos eugênicos no Brasil refere-se às mudanças empreendidas entre 1870 e 1914. Em termos sociais e políticos, o fim da escravidão em 1888 e a abertura do país à imigração européia; a queda da monarquia e a proclamação da república em 1889; o crescente envolvimento do país no sistema capitalista mundial e a posição periférica de dependência como fornecedor de café engendraram um tipo de desenvolvimento sócio-econômico que intensificou a pobreza e a desigualdade, especialmente entre as populações negras que viviam nas cidades e no interior do país.¹⁴⁸

Como assinalou Borges Pereira, após a Abolição os negros distribuíram-se por um espaço social comum a outros grupos étnicos da sociedade brasileira.¹⁴⁹ Nas zonas rurais, trabalhando em torno da monocultura ou da economia de subsistência, as populações negras mesclaram-se com outros grupos, como o índio e o português.¹⁵⁰ No início da década de dez, a saúde da população miscigenada foi objeto de preocupação de médicos e sanitaristas que, na década de vinte resultou na cristalização da consciência pública como uma questão nacional.

Muitos desses profissionais, acordados com os preceitos eugênicos, sugeriam que as doenças endêmicas e epidêmicas se acentuavam na base da hierarquia sócio-racial. Em

¹⁴⁷ STEPAN. Nancy Leys. **op. cit.**, p. 46.

¹⁴⁸ *Idem*, p. 46.

¹⁴⁹ PEREIRA, J. B. Borges. A cultura negra: resistência de cultura à cultura de resistência. **In: Dédalo**, nº 23, 1984. p. 181-182.

¹⁵⁰ WISSENBACH, M. Cristina C. Da escravidão à liberdade: dimensões de uma privacidade possível. **In: SEVCENKO, Nicolau (org.). História da vida privada no Brasil**. vol. 3. São Paulo: Companhia das Letras, 1998. p. 55.

outras palavras, os pobres eram freqüentemente classificados como anti-higiênicos, ignorantes, sujos e hereditariamente inadequados. Era necessário, pois, proporcionar soluções imediatas sob os auspícios da higiene e da educação para conquistar a regeneração social.

A questão da assistência aos indigentes doentes por toda a parte sempre preocupou os Estados (...). Uma das mais sagradas obrigações da sociedade é amparar os menos favorecidos higienicamente no que eles tem de mais precioso e útil, a saúde. O município de Guarapuava (...) estava desprovido de qualquer instituição hospitalar e a pobreza sofredora não podia achar o conforto e a hygiene necessaria, que desempenham papel preponderante na cura de tudo quanto molestia.¹⁵¹

Um terceiro fator que contribuiu para o debate eugênico no Brasil foi o estágio em que ciência brasileira se encontrava. No final do século XIX e início da XX, grande parte da pesquisa médica e biológica confinava-se às escolas de medicina, aos institutos agrícolas e às organizações de saúde pública financiadas por agências federais e estaduais. Logo, esse período foi marcado por um considerável crescimento intelectual e consolidação institucional da ciência. Esta, por sua vez, tornou-se palavra de ordem para a elite brasileira uma vez que os cientistas debruçaram-se sobre o desenvolvimento de competências técnicas e de sociedades que promovessem novas visões científicas.

No Brasil, as questões propostas no final do século XIX e início do XX revelam uma preocupação no sentido de promover a construção de um conhecimento médico aplicável às condições específicas da sociedade brasileira, seja na cidade ou no campo. Na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro são sugeridos estudos sobre a necessidade de criação e adoção de uma medicina brasileira, bem como a identificação e os métodos de tratamentos de doenças típicas ou recorrentes no país. Propõe-se, freqüentemente, a elaboração de trabalhos sobre as moléstias que assolavam as principais cidades brasileiras e sobre a relação do clima com a propagação de doenças.

¹⁵¹ BOHOMOLETZ, Miguel. Hospital S. Vicente de Paula: Relatório Médico, 1923-1924. In: *Paraná Médico*. Órgão da Sociedade de Medicina do Paraná, Curitiba, 1925. p. 26.

Nesse contexto, a eugenia no Brasil foi fortemente associada por médicos e intelectuais a tudo que diz respeito à modernidade cultural, ciência e progresso. Diferente da eugenia européia e americana, a discussão sobre os méritos concernentes à biometria e à genética mendeliana não costumavam aparecer nos trabalhos publicados no meio científico brasileiro. Com efeito, sustentados pelo pensamento progressista da humanidade, estes profissionais adotaram entusiasticamente os preceitos da evolução pois o darwinismo social¹⁵² forneceu interpretações para a análise da história e modos de vida do povo brasileiro e seu destino.

O último fator que contribuiu para a emergência da eugenia no Brasil refere-se às próprias ideologias raciais do país. Como os brasileiros poderiam ser caracterizados moral e etnicamente? Essa era uma pergunta freqüente no meio intelectual, cuja resposta recaía na afirmação de que o brasileiro era um povo racialmente miscigenado e de pele escura, produto de gerações de cruzamentos entre índios, africanos e europeus. O esforço em entender a composição racial do brasileiro constituía tema central no debate sobre a capacidade brasileira de desenvolver-se e do destino do país como nação.¹⁵³

É neste contexto que muitos médicos aderiram em menor ou maior grau ao ideário eugênico. No caso dos médicos paranaenses, destaca-se o Dr. João Cândido¹⁵⁴ que, em 1923, pronunciou uma conferência no *Theatro Guayra*, cujo tema visava debater as articulações entre a eugenia e o sanitarismo/higienismo no meio rural. Ao mencionar as pobres condições de vida do homem brasileiro, o médico conclui que a ignorância, a doença e o álcool são os responsáveis por “*tanto desanimo, tanta indiferença, tanta*

¹⁵²O darwinismo social, de maneira geral, pode ser definido na crença de que as sociedades mudariam e evoluiriam em um mesmo sentido e que tais transformações representavam a transposição de um nível menos elevado para um estágio superior. De maneira análoga ao desenvolvimento do homem, as sociedades, também, estariam sujeitas à lei da seleção natural. Dentro de um determinado contexto, prevaleceriam as sociedades mais aptas e capazes sendo as outras extintas, seja pela luta com as mais "desenvolvidas" seja pela dificuldade de superar obstáculos naturais. Assim, as sociedades mais hábeis foram prevalecendo em detrimento de outras que não conseguiam prosperar dentro de ambiente hostil. Sociedades menos evoluídas poderiam até sobreviver desde que não fossem submetidas à lei da seleção natural. **In:** STEPAN, Nancy Leys. *Eugenia no Brasil, 1917-1940*. **In:** HOCHMAN, Gilberto (org.). *Cuidar, controlar, curar*. Ensaios históricos sobre saúde e doença na América Latina e Caribe. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004. p. 337.

¹⁵³ STEPAN, Nancy Leys. **op. cit.**, (2004), p. 53.

¹⁵⁴ Membro da Academia Nacional de Medicina do Rio de Janeiro; Professor de Clínica Médica da Faculdade de Medicina do Paraná e Membro do Centro e da Academia de Letras do Paraná.

ausencia de grandes e nobres ambições, tanta falta de ideal ..”.¹⁵⁵ No término de seu discurso, João Cândido propõe soluções derivadas dos preceitos eugênicos para o fim dos grandes males que afligiam a saúde e a vida dos homens do campo.

Mas, srs., não haverá remedio para tantos males?
Temol-o ao alcance de nossas mãos e de efficacia segura – é o saneamento rural, é a proibição do alcool e mais venenos euphoricos, é a prophylaxia das molestias venereas, é o exame pré-nupcial, é a cultura physica; emfim, a observancia dos preceitos da eugenia.¹⁵⁶

Mas João Cândido não esteve sozinho na luta contra os maus hábitos da população do interior. Souza Araújo comenta, num tom depreciativo, o péssimo comportamento que o homem rural tem de ir embriagado ao posto de saúde para receber os medicamentos úteis na erradicação de verminoses. Ao sair do posto, seu corpo expressava a explosiva mistura de álcool e quinina, tendo convulsões e desfalecendo. Outras reclamações relativas ao abuso do álcool são de ordem mais ideológica, uma vez que tanto a verminose, que *“suga a energia de grande numero de nossos patricios”*, quanto o álcool e demais *“venenos eufóricos”*, *flagelam e degeneram a vida do homem rural*.¹⁵⁷ O discurso médico é enfático quando defende a implantação de rigorosas medidas sociais contra o alcoolismo *“porque de todos os vicios, o que maiores males produz aos nossos sertanejos é o alccolismo”*.¹⁵⁸

A condenação do consumo da cachaça, retratada como um dos principais fatores de degeneração, mantém-se ao lado da guerra contra as doenças endêmicas. Acreditava-se que o abuso do álcool impedia a edificação de uma vida sadia e um trabalho produtivo. As observações médicas no que se refere a esse problema social, são críticas ao perceber a existência de corpos e mentes embriagados em meio às lavouras, no chão de pequenas indústrias e nas filas dos postos de saúde. Temia-se também que o alcoolismo fosse uma doença hereditária, causando maior preocupação com relação à população juvenil, retratada como a responsável pelo futuro da nação.

Outra preocupação conduzida pelo ideário eugenista refere-se à higiene do indivíduo e do meio em que habita. Com relação às habitações rurais, os recenseamentos do

¹⁵⁵ CANDIDO, João. *A eugenia*. Conferencia pronunciada no Theatro Guayra a 25 de fevereiro de 1923, sob os auspícios do Centro de Letras do Paraná. Livraria Economica: Curityba, 1923. p. 01.

¹⁵⁶ *Idem*, p. 1.

¹⁵⁷ ARAÚJO, Heráclides C. de Souza. **op. cit.**, p. 103.

¹⁵⁸ *Idem*, p. 111.

município de Guaraqueçaba em 1918 demonstram que 63% das habitações são de pau a pique, cobertas de sapé ou de palha de palmeira, com o chão de terra batida. Muitas delas situam-se perto de manguezais que, quando a maré subia, inundava o terreno, destruindo o interior das pobres choupanas.¹⁵⁹ Anos antes, em 1913, o cronista paranaense Nestor Vitor já revelava o problema dos mangues em Paranaguá onde "*um futuro pantanal que um dia virá a ser, foco, por conseguinte, de perigosa infecção*".¹⁶⁰

A ausência de higiene nas moradias rurais tornou-se um assunto amplamente divulgado no discurso médico-sanitário e eugênico. Do ponto de vista da eugenia, a higiene e as medidas sanitárias eram consideradas excelentes medidas para modificar as condições que dificultavam o rumo ao progresso civilizatório no meio rural. Nessa direção, foram criados órgãos e instituições representativos do pensamento eugênico e que tinham como objetivos fundamentais apontar e realizar no interior do país as práticas sanitárias e higiênicas.

Dentre eles, destacam-se a Liga Pró-saneamento do Brasil (LPS), a Comissão Central Brasileira de Eugenia, o Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), a Liga Brasileira de Higiene Mental e a Liga da Defesa Nacional.¹⁶¹ Muitas dessas entidades se esforçaram para consolidar algumas políticas nacionais como, sanitarismo, higiene, educação e imigração. Conseqüentemente, houve muitas manifestações dirigidas à Câmara dos deputados, na tentativa de expressar e esclarecer opiniões de cunho científico ou de apoiar alguma medida pública.¹⁶²

A higiene, assim, representou a mola propulsora de todo o encaminhamento dado aos propósitos eugênicos. Isso, porque, conforme André Mota, sua posição era de uma ciência independente, exatamente por contribuir para o desenvolvimento teórico e prático

¹⁵⁹ Ver anexo nº 09.

¹⁶⁰ SANTOS, Nestor Vítor dos. *Terra do futuro*. Impressões do Paraná. 2 ed. Curitiba: Prefeitura Municipal de Curitiba, 1996. p. 16.

¹⁶¹ MAI. Lilian Denise. **op. cit.**, p. 51.

¹⁶² Com o objetivo de divulgar o ideário higienista, as entidades citadas publicavam em periódicos uma grande variedade de informações. As mais representativas nesta categoria são "Archivos Brasileiros de Higiene Mental", "Archivos Paulistas de Higiene Mental", "Archivos de Higiene", "Archivos de Higiene e Saúde Pública", "Archivos Brasileiros de Medicina", "Boletim de Eugenia", "Archivos Brasileiros de Neuriatria e Psiquiatria", "Saúde" e "Bahia Médica". **In:** MAI. Lilian Denise. **op. cit.**, p. 51.

de várias esferas do conhecimento científico como a patologia, a biologia, a física, a psicologia, a antropologia, a sociologia, a terapêutica, entre outras.¹⁶³

Dessa maneira, na viagem científica ao longo do Rio Paraná, Dr. Adolpho Lutz e Dr. Souza Araújo descrevem com certa naturalidade a falta de higiene nas casas do norte do Estado. Em Jataí e São Pedro de Alcântara foram presenciados abundantemente o *Triatoma meguita*, conhecido como barbeiro, em todas as casas de paredes de barro. Tal como as moradias, a estrutura "urbana" dos municípios do interior do Paraná é precária, miserável e anti-higiênica, visto que em vastas áreas do interior podiam ser encontradas não mais de 20 habitações bem sofríveis, poucos ranchos, roçados e, na melhor das hipóteses, um armazém. Estes lugares assemelhavam-se a pequenos vilarejos contendo, como no caso do Porto de Tibiriçá, “*somente 56 homens, 16 mulheres e 26 crianças*”.¹⁶⁴

No caso de Guarapuava, as descrições do estado higiênico dos lares, ruas e roças não são muito diferentes. Dr. Eurico Branco Ribeiro presenciou o modo de vida do imprevidente caboclo, cujos hábitos higiênicos não correspondiam ao ideário eugênico.

Não havendo exgottos, uma ou outra pessoa deita na rua os despejos de sua casa causando mau cheiro que attrae a atenção dos fiscaes municipaes, pois isso importa em transgressão das Posturas da Camara. Os despejos são geralmente depositados em determinado logar dos quintaes, onde sofrem fermentação para posterior aproveitamento como adubo das hortas: cada casa de Guarapuava tem um vasto quintal, em que é commum o cultivo de verdura e fructas.¹⁶⁵

Segundo Eurico Ribeiro, o costume de cultivar hortaliças com o auxílio de adubos orgânicos favorecia o alastramento de desagradáveis odores, invadindo casas, ruas, postos de saúde, açougues e armazéns. Além disso, os efeitos deletérios vindos do mau cheiro atraíam o aparecimento de moscas, as quais tornavam insuportável a permanência em

¹⁶³ MOTA, André. *Quem é bom já nasce feito*. Sanitarismo e eugenia no Brasil. Rio de Janeiro: DP & A, 2003. p. 43.

¹⁶⁴ LUTZ, Adolpho; SOUZA ARAÚJO, Heráclides Cesar de & FONSECA, O. *Viagem científica no Rio Paraná e a Assuncion com volta a Buenos Aires, Montevideo e Rio Grande*. Rio de Janeiro: Manguinhos, 1918. p. 26.

¹⁶⁵ RIBEIRO, Eurico Branco. *O coração do Paraná*. Estudo Sanitario apresentado à cadeira de Hygiene da Faculdade de Medicina de São Paulo, 1929. p. 45-46.

qualquer recinto invadido por elas. Além dos odores, o médico mantinha a preocupação com os restos de lixo abandonados indiscriminadamente nas ruas e jardins. A fermentação proveniente dos lixo produziria

(...) infiltrações perigosas para os poços dagua de que todos se servem para limpeza da casa, dos objectos de cozinha e alguns até para beber. A má qualidade da agua dos poços de Guarapuava não decorre, porém, tão só da infiltração dos despejos mas tambem, e principalmente, da dos dejectos humanos lançados a esmo pelos quintaes ou depositados em fossas rudimentares, conforme o uso geral.

Como se vê, Guarapuava não possui exgotos, nem agua encanada, nem serviço de limpeza publica (...).¹⁶⁶

Estas circunstâncias apontadas por Eurico Ribeiro esclarecem como a higiene, defendida entusiasticamente pela eugenia, pretendia alcançar um domínio total, quer do homem em todas as suas dimensões individuais e sociais, quer do meio em que ele estaria inserido. Os manuais de higiene eram claros nesse aspecto e procuravam sistematizar em três partes todas as questões referentes ao seu campo de ação: a higiene do meio, a higiene individual e a higiene pública. À higiene do meio competia o estudo do solo, do ar, da habitação e da água. A higiene individual se referia ao aprimoramento da capacidade humana em termos corporais e morais, considerando desde aspectos biométricos até o vestuário. Já a higiene coletiva correspondia ao estudo das populações, relevando as características demográficas e problemas sociais.

As estratégias eugênicas elaboradas pelos médicos-sanitaristas brasileiros, advindas sobretudo do campo de ação da higiene, deveriam estar de acordo com aquelas adotadas por países como os Estados Unidos, por exemplo, no intento de constituir homens de raça elevada e de utilizar diversos dispositivos para impedir o surgimento de indivíduos considerados inferiores e ameaçadores aos grandiloqüentes projetos nacionais. As estratégias higiênicas utilizadas pela eugenia podiam se fazer de dois modos segundo André Mota:

¹⁶⁶ *Idem*, p. 48-49.

A ação eugênica *restritiva* abrangia três medidas fundamentais: a regulamentação do casamento, a segregação e a esterilização. A legislação restritiva do casamento visaria a impedir união de epiléticos, daqueles a quem o diagnóstico médico atribuisse sintomas de idiotia, alienação ou deficiência mental. A segregação em asilos, por sua vez, representaria um método de isolamento dos que eram declarados incapazes de ter "descendência normal".

A ação eugênica *construtiva* estava baseada sobretudo na educação higiênica e na propaganda dos princípios de eugenia e da hereditariedade. (...) A propaganda e a educação caberiam às associações particulares de higiene mental e de eugenia, devendo estas responsabilizar-se pelo anúncio dos seus resultados.¹⁶⁷

Um dos aspectos da eugenia restritiva refere-se à realização de campanhas médicas intervencionistas que estabeleceram padrões higiênicos para a regulação da sexualidade e da natalidade. Tratava-se, portanto, de estabelecer a *“idade dos casamentos, as taxas de natalidade, os nascimentos legítimos, a freqüência das relações sexuais, de forma a intervir nos comportamentos sexuais”*.¹⁶⁸ No meio rural, as doenças venéreas também constituíram objeto de intervenção médica. Relata o Dr. João de Barros Barreto a necessidade de regulamentação da prostituição em todas as cidades do Estado. A regulamentação deveria se basear em procedimentos médicos como o exame ginecológico das meretrizes, bem como o devido tratamento anti-venéreo a fim de *“garantir aos incautos caboclos do sertão (...), o contacto higienico e puro”*.¹⁶⁹

O olhar clínico era rigoroso. No interior do Paraná, as prostitutas eram alvo dos minuciosos diagnósticos e tratamentos médicos. Conforme a regulamentação sanitária, a mulher que exercesse o meretrício deveria consultar o médico da cidade semanalmente.¹⁷⁰ No entanto, declara João de Barros Barreto que muitas delas reagem contrariamente a essas formas intervencionistas:

Para o gonococo a seu turno há *truc* das meretrizes espertas que fazem, com esmero, em casa, lavagens minuciosas, esvasiam até as glandulas tomadas e vêm, na quasi certeza de uma inscripção *boa* na caderneta, para o exame, evitando a marcha, o esforço que faria reaparecer a secreção, cessada momentaneamente.¹⁷¹

¹⁶⁷ MOTA, André. **op. cit.** p. 44.

¹⁶⁸ MARQUES, Vera Regina Beltrão. *A medicalização da raça: médicos, educadores e discurso eugênico*. Campinas: Editora da Unicamp, 1994. p. 79.

¹⁶⁹ BARRETO, João de. **op. cit.**, p. 64.

¹⁷⁰ **In:** Regulamento Sanitario Rural do Parana. Estado do Paraná. Typ. A Republica, 1918. p. 24.

¹⁷¹ BARRETO, João de. **op. cit.**, p. 64.

Ressalta-se que não era a prostituição a ser combatida e sim as doenças venéreas transmitidas por elas. O índice dessas moléstias no campo, ao lado das endemias, era surpreendentemente alto, comprometendo a saúde do trabalhador rural. Era necessário diagnosticar essas doenças e tratá-las, apesar das mulheres do interior, prostitutas ou não, serem refratárias aos exames ginecológicos que deveriam submeter-se.

Segundo Vera Regina Beltrão Marques, no Brasil o ideário eugênico foi classificado como um vasto tema "cultural", encontrando terreno fértil, visto que corroborava as preocupações e apontamentos da elite intelectual no que se refere à definição do povo brasileiro e ao país como nação ainda a ser constituída no caminho do progresso.¹⁷² Além da higiene, outras questões faziam parte da ciência eugênica, como por exemplo, a moralidade do indivíduo, seus hábitos e cotidiano.

Um viajante, ao narrar sua visita à colônia de Jataí, relata o cotidiano de bugres que viviam em cabanas de pau a pique. Já na porta dessas singelas habitações, era freqüente encontrar “*alguns desses pobres selvagens mal amansados, estendidos sobre o chão, num lamentável acesso de embriaguez*”.¹⁷³ Suas mulheres andavam despreocupadamente seminuas, com o corpo exposto ao pouso das moscas, amamentando sem nenhum resquício de higiene crianças subnutridas e doentes. Estes indivíduos destoavam completamente do ideário eugênico a respeito do homem que contribuiria para o futuro da nação. Era necessário, pois, intervir.

No entanto, não é possível compreender por completo como o homem do interior era visto pelos médicos somente através de descrições relativas a seus hábitos e condições sócio-econômicas. A estes dados devem ser acrescentadas as referências sobre o estado de saúde da população rural, ou seja, como eram percebidos sob o ponto de vista de seu estado físico e, por conseguinte, de sua possível produtividade no trabalho rural. As observações clínicas reunidas pelo Dr. J. de Azevedo Macedo no município de Morretes esclarecem o estado de saúde de alguns habitantes, possibilitando um exame sobre aspectos de como a população do campo era descrita pelos médicos.

¹⁷² MARQUES, Vera Regina Beltrão. **op. cit.**, p. 32-40.

¹⁷³ GILDA, A. Nas regiões do Ivahy. **In:** FIGUEIRA, Alberico (org.). *Almanack dos Municípios*. nº 1. Curitiba, 1918. p.109.

Nº 3 – João C. S. 12 anos, residente em Marumby.

1º exame clínico: profundamente amarelo, grande decadência orgânica, sensível retardamento, anazartico, tachycardia intensa, pulso pequeno e frequente, grande cansaço, dispnéia, batimentos evidentes das carótidas, anorexia, geophagia, língua saburrosa e vômitos. (...)

Não usa calçado nem tem latrina em sua habitação.

Nº 4 – Ottilia K. 16 anos, residente em Anhaia.

1º exame clínico: intensamente amarela, anazartica, dispnéica, tachycardia indescritível, pulso pequeno, batimentos corotidianos, sopro anêmico, gastralgia constante, bronquite, anorexia, língua saburrosa, apetite pervertido, amenorréia, calafrios e febre (...)

Não usa calçado nem tem latrina em sua habitação.

Nº 14 – Maria S. G. 20 anos, residente em Marumby

1º exame clínico: rosada, embaraço gástrico constante, vômitos, tonteadas, língua accentuadamente saburrosa, tachycardia ausência de sopro, dores lombares, cefaléia noturna e vômitos. (...)

Não usa calçado nem tem latrina em sua habitação.¹⁷⁴

Ao todo, Dr. Macedo relata 17 exames clínicos realizados em Morretes, sendo que a maioria é semelhante entre si. Sob o ponto de vista físico, o homem rural era descrito como um indivíduo tomado pelas doenças, fraco e desvalido. Do ponto de vista eugênico, era um ser despreparado para constituir e defender a nação brasileira. Não eram apenas as endemias que ceifavam várias vidas no interior, mas sim um conjunto de doenças, principalmente a anemia, causada pela subnutrição. O Jeca Tatu não era exclusivamente um ancilostomado, mas sim um indivíduo fraco, subnutrido, apático e desvalido.¹⁷⁵ Em outras palavras, um brasileiro que não poderia pertencer a um país que pretendia constituir sujeitos hígidos e sadios, prontos para contribuir com o braço forte para o progresso e futuro da nação. “*Assim vive o caboclo brasileiro*”, qualificado como um

(...) anemiado, cachético, embrutecido, barrigudo ... e indiferente – o que é muito pior. A sua vida é tão mal vivida, que aqueles infelizes patricios tornam-se muito cedo imprestáveis a si mesmos, á familia, á sociedade.¹⁷⁶

¹⁷⁴ MACEDO, José de Azevedo. Serviço de Prophylaxia rural. in: *Paraná Médico*. Órgão da Sociedade de Medicina do Paraná. Curitiba, 1918, ano III, nº 6.

¹⁷⁵ Ver anexos nº 10, 11, 12, 13, 14 e 15.

¹⁷⁶ ARAÚJO, Heráclides C. de Souza. **op. cit.**, p. 50.

Imprestáveis para si mesmos e sobretudo para a sociedade brasileira; isolados das grandes cidades e abandonados pelo poder público. Assim, a realidade do campo foi matizada pelo discurso médico e exposta aos representantes do governo através dos relatórios e cadernos de viagens. Evidentemente que não é a primeira vez que narradores das grandes cidades relatam as condições de vida do homem do campo. Em *Os Sertões*, Euclides da Cunha retrata as famigeradas experiências de vida do sertanejo brasileiro decorrentes da Guerra de Canudos. Em 1912, foi a vez do Instituto Oswaldo Cruz realizar expedições comandadas pelos médicos Artur Neiva e Belisário Pena nos estados do Nordeste e Goiás, denunciando as péssimas condições de vida no interior do país.

Subjacente aos relatos de intelectuais e médicos que descreveram cenas até então pouco conhecidas pela sociedade, o certo era que o ideário eugênico encaminhava contornos em suas manifestações e opiniões. A inferioridade brasileira, considerada pela comunidade científica o grande problema nacional, era atribuída a uma vida bárbara, abandonada e miserável que, somada às suas peculiaridades miscigenadas, corroboraria a degeneração de todas as forças que deveriam impulsionar o país.

Em outras palavras, os objetivos da eugenia voltavam-se para a reabilitação e valorização do brasileiro que, devidamente disciplinado e são, poderia transformar-se em agente capaz de concretizar as potencialidades da terra. A busca de um indivíduo saudável e equilibrado passaria pelas contingências do meio físico e moral, resultando numa população hígida, moralizada e educada. É nesse sentido que se estabelece a íntima relação entre a eugenia e a questão nacional uma vez que, asseguradas as condições de salubridade, seria inevitável o aperfeiçoamento do homem que contribuiria para o futuro da nação.

As excursões médicas nas cidades do interior do Paraná possibilitaram, portanto, o contato e conhecimento de populações rurais que apresentavam um modo de vida distinto das premissas manifestadas pelo ideário eugênico. O modo de vida do homem rural alarmava médicos-sanitaristas no que se refere à nutrição, ociosidade, atividade sexual, vestimentas, educação e sobretudo, higiene. A falta desta no cotidiano da população rural levou graves moléstias como a ancilostomose, impaludismo, doença de Chagas, entre outras, comprometendo a saúde e a força de quem deveria estar apto ao trabalho. Nesse sentido, era necessário remediar todas essas mazelas a fim de constituir sujeitos eugênicos que pudessem contribuir para o progresso da nação.

2.3 A reabilitação do homem rural paranaense e sua integração à identidade nacional

A partir das primeiras décadas do regime republicano, a inquietação dos médicos e das instituições de saúde pública com as condições de higiene nas áreas rurais revelava também a preocupação com os destinos da raça brasileira e os laços que a integravam à pátria. As idealizações médicas formuladas no projeto sanitário a ser implementado tinham como meta reverter as nefastas perspectivas que avaliavam o brasileiro como inferior e, por isso, incapacitado para atingir alguma civilidade.

Alguns analistas interpretavam o Brasil como um país repleto de mazelas sociais e humanas. Alguns atribuíam a culpa à terra, outros à raça, e os mais extremados a ambas as coisas. O solo era infértil, o clima inóspito e a natureza traiçoeira, proporcionando um ambiente ingrato para a vida humana. Por seu comportamento indolente e pacato, o homem do interior não tinha possibilidades de produzir riquezas para o país e contribuir para o progresso.

Nessa direção, o homem brasileiro – um tipo diversificado que ora é branco, ora é negro ou índio e que, por si só e de antemão, já se apresentava inferiorizado – recebeu definições de acordo com as teorias raciais em voga na Europa na segunda metade do século XIX. Constata-se essa afirmação nos trabalhos realizados por Nina Rodrigues e Silvio Romero, por exemplo. O mestiço, como resultado do cruzamento de raças díspares, longe de ser a solução, apresentava-se como mais um problema uma vez que era depositário de defeitos e taras decorrentes de herança biológica.¹⁷⁷ Refutando a idéia de que no futuro haja escassas possibilidades de os negros civilizarem-se, Nina Rodrigues alega na obra *Os africanos no Brasil*:

Não é, pois, a concepção teórica, toda especulativa e não demonstrada, de uma incapacidade absoluta de cultura dos negros, que merece preocupar povos, como o brasileiro, que, com a escravidão africana, receberam e incorporaram em sua formação

¹⁷⁷ ORTIZ, Renato. *Cultura brasileira e identidade nacional*. São Paulo: Brasiliense, 2003. p. 14-16.

étnica doses colossais de sangue negro. O que importa ao Brasil determinar é o quanto de inferioridade lhe advém da dificuldade de civilizar-se por parte da população negra que possui e se de todo fica essa inferioridade compensada pelo mestiçamento, processo natural que os negros se estão integrando no povo brasileiro, para a grande massa da sua população de cor.¹⁷⁸

Na década de 1890, Nina Rodrigues iniciou no Brasil o estudo da antropologia científica, calcada na questão da raça e que se valia das novas técnicas da antropometria. Sua pesquisa antropológica revelou-lhe um país complexo, multiracial, heterogêneo, que não forjara nenhum biotipo singular e estável, e cujo futuro previsível era racialmente negro.

Por outro lado, este não foi apenas o único discurso que vigorou no período tratado. A esta imagem estéril, improdutivo e contrária a qualquer resquício de civilização, contrastava outra visão, acentuadamente mais romântica e idílica e que via o país como a terra prometida, a nova Canaã. Para esses intelectuais, o solo apresentava-se propenso à todos os tipos de plantações e a natureza não era percebida como inimiga do homem. O romance publicado em 1902 por Graça Aranha, *Canaã*, representa esse pensamento. Nessa obra, o autor expõe uma questão pertinente à formação da sociedade brasileira: o tema da nossa sobrevivência como povo e o da nossa identidade cultural enquanto civilização. O enredo transcorre na região de Cachoeiro do Espírito Santo, região onde ocorre o contato entre uma família de imigrantes alemães e os nativos da nova terra. Com relação à paisagem, Graça Aranha narra que

O contorno arredondado das montanhas cobertas de uma relva basta, rente, fulgurante nas suas cores matizadas, o rio por entre os vales, o ar límpido e seco mantendo estável a atmosfera, a força da claridade desdobrando pelas colinas o panorama, a abóbada celeste de um imenso azul cobrindo docemente a terra, todo esse conjunto de luz, de cor, de traços dava á paisagem um aspecto total de grandeza e confiança.¹⁷⁹

¹⁷⁸ RODRIGUES, Raimundo Nina. *Os africanos no Brasil*. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 2004. p. 296.

¹⁷⁹ ARANHA, José Pereira de Graça. *Canaã*. São Paulo: Editora Ática, 2002. p. 25.

Essa ambivalência sintetiza uma tentativa dos intelectuais de entender e definir os males que corrompiam uma possível vida harmoniosa da maioria dos brasileiros. No mesmo caminho trilhado por Graça Aranha, Euclides da Cunha também suscitou polêmicas com a publicação, em 1902, da obra *Os sertões*. As descrições sobre a saga de Canudos romperam com o imaginário que predominava, sobretudo na corporação médica, a respeito das origens do homem da terra. O escritor destaca a ambivalência inerente ao modo de vida do sertanejo, recuperando seus elementos de força e de fragilidade. Antes de tudo, ele é visto como um elemento de força, apesar de ser carente e desprovido de civilização.

Com relação à associação entre identidade nacional e integração do homem rural à nação brasileira, tema pesquisado por Luiz Antonio Castro Santos, é necessário ladear os caminhos do pensamento social formulado posteriormente. O tema inicia-se após a Primeira Guerra Mundial, cuja produção literária e sociológica brasileira tornou-se marcadamente nacionalista, na medida que as esperanças de salvação do Brasil incidiram na tarefa de recuperar o homem do campo.¹⁸⁰ Logo, a diminuição da imigração devido à guerra e a expansão de atividades agrícolas em todo país acarretou na necessidade de ampliação do número de trabalhadores rurais. A solução, portanto, encontrava-se na mão-de-obra nacional como se observa adiante:

O lavrador nacional, atravessou um longo período completamente abandonado dos governos. Ao passo entretanto que se procurava cercar de garantias e de recursos o trabalhador europeu, o nosso patricio lutava com as maiores dificuldades, procurando-se mesmo arrancar-lhe as proprias terras para cedel-as aos colonos estrangeiros.

O nosso impatriotismo collocou o trabalhador nacional na dolorosa contingencia de abandonar a vida dos campos, já que elle não podia de forma alguma competir com o elemento exotico (...).

Entretanto, o trabalhador nacional que precisava adquirir desde a ferramenta para o seu serviço, até a manutenção para si e para os seus, era tido como indolente, porque o seu trabalho não prosperava!

Agora, felizmente, nesta phase de actividade agricola que atravessamos, os nossos governantes comprehenderam que o trabalhador nacional, é que convém para a garantia do nosso futuro economico.¹⁸¹

¹⁸⁰ SANTOS, Luiz Antonio Castro. O Pensamento Sanitarista Na Primeira República: Uma Ideologia de Construção Nacional. **In:** *Dados - Revista de Ciências Sociais*, v. 28, n. 2., 1985. p. 193-194.

¹⁸¹ GILDA, A. Viagem ao littoral. **in:** FIGUEIRA, Alberico (org.). *Almanack dos Municipios*. nº 1. Curitiba, 1918. p.120-121.

A população rural tornou-se objeto de atenção para médicos e intelectuais pois nela se encontrava toda a força produtiva do país. Os que compartilhavam dessa opinião preocupavam-se em recuperar, no interior do país, as raízes da nacionalidade, além de integrar o sertanejo ao projeto de construção nacional. No entanto, argumenta Luiz Antônio de Castro Santos, havia também outra corrente nacionalista que sonhava com um Brasil “moderno” e atraía intelectuais que viam no crescimento e progresso das cidades brasileiras os sinais da conquista da civilização.¹⁸²

Nesse sentido, movimentos como a Liga da Defesa Nacional e a Liga Nacionalista projetaram diversos caminhos para a recuperação da nacionalidade conforme a expansão de valores patrióticos, aliados a temas como educação, serviço militar obrigatório e civismo. Por outro lado, os membros da Liga Pró-Saneamento, criada em 1918, advertiam que era impossível garantir o desenvolvimento social do país sem corrigir os problemas de uma população constituída em sua grande maioria por doentes. Nesse aspecto, a construção nacional era uma tarefa baseada na valorização da saúde e vida dos brasileiros.¹⁸³

Já na década de 1920, os intelectuais brasileiros reformularam o nacionalismo com a expectativa de que a rápida expansão de uma economia de exportação baseada no café e na ascensão de novos grupos profissionais, lançaria o país no cenário mundial. Contrapondo-se à avaliação negativa da identidade brasileira como nação formada sobretudo por mulatos e negros, os dirigentes acreditavam que seu país encontrava-se em processo de transformação e aprimoramento racial. Ainda que em suas relações sociais a classe educada fosse racista e discriminadora, é inegável o esforço de assimilar e incorporar à identidade nacional o negro e o mulato.

Nessa direção, a ideologia nacionalista começou a apresentar versões mais contundentes e positivas acerca da miscigenação construtiva. A ideologia do processo de branqueamento da população afirmou-se nesse período, colocando em evidência o

¹⁸² SANTOS, Luiz Antonio Castro. **Op. cit.**, p. 194.

¹⁸³ LIMA, Nísia Trindade & BRITO, Nara. Salud y nación: Propuesta para el saneamento rural. Un estudio de la revista Saúde (1918-1919). In: CUETO, Marcos (Ed.). *Salud, cultura y sociedad en América Latina: Nuevas perspectivas históricas*. Lima: IEP, Organización Panamericana de la Salud, 1996. p. 135-158.

problema da raça presumida pelas elites confiantes de que seu controle e domínio sobre um país composto de negros e mulatos estava seguro.¹⁸⁴

Se, por um lado, a tese do branqueamento, defendida pela eugenia, representava a racionalização de um desejo de uma elite que julgava controlar os aspectos raciais do país, por outro, muitas outras soluções foram apontadas para alcançar a regeneração racial. A educação, a reforma social e o sanitarismo também forneceram respostas ao problema nacional. Um dos expoentes que assinalou esta perspectiva foi o médico e vice-presidente da Sociedade Eugênica de São Paulo, Belisário Penna. Em 1912, ainda estudante no Instituto Oswaldo Cruz, ele participara de uma expedição médica no interior do país a fim de registrar a ocorrência de doenças endêmicas que grassavam a vida da população rural e denunciar a pobreza inerente à regiões abandonadas pelo poder público. Não só o estado sanitário, mas os aspectos educacionais também apareceram relevantes nos relatórios elaborados por Belisário Penna, cujas manifestações não indicavam a raça ou o clima como fator agravante para a degeneração do povo brasileiro.

Desse modo, a expedição realizou amplo levantamento de dados, os quais incluíram material fotográfico, condições climáticas, sócio-econômicas e nosológicas. Continha também informações sobre clima, fauna e flora, registrando, em detalhes, as doenças que costumavam afetar os habitantes do interior. Além disso, as condições de vida, aliadas ao perfil sócio-econômico, acompanhavam variadas sugestões às autoridades públicas.

Participando da mesma expedição de Belisário Pena, Artur Neiva ressaltou o contraste entre a paisagem cinza observada no sertão nordestino e a retórica romântica sobre o caboclo e o sertanejo. Descreveu o povo como ignorante, abandonado, isolado, com instrumentos primitivos de trabalho, desconhecendo o uso da moeda, tradicionalista e refratário ao progresso. Esse quadro de isolamento era responsável pela ausência de

¹⁸⁴O branqueamento foi defendido em *Populações Meridionais do Brasil*, escrito por Oliveira Viana, publicado em 1918. O autor é favorável à possibilidades de manutenção das características da raça branca mesmo quando cruzada com a negra. Contudo, o branqueamento pode ocorrer apenas em casos especiais de "mestiços superiores", que podem se livrar da "estagnação dos degenerescentes" e, após depurações sucessivas, deixam de ser "psicologicamente mestiços" para se arianizarem. Os chamados "mestiços inferiores", de origem indígena e negra, seriam eliminados paulatinamente pela miséria física e moral, pela degenerescência, fome, promiscuidade e pela morte. **In:** VIANA, Oliveira. *Populações meridionais do Brasil*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1973. p. 108-113.

qualquer sentimento de identidade nacional.¹⁸⁵ Conforme esse ponto de vista, a higiene e o saneamento seriam os responsáveis pela mudança das condições de vida do caboclo, de modo a tornar um integrante da nação.

No Paraná, médicos da CPRP também alegam que a população rural vivia afastada e isolada dos grandes centros urbanos, não sabendo sequer o nome do presidente da república ou o Estado a que pertencia. Os habitantes de Porto Xavier, município do norte paranaense, equiparam-se a "rudes patricios" pois esta região caracteriza-se como uma área de grande roçado situada no meio da floresta, onde só é possível chegar à nado.

Além do isolamento e abandono, uma outra particularidade atribuída ao homem rural é o seu caráter nômade, preguiçoso e indolente. Dr. Amorim assim descreve algumas populações encontradas no Paraná:

Se num dia nós os encontramos installados em determinado logar, na semana seguinte já não moram mais ahi, já carregaram com mulher, filhos, anzões e esteiras para bem longe, para o logar onde devem fazer as suas roças de mandioca, se assim se podem chamar as quatro ou cinco leiras, em que levam o resto do anno a trabalhar meia hora em cada dia.¹⁸⁶

Os efeitos do ritmo rápido da vida moderna nas principais capitais brasileiras, apesar de não serem enunciados, podem ser percebidos indiretamente no momento em que o discurso médico expõe o modo de vida pacato do habitante do interior. A preguiça do homem rural e a lentidão para realizar determinadas tarefas dificilmente são aceitos pelos médicos que carregam consigo toda uma experiência e formação nas grandes cidades. A morosidade no trabalho designa a principal crítica que por vezes é suavizada quando os médicos atribuem às doenças endêmicas a principal causa da indolência e apatia. Este fato é expresso nas ressalvas de Nicolau Sevchenko acerca do contraste entre a Belle Époque e o meio rural brasileiro, descrito diligentemente por intelectuais como Euclides da Cunha e Lima Barreto:

¹⁸⁵ LIMA, Nísia Lima & HOCHMAN, Gilberto. Pouca saúde e Muita saúva: sanitarismo, interpretações do país e ciências sociais. in: HOCHMAN, Gilberto (org). *Cuidar, controlar, curar: ensaios históricos sobre saúde e doença na América Latina*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004. p. 495.

¹⁸⁶ AMORIM, J. Serviço de Prophylaxia Rural. **In:** *Paraná Médico*. Órgão da Sociedade de Medicina do Paraná. Curitiba, ano III, nº 6, 1918. p. 408.

Observando a sociedade rural e os grupos tradicionais a partir do ângulo urbano e cosmopolita, em que o tempo é encarado sobretudo como um fator de produção e de acumulação de riquezas, seu juízo sobre aquela sociedade não poderia ser outro.¹⁸⁷

O médico paranaense, Dr. Eduardo Leal Ferreira, ao percorrer municípios do interior paranaense entre 1917-1918 compartilha das mesmas idéias. Se o intuito é oferecer novas condições de vida para o homem rural, é necessário transformar o quadro sanitário e os hábitos higiênicos. Dessa maneira, para o médico-sanitarista é indiscutível a necessária responsabilidade da União no cuidado com a saúde da população rural e nas intervenções públicas no que se refere à instalação de serviços sanitários e educacionais. Tanto a raça quanto o clima não podem ser associados à degeneração das condições habitacionais e de saúde dessa gente.

Não nos deixemos arrastar pelo erroneo julgamento dos que andam a sonhar com as influencias deleterias da zona tropical sobre a saude dos que vivem debaixo de suas ardentias. Não nos leve de vencida tam facil e destructivel fundamento, de que se tem valido esses que enxergam no elemento climatico a causa veridica do debilitamento do nosso povo.

O que malsina os tropicos não é a Natureza, ahi mais luxoriosa do que em qualquer outra zona; o que malsina os tropicos é a imprevidencia dos homens, é o nosso descaso pelos males que nelles podem avultar, mas que nelles a sciencia hodierna não mais deve permitir que proliferem. (...)

Rehabilitemos o nosso clima, que elle não responde pelo definhamento da nossa gente sertaneja. A o envez de incriminal-o, sejamos justos para com elle, e a elle nos associemos praticando obras de previsão social, que nos assegurem a existencia sadia que o nosso clima não impede e nem siquer embaraça.

Tanto ou mais errados andariamos, Senhores, se pretendessemos descobrir numa inferioridade da nossa raça a razão capital das scenas de desalento que nos offerece abundantemente o interior.

Os nossos patricios estão se depauperando, não por culpa dos factores ethnicos que se fundiram para constituir a nossa nacionalidade e sim, única e exclusivamente, pela desidia de muitos dos responsaveis pela conservação integra do nosso rico patrimonio – que é o vigor physico do nosso povo. (...)

Está porém verificado por trabalhos brasileiros que, em condições hygidas, nós temos por milimetro cubico de sangue a mesma porcentagem de globulos vermelhos e de globulos brancos existente entre os europeus sadios. Essa anemia portanto (...) depende de alguma das nossas affecções parasitarias, já tam nossas conhecidas e que podem ser prevenidas e que podem ser curadas com relativa facilidade.

¹⁸⁷ SEVCENKO, Nicolau. *Literatura como missão: tensões sociais e criação cultural na Primeira República*. São Paulo: Companhia das Letras, 2003, p. 36.

Justificando o clima e a raça, sustentamos com Felício Torres, que eles não podem ser responsabilizados pela degeneração das nossas populações sertanejas.¹⁸⁸

Essa idéia se aproxima de um ideal muito caro da LPS, qual seja, a institucionalização de uma política de saúde pública, indispensável para melhorar a saúde da população. A responsabilidade recaía em maior medida na União e, em segundo plano, nos Estados, posto que cada uma dessas instâncias teria como atribuição a regulamentação de órgãos e instituições públicas ligados aos serviços de saúde. Ademais, esta proposta derivava da idéia de que a “*saúde devia receber um tratamento autônomo, técnico e profissional e independente das políticas locais*”.¹⁸⁹

Outra discussão conduzida por Leal Ferreira refere-se aos problemas de saúde enfrentados pelos “*nossos homens do campo*” em diversas regiões rurais brasileiras. São exemplificados muitos casos de ocorrência endêmica, balizados por dados estatísticos em estados como Rio de Janeiro, Minas Gerais, Sergipe, Bahia e Pernambuco. Os esforços médicos aplicados no interior do Paraná finalizam o discurso, denotando ainda as limitações e as dificuldades empreendidas após a primeira campanha sanitária, ocorrida em 1916. Aliada à idéia da necessária e urgente reforma sanitária, Leal Ferreira chama a atenção para a nobre e patriótica ação dos sanitaristas no meio rural, entendendo que a saúde da população rural seria recuperada exclusivamente sob a intervenção médico-sanitária.

Isso significa que, ciente de seus dotes profissionais, os médicos pretendiam cumprir aquilo que imaginavam ser uma missão regeneradora nacional. Esta missão seria efetivada por sua atuação e intervenção no quadro sanitário e higiênico das zonas rurais. Esperavam dessa maneira que o reconhecimento do cidadão comum se daria depois que o mesmo, finalmente educado e higienizado, pudesse compreender que os esforços médicos visavam um futuro promissor para a nação. Leal Ferreira manifesta este sentimento quando afirma que

¹⁸⁸ FERREIRA, Eduardo Leal. **op. cit.**, p. 412.

¹⁸⁹ LIMA, Nísia Trindade & BRITO, Nara. **op. cit.**, p. 140.

Elle (o sertanejo) e os da sua familia bembirão o nosso nome quando, ao fim da labuta diaria, notarem que nos devem um ganho facil para o bem estar da casa e um rendimento maior para a prosperidade da Mãe Patria. Tratemos da saude, enxugando o solo onde hoje vegetam os guardas desalentados dos nossos rebanhos, vencida por golpes traiçoeiros e deprimentes.¹⁹⁰

Análogo à questão do valor patriótico associado às ações sanitárias, são frequentes nos discursos médico-sanitários desse período a relação “pouca saúde, pouco trabalho”. Uma vez que o futuro da nação dependia exclusivamente de sua vocação agrícola¹⁹¹, nada mais lógico e necessário que corrigir as deficiências sanitárias e higiênicas das zonas rurais. O que se pode comprovar no tratamento dado ao campo pelos sanitaristas empenhados na regeneração da pátria foi a necessidade de reprodução da força de trabalho. Verifica-se, portanto, a incorporação dos sertanejos ao cuidado médico conforme seu significado para o processo econômico e político.

O engrandecimento do Brasil reside na produção – larga, copiosa, intensificada, diz e repete, com plena razão, o verbo autorizado dos grandes economistas patricios. (...) Pensemos que não é possível amansar terras com a pelle ulcerada pelas leishmanias, com os ossos doloridos e as juntas endurecidas pelas syphillis (...) Oh! Senhores. Nos desvelemos primeiro pela saude, e ella creará o trabalho alegre de cada dia, methodizado, systematizado, rendoso, fecundo, productivo.¹⁹²

Com efeito, a economia do estado paranaense sustentava-se na produção agrícola, cuja mão-de-obra dependia da população rural. O estado encontrava-se em um contexto econômico de acentuado desenvolvimento da agricultura devido ao grande número de terras cultiváveis e mão-de-obra estrangeira e nacional. O entusiasmo com essa atividade produtiva é observada, em 1918, nas palavras do Presidente do Estado, Affonso de Camargo:

¹⁹⁰ FERREIRA, Eduardo Leal. **op. cit.** p. 408.

¹⁹¹ A vocação agrícola, associada ao pensamento ruralista, assume o caráter de espaço sócio-político da expressão de conflitos e posições diferenciadas acerca das modalidades de intervenção sobre a agricultura na Primeira República, almejando a luta pela institucionalização de interesses da fração hegemônica. **In:** MENDONÇA, Sonia Regina. *O ruralismo brasileiro (1888-1931)*. São Paulo: HUCITEC, 1997. p. 14.

¹⁹² FERREIRA, Eduardo Leal. **op. cit.** p. 410.

O anno decorrido foi de verdadeiros triumphos para o nosso Estado no que diz respeito á sua producção agrícola. A cultura do trigo, recebida com geraes applausos, é um facto que virá influir poderosamente nos nossos destinos economicos. (...)

Intensificar essa cultura, de modo que ella sobrepuje a todas as outras, é pensamento do meu Governo e para isso conto com o consenso de todos os agricultores, hoje convencidos de que o seu esforço está sendo compensado fartamente e que, alem disso, estão prestando um serviço relevante á sua terra.¹⁹³

Em meados da década de 1910 aparecem artigos, boletins e almanaques divulgados por órgãos e instituições articulados à atividade agrícola do estado. A revista *Almanak dos Municipios*, organizada e publicada em 1918 por Alberico Figueira expressa minuciosamente as condições produtivas dos municípios do interior do Paraná. A atenção é direcionada ao desenvolvimento agrícola, subsidiado por novas máquinas, insumos, melhorias na malha rodoferroviária e capacitação do trabalhador rural. Nesse sentido, o desenvolvimento agrícola e o trabalho se entrelaçam como pode ser observado nas palavras de um redator desconhecido:

O Municipio de Paranaguá, é, sem duvida, um dos maiores opulentos do Estado do Paraná.

As suas terras feracissimas são cobertas de virentes mattas, onde as riquezas mineraes, de flora e fauna, se confundem n'uma verdadeira orgia luxuriante. (...)

Assim, a Agricultura se manifesta expansivamente nas suas modalidades productivas, desenvolvendo-se a cultura da cana de assucar, da mandioca, da bananeira, arvores fructiferas, etc.

Nelle se têm estabelecido e prosperam cerca de quinze industrias de real importancia, factores basicos á emancipação d'um povo cuja única preocupação é o labor, cujo apathismo peculiar ás raças em evolução vae sendo banido, já desconhecido.¹⁹⁴

Nos relatos de viajantes que visitaram o interior do estado não é raro encontrar elogios à terra e ao clima, ambos favoráveis ao cultivo de hortaliças, trigo, mandioca e frutas. Porém, o lamento recai na existência dos indivíduos doentes e imprestáveis para o trabalho:

¹⁹³ **In:** MUNHOZ, Alcides. *Observações geraes sobre o Estado do Paraná*. Publicação official para a Grande Feira annual do Districto Federal, 1918. Typ. A Republica, p. 81.

¹⁹⁴ **In:** FIGUEIRA, Alberico. *op. cit.*, p.95.

Fazia dó aquella pobre gente. Quasi todos manquitolavam com os pés tomados de assalto por implacáveis legioes de parasitas. Muitos se encontravam doentios, sendo attendidos cuidadosamente pelo medico e recebendo promptos soccorros da pharmacia official. Não revelavam, todavia, desanimo, nem vociferavam tempestades de pragas como tantos colonos de outras nacionalidade localizados em outros pontos.¹⁹⁵

É importante notar que, para além da simples manutenção da saúde, a preocupação com o corpo constituía parte fundamental do grande projeto de construção nacional. Corpos ativos e saudáveis representavam desenvolvimento na produção agrícola e industrial e, conseqüentemente, a riqueza do país estava atrelada à saúde de sua população. Logo, decisões políticas, determinações médicas e desenvolvimento econômico convergiam para o corpo dos indivíduos.

Conjugada à perspectiva do trabalho, o tratamento dado ao habitante rural não incidia apenas na questão da produtividade para o país. Havia também a intenção de que esse indivíduo fosse integrado à identidade nacional. Isto é, acreditava-se que, a partir de uma vida repleta de vigor físico e de grande capacidade produtiva, o homem rural se transformaria em um homem civilizado, compreendendo que faz parte da nação e que contribui para seu desenvolvimento e progresso. Este pensamento completa-se com a crença no aprimoramento da consciência dos seus deveres e direitos na sociedade, sobretudo se o caboclo, além de higienizado, for alfabetizado porque *“um povo que sabe ler e que sabe dar apreço á sua saude, é tambem um povo que sabe amar sua Patria acima de todas as coisas”*¹⁹⁶.

Alguns elementos de significação que constituem o valor simbólico do texto podem corroborar a idéia de construção nacional e recuperação do caboclo. Por exemplo, "organismo dessa boa gente dos nossos sertões", "bom patriotismo", "nosso sertanejo", "operariado dos nossos campos", "semeadores das riquezas da nação", "nossa construção nacional", "obra patriótica e humana de reabilitação da saúde dos nossos sertanejos", "grandeza da nossa Pátria", "formação do homem forte", e "reorganização nacional", são expressões que se entrelaçam e configuram um movimento textual obediente à seguinte

¹⁹⁵ GILDA. A. Nas regiões do Ivahy. **op. cit.**, p. 107-108.

¹⁹⁶ FERREIRA, Eduardo Leal. **op. cit.**, p. 411.

lógica: nobres e patrióticas ações médicas + importância da recuperação da "nossa" gente dos sertões = promissora reorganização nacional.

Percebe-se um recurso lingüístico extremamente valioso que confere, possivelmente, um eficiente efeito de sentido para o enunciatário da época. O valor simbólico das palavras mencionadas proporciona um determinado caráter literário e até mesmo poético para o texto, o qual difere consideravelmente dos demais ensaios científicos do período em questão. São termos que, inspirados nas linhagens intelectuais características da Belle Époque, como utilitarismo, liberalismo, positivismo, humanitarismo, baseiam-se sobre conceitos éticos bem definidos e universais.¹⁹⁷ Assim, valores como humanidade, nação, bem, verdade e justiça operavam como padrões de referência básicos, isto é, como unidades semânticas constitutivas dessa produção intelectual. Conforme a perspectiva de Fiorin, “... o conjunto de elementos semânticos habitualmente usado nos discursos de uma dada época constitui a maneira de ver o mundo numa dada formação social”.¹⁹⁸

Justifica-se esta tendência de escrita pela própria formação dos médicos do século XIX, a qual recebia influências de uma cultura literária humanista e positivista. Muitos deles cultivavam um domínio amplo de conhecimentos que perpassavam as artes, a geografia, a história e a literatura, fator determinante para que houvesse opiniões sobre diferentes assuntos e variadas atuações na vida política e social.¹⁹⁹ Por isso, o variado leque de leituras permitiu a Leal Ferreira utilizar o recurso da intertextualidade²⁰⁰, citando obras literárias e médicas para corroborar a idéia de que “*não há, hoje em dia, grande problema social que não tenha como base uma questão de hygiene*”.²⁰¹ Ao lado disso, o médico também afirma que “*nestas regiões se desdobra mais um quadro infernal que só poderia ser magistralmente descripto pelo Dante immortal*”.²⁰²

¹⁹⁷ SEVCENKO, Nicolau. **op. cit.**, p. 31.

¹⁹⁸ FIORIN, José Luiz. *Linguagem e ideologia*. São Paulo: Editora Ática, 2004. p. 19.

¹⁹⁹ MARTINS, Ana Paula Vosne. *Visões do feminino: a medicina da mulher nos séculos XIX e XX*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2004. p. 217-218.

²⁰⁰ Todos os discursos têm uma função citativa em relação a outros discursos, denotando, assim, a ocorrência da intertextualidade. Por isso, ele não é único e irreptível. A saber: FOUCAULT, Michel. *A ordem do Discurso*. São Paulo: Ed. Loyola, 1998; ORLANDI, Eni. *A linguagem e seu funcionamento*. São Paulo: Brasiliense, 1983; FIORIN, José Luiz. *Linguagem e ideologia*. São Paulo: Editora Ática, 2004.

²⁰¹ Citação realizada por Leal Ferreira em seu artigo relativa a uma obra não definida do médico-sanitarista pernambucano Fontenelle.

²⁰² FERREIRA, Eduardo Leal. **op. cit.**, p. 409.

Nesse sentido, a ação saneadora e higiênica esperava criar a possibilidade de rever o tema da formação dos brasileiros e todas as ambigüidades que cercavam a discussão. André Mota encaminha esse debate afirmando que

A observação pormenorizada dos níveis de educação, das condições de saúde e moradia, dos costumes e das manifestações culturais levaria ao suposto conhecimento empírico desse povo. Eis por que os médicos da época aceitariam a missão de restaurar a sociedade avariada: só eles poderiam desvendar – e combater – as causas que tornavam o progresso nacional incerto.²⁰³

Outro indicativo desse novo olhar foi a mudança apresentada por Monteiro Lobato referente à criação de um dos seus principais personagens, o Jeca Tatu. Primeiramente, Jeca Tatu representava o povo brasileiro como sujo, doente, mestiço, pobre e ignorante. No entanto, no ano de 1918, ao publicar *Ms. Slang e o problema vital*, Monteiro Lobato muda de opinião sobre sua personagem. Escrito expressamente para popularizar o saneamento e a educação higiênica, esta obra esclarece que “*Jeca Tatu não é assim, está assim*”, pois sua degeneração está associada agora às endemias e epidemias.

Em todos os países do mundo as populações rurais constituem o cerne das nacionalidades. Taurinos, torrados pelo sol, enrijados pela vida sadia ao ar livre, os camponeses, pela sua robustez e saúde, constituem a melhor riqueza das nações. São a força, são o futuro, são a garantia biológica dos grupos étnicos. Pela capacidade de trabalho mantem eles sempre elevado o nível da produção econômica; pela saúde física, mantêm em alta o índice biológico da raça, pois é com o sangue e o músculo forte do camponês que os centros urbanos retemperam a sua atividade.²⁰⁴

Por outro lado, faz-se necessário destacar que este discurso não predominou homogeneamente em todas as classes profissionais. Em outras palavras, a dúvida de que a higiene e o saneamento constituíssem as principais soluções para a recuperação do trabalhador rural povoou a mente dos indivíduos que eram ligados às sociedades destinadas ao estudo e desenvolvimento da agricultura. Conforme a visão manifestada, por exemplo, no texto *O Caboclo, o Saneamento e o Imposto*, publicado em 1919 pelo Boletim da Sociedade de Agricultura do Paraná, a regeneração do homem rural se dava por outras vias:

²⁰³ MOTA, André. *op. cit.*, p. 20.

²⁰⁴ LOBATO, Monteiro. *Mr. Lang e o Problema vital*. São Paulo: Brasiliense, 1951. p. 255.

A influencia do patrão rural é decisiva. O conferecista faz considerações que lhe autorizam a tirar essa conclusão. Relata factos pelos quaes fica demonstrado que com o *patrão rural competente os trabalhadores prosperam, enriquecem e vivem felizes*. Organizado o trabalho rural intelligentemente, o sólo cultivado intensamente, desaparece ou atenua-se os efeitos da malaria. *O patronato adequado supprime a desorganisação do trabalho.*²⁰⁵

A responsabilidade, portanto, recaía nas mãos do patrão, isto é, de seu interesse em proporcionar adequados meios de produção e meios de trabalho. Se houvesse aplicação e investimentos em novas máquinas e suprimentos voltados à atividade agrícola, além da remuneração, o pequeno agricultor receberia incentivos para trabalhar, deixando de ser indolente e preguiçoso. Este discurso diferenciava-se do pensamento higienista que, por sua vez, somente acreditava na solução do saneamento como um caminho facilitador da regeneração racial.

Assim exprimem-se a "Sociedade Eugénica de S. Paulo" e a "Liga Pró-Saneamento do Brasil", julgando erradamente que foi devido ao saneamento que operou-se a ressurreição. É innexacto.

Não é pois só *o saneamento que opera o milagre*. É A ORGANISAÇÃO DO TRABALHO FEITO POR PATRÕES CAPAZES, á altura da missão que desempenham. Essa "elite", dirigente é que falta no paiz, diz Poincard, um dos autores citados por Sylvio Romero, em sua obra de estudo da colonisação do Brasil ... Reflectam bem os que pensam que está no *simples retalhar do sólo* o salvateiro da crise nacional.

Eis como se resolve o problema agricola, differente do modo de pensar do Sr. Belisario Penna, solucionando-o pela prophylaxia anti-parasitaria, do Dr. Luiz Silveira, pelo imposto único, e do nosso fazendeiro, pela introdução de asiaticos ...

ORGANISE-SE O TRABALHO ... A organização do trabalho virou, sosinha, a lenda do "indolente" de pernas para o ar.

No dia em que conseguir a conversão do incredulo, estará criado o PATRÃO RURAL BRASILEIRO; no dia em que esse passo fôr dado, possuiremos tambem o elemento que fez a espantosa prosperidade da America do Norte.²⁰⁶

Para os indivíduos ligados à economia agrícola o desenvolvimento desta atividade não dependia apenas da saúde e, por conseguinte, da capacidade física para o trabalho do homem rural. Era necessário investir em outras esferas como educação, melhoria na rede rodoferroviária e regularização da distribuição de sementes e subsídios agrícolas. A ação da Secretaria da Agricultura do Estado do Paraná voltava-se a essas questões ao ter como meta

²⁰⁵ O caboclo, o saneamento e o imposto. **In:** *Boletim da Sociedade de Agricultura do Paraná*, 1919, p. 416.

²⁰⁶ *Idem*. p. 423.

a instrução de lavradores quanto ao preparo da terra e a escolha de terrenos, bem como o fornecimento de créditos agrícolas.

Apesar de explicitamente crítica à marcha pelo saneamento nos sertões, essa visão complementa, com efeito, o discurso assentado pela maioria dos intelectuais e profissionais liberais da época: era necessário rever as condições sociais do homem brasileiro para pensar, discutir e enveredar caminhos destinados ao progresso e à formação nacional. Independente da sugestão apontada, o certo era que a preocupação em pensar a relação entre nação, desenvolvimento e o povo brasileiro formava uma das principais bases do discurso dos intelectuais.

No entanto, o que nos interessa aqui é analisar o discurso acerca da associação, enfatizada intensamente pelos médicos-higienistas, entre saneamento e integração do caboclo à identidade nacional. A fim de sustentar as idéias expressas por Belisário Penna e Leal Ferreira, conforme a hipótese apresentada por Nísia Trindade Lima e Gilberto Hochman, o movimento pelo saneamento teve um importante papel na reconstrução da identidade nacional a partir da busca pela saúde como principal elemento da condição de ser brasileiro.²⁰⁷ Seriam, portanto, o governo e a doença os grandes culpados pelo abandono da população à sua própria sorte. As autoridades públicas são apontadas como as verdadeiras responsáveis pela situação vigente no interior do país. Sob outro ângulo de análise relativo à eugenia, a perspectiva médico-higienista da sociedade brasileira transformara-se numa questão da cultura e da política, compartilhada por diferentes intelectuais.

O pensamento da maioria desses intelectuais dizia respeito a uma cultura autêntica e genuína que se projetava nos estudos sobre o homem do interior, intimamente vinculada com a personagem que recebia os nomes de sertanejo, caboclo ou caipira. Acrescenta-se que a estes indivíduos foram atribuídos sentidos negativos e positivos, evidenciando desse modo a diversificação e a heterogeneidade dos discursos apresentados por políticos e intelectuais. Conforme Nísia Trindade Lima, as múltiplas figurações e representações relacionadas ao sertão e ao caboclo compõem os rastros para se encontrar as origens do pensamento social brasileiro e seu principal objeto de interpretação: a identidade

²⁰⁷ LIMA, Nísia Trindade & HOCHMAN, Gilberto. **op. cit.**, p. 495.

nacional.²⁰⁸ Era o resgate dos sertões e do sertanejo que se impunha como tarefa de construção da nação.

Por fim, mostrou-se neste capítulo os significados atribuídos ao homem do campo pela *Comissão de Prophylaxia Rural do Paraná*. As informações a respeito de seu modo de vida, condições sócio-econômicas e estado de saúde, baseadas na ciência eugênica, constituíram um vasto diagnóstico da vida de populações rurais. Conforme as descrições, esses indivíduos viviam precariamente em pequenos casebres, alimentavam-se e vestiam-se inadequadamente, conservavam hábitos pouco higiênicos e, devido ao isolamento, desconheciam qualquer sentimento de identidade nacional. Os princípios da eugenia e as questões associadas à identidade nacional tinham, portanto, o objetivo de contornar essa situação e transformá-los em agentes participantes da nação.

Portanto, o meio rural brasileiro constituiu importante objeto de discurso de intelectuais e médicos nas primeiras décadas do período republicano. Pela primeira vez, o campo e seus problemas sócio-econômicos, epidemiológicos, sanitários e educacionais foram expostos de maneira complexa e integral. O interior do Brasil foi explorado e diagnosticado por profissionais que expressaram lamentavelmente cenas até então desconhecidas pelas autoridades brasileiras. Os retratos em preto e branco, ao lado de dados estatísticos e das linhas que contam, pouco a pouco, as condições de vida da população do interior, expõe a indignação de agentes sociais que pretendiam reverter esse quadro.

No capítulo posterior serão analisadas as medidas sugeridas para findar as mazelas diagnosticadas, uma vez que a reforma sanitária e os procedimentos higiênicos apontaram caminhos a ser conduzidos. O esforço e a boa vontade também se faziam presentes no meio médico conforme o ânimo de muitos sanitaristas paranaenses, como Souza Araújo e Eduardo Leal Ferreira. Porém, poucas obras foram concretizadas uma vez que faltaram suficientes recursos financeiros provenientes da União e do Estado. Posto isto, dificuldades operacionais eram inevitáveis durante a excursão médica no campo. Ora escasseavam medicamentos, ora faltavam recursos para a implantação de obras sanitárias. Nessa direção, as dificuldades impostas por processos burocráticos, econômicos e administrativos, bem como a lenta organização de uma rigorosa política sanitária, contribuíram para a

²⁰⁸ LIMA, Nísia Trindade. *Um sertão chamado Brasil: intelectuais e representação geográfica da identidade nacional*. Rio de Janeiro: Revan/IUPERJ-UCAM. 1998. p. 18-30.

manutenção das condições descritas pelos médicos sobre as populações que viviam no meio rural.

**CAPÍTULO III: DA *URBS* MODERNA AOS SERTÕES ESQUECIDOS: UMA
MEDICALIZAÇÃO POSSÍVEL?**

Em 1918, num importante periódico veiculado em Curitiba, *Paraná Medico*, lê-se o seguinte depoimento do recém-formado médico, Dr. Eduardo Leal Ferreira:

Nós e os demais médicos deste serviço, quando em viagens pelo interior não nos cansamos de mostrar ao povo o grande mal que lhe traz a disseminação das fezes pelo sólo, sobretudo em redór das habitações. Fazemos esta campanha por meio de conferencias, de projecções luminosas, distribuição de folhetos, etc. Costumamos a pedir também aos professores publicos e particulares que nos ajudem nesta propaganda patriótica (...).²⁰⁹

Esse depoimento tem como título *Não esmorecer para não desmorecer*, lema atribuído a Oswaldo Cruz, cujo objetivo é chamar atenção da elite política e médica brasileira para a urgência da recuperação física e moral da população. A solução encontrada, como mostram as ações de Belisário Pena e Artur Neiva, indicava a significativa intervenção médica nos municípios do interior sustentada por medidas e procedimentos relativos à medicalização.

Posto que o período compreendido pelos anos de 1916 a 1930 foi marcado por um forte movimento sanitarista no meio rural da maioria das regiões brasileiras, é necessário analisar como se processou a atuação médica nestes espaços, identificando quais foram as práticas e os modelos de medicalização para sanar as endemias e epidemias que grassavam pelos municípios do interior. Preza-se por esta análise porque o aspecto ideológico das políticas sanitárias no meio rural não poder ser desvinculado das experiências médicas ocorridas de fato nas regiões sertanejas.

Na primeira parte deste capítulo serão analisados os aspectos educativos ensinados à população rural sob a forma de regras, normas e conselhos médicos. Percebe-se nessas ações o papel importante das propagandas profiláticas e do auxílio dos professores, destacando assim a importância da educação neste processo.

Um segundo aspecto analisado consiste nas medidas profiláticas relacionadas à intervenção médica no quadro urbano dos municípios do interior, com a construção de postos de saúde, farmácias e hospitais ao lado da realização de obras sanitárias e hidrográficas. Como será visto, a simples construção de fossas acarretou grandiosa mudança no que diz respeito à melhoria da saúde da população rural.

²⁰⁹ FERREIRA, Eduardo Leal. Saneamento do Brasil. In: *Paraná Medico*. Órgão da sociedade de Medicina do Paraná. Curitiba, 1918. p. 417.

Por último, será tratada a questão das atuações médicas referentes ao diagnóstico e à terapia indicada aos doentes, ambos imprescindíveis para o combate das principais endemias rurais. O diagnóstico compreende tanto os aspectos clínicos da doença quanto dados estatísticos relativos ao modo de vida do homem rural, ambiente em que vive, quadro sanitário, óbitos e as próprias endemias.

Todas estas questões serão analisadas sob a perspectiva da medicina que adquire um estatuto científico e político, sobretudo no final do século XIX. Científico porque o saber médico sobre a cidade e a população é elaborado nas faculdades e sociedades médicas. Político porque a presença do médico é justificada pela autoridade que intervém na vida social, decidindo, planejando e executando medidas atreladas também às decisões políticas.

Ao desempenhar tanto um papel político quanto terapêutico, as ações dos médicos no século XIX constituem um incipiente projeto de medicina social. Para Roberto Machado, a medicina social tem como objetivos gerais transformar o espaço para eliminar as causas da doença, abrangendo toda a sociedade e não somente os doentes, além de criar espaços terapêuticos e não espaços de exclusão.²¹⁰

Um dos enfoques desse estudo se sustenta na matriz foucaultiana que estabelece uma relação política entre saber médico e medidas sanitárias; a promoção da saúde da população requerida pelos grupos dirigentes e a formação de um processo de regulamentação do meio urbano e do indivíduo. Visto que nossa proposta é examinar a atuação médica quanto às questões relativas ao sanitarismo rural faz-se necessário discutir se este processo refere-se à medicalização da sociedade, conforme problematizada por Michel Foucault e utilizada como categoria analítica por tantos historiadores que têm como objeto de estudo a saúde e a sociedade. Todavia, não se trata de averiguar se houve, de fato, um efetivo processo de medicalização da sociedade nas regiões interioranas do Brasil nas primeiras décadas do século XX, mas sim problematizar os limites desta análise.

²¹⁰ MACHADO, Roberto. *Danação da Norma: medicina social e a constituição da psiquiatria no Brasil*. Rio de Janeiro: Graal, 1978. p. 38.

3.1 A atuação do SPRP nas campanhas profiláticas: educar e higienizar a população rural

Ao examinar as especificidades das práticas de medicalização no meio rural paranaense é necessário indagar se e como os médicos da *Comissão de Prophylaxia Rural do Paraná* (CPRP) atribuíam a si mesmos a função e responsabilidade de atuar e modificar as condições que propiciavam a ocorrência de epidemias e endemias, como a falta de conhecimento da população e as precárias instalações sanitárias.

Segundo o médico Leal Ferreira,

A nossa raça só caminhará para a degeneração se não corrermos em seu socorro, amparando-a contra as agressões de males que nós conhecemos em suas causas, em suas fontes de propagação, em seus meios seguros de prevenção, e que muitas vezes até podemos curar efficazmente.²¹¹

O "nosso povo", como salienta o médico sanitарista, "*continuará doente e sem forças se não houver apenas a única e necessária condição: o trabalho médico em momentos de grandes epidemias e endemias*".²¹²

Os próprios médicos da CPRP instituíaм para si a missão de curar através de tratamentos específicos, orientando determinados comportamentos higiênicos relativos ao bem-estar físico e moral da população rural. Conforme suas prescrições, apenas eles podiam receitar os remédios para cada doença e definir a dosagem correta segundo o grau da enfermidade que aflige a vida das pessoas. A par disso, a eles também incumbia a função de recomendar os conselhos higiênicos normalmente desconhecidos e alertar sobre os charlatões que tentam seduzir os doentes com suas crenças e ervas.

Como aponta Roberto Machado, o trabalho médico não pode ser exercido se não houver regulamentações que delimitem suas atribuições e funções.²¹³ Por isso, tendo como objetivo organizar e instituir o trabalho médico no meio rural paranaense foi criado, em 1918, o *Regulamento Sanitario Rural do Estado do Paraná*, cujas diretrizes determinavam as funções e atribuições médicas. Até o ano de 1930 alguns artigos desse regulamento

²¹¹ FERREIRA, Eduardo L. **op. cit.**, p. 416.

²¹² *Idem*, p. 416.

²¹³ MACHADO, Roberto. **op. cit.**, p. 18-29.

sofreram modificações conforme as transformações sanitárias ocorridas na maioria dos municípios paranaenses. Mas no ano de 1918, o regulamento caracterizava-se por um pequeno conjunto de artigos:

Art. 1º - O serviço de Prophylaxia Rural no Estado do Paraná tem por fim:

- a) a aplicação de medidas de hygiene geral que visem melhorar as condições de habitabilidade no littoral e nos campos;
- b) a diffusão de preceitos hygienicos, individuaes e collectivos, aproveitaveis á garantia sanitaria das populações ruraes, compreendendo a propaganda escolar pelos professores publicos, para isso preparados em cursos especiaes;
- c) a prophylaxia especifica das doenças endemicas e epidemicas nas zonas ruraes do Estado, na capital e demais cidades;
- d) a aplicação de medidas possiveis de engenharia sanitaria necessarias ao objectivo acima visado;
- e) a diffusão, no Estado, dos medicamentos necessarios ao combate ás grandes endemias e de sôros e vaccinas destinados a prevenir o homem e os animaes contra infecções.²¹⁴

Por conseguinte, a observação das condições sanitárias e do comportamento do habitante rural paranaense permitiu à CPRP a visão de uma realidade bem diferente daquela tão almejada e esperada. O médico Souza Araújo alegava que

Não há nenhuma zona do Estado que a gente visite, seja no littoral, seja nos campos, nos sertões ou no Baixo Paraná, em que não se encontre o povo dominado pelo mau habito de não fazer uso de latrinas. E o abuso vae mais longe: além da contaminação do sólo pela disseminação das fezes, notámos nalgumas cidades dos campos, nas colonias e mesmo nos arredores desta capital, o habito de conservarem em reservatorios especiaes – gavetas ou barris – as fezes humanas para com ellas adubarem os canteiros das suas hortas, infestando hervas e fructos que se comem crús, taes como a alface, o agrião, os morangos etc. que é um verdadeiro crime contra a saude publica.²¹⁵

A denúncia e a preocupação com essa situação constituem boa parte do discurso médico presente no caderno de viagens publicado em 1919 pelo Dr. Heráclides Cesar Souza Araújo, denominado *A Prophylaxia Rural no Estado do Paraná*. E o que fazer para contornar esse quadro sanitário considerado como um verdadeiro crime contra a saúde pública? A resposta oferecida pela comunidade médica incide na normatização e disciplinarização do indivíduo, tanto em seus aspectos físicos quanto morais.

²¹⁴ ARAÚJO, Heraclides C. de Souza. *Prophylaxia Rural no Estado do Paraná*: Esboço de geographia medica. Livraria Economica: Curityba, 1919. p. 29.

²¹⁵ *Idem*, p. 78.

Nas grandes cidades, o desejo do controle da sociedade pelo Estado sob o discurso normalizador da regularização do cotidiano familiar se concretizou sobretudo pela prática médica. As micro-estratégias e as múltiplas técnicas normalizadoras que configuraram o cotidiano da família, demarcaram e exibiram figuras representativas da anti-norma. Foi assim que “(...) *o controle educativo terapêutico de regulação política da vida dos indivíduos, que, até hoje, vem se mostrando eficiente*”.²¹⁶

Os conselhos e normas vinculados à higiene caracterizavam-se como um micro-poder correspondente aos hábitos cotidianos do cuidado com o corpo, sexo e relações afetivas. Isso significa também que as práticas higienizadoras não propunham amedrontar a população com armas jurídicas e policiais. Ao contrário, tratava-se de mostrar à família, principalmente à mãe, os ganhos e benefícios que poderiam ser extraídos da prática de sujeição ao médico e suas prescrições.²¹⁷

Ao médico não competia somente a função clínica e terapêutica. Era sua atribuição desenvolver estratégias higiênicas almejando a saúde da população. A prevenção contra a promiscuidade e a decadência da vida social acabou se tornando o suporte para justificar a sua atuação nos espaços urbanos, cumprindo o papel de vigilante da sociedade e controlador de hábitos e comportamentos. Enfim, o médico começa a extrapolar os limites de sua função de apenas curar indivíduos, passando a disputar as instâncias do controle social.

Nesse sentido, a novidade decorrente do surgimento da clínica médica em fins do século XVIII e início do XIX, conforme Michel Foucault, é o estabelecimento de uma definição do homem não doente, isto é, do homem saudável, que se traduz no homem modelo e normatizado.²¹⁸ Nesse ponto, a educação higiênica constituiu a mola propulsora de todo o encaminhamento dado aos propósitos normatizadores.

A higiene pretendia alcançar um domínio total quer do homem em todas as suas dimensões individuais e sociais, quer do meio em que ele estaria inserido. Os manuais de higiene eram claros nesse aspecto e procuraram sistematizar questões referentes à higiene pública e à higiene do indivíduo. Porém, devemos ressaltar que o processo de normatização

²¹⁶ COSTA, Jurandir Freire. *Ordem Médica e Norma Familiar*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1989. p. 16.

²¹⁷ *Idem*, p. 32.

²¹⁸ FOUCAULT, Michel. *O nascimento da Clínica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2003. p. 30-34.

do indivíduo extrapola o campo biológico, pois, ao lado das posturas fiscais, caminham as condutas morais que cada um deveria seguir.

No meio científico da época, a higiene também era considerada uma parte muito importante da medicina. “*E há quem considere a Higiene uma mania*”, desabafa Dr. Teodoro Bayma num capítulo de seu estudo sobre a epidemia de tifo em Curitiba.²¹⁹ Mas em muitas cidades brasileiras, no final do século XIX e nas primeiras décadas do século XX, os discursos do saber, que envolviam médicos, educadores e intelectuais, proclamaram a defesa de um projeto de normatização que, em nome da ciência, do progresso e da Pátria, ditaram aos indivíduos padrões comportamentais, visando estabilizá-los na instituição familiar. É nesse aspecto que seus corpos se tornaram algo a ser controlado, medicalizado, examinado e disciplinado pelo saber.

Ao se referenciar sobre a medicina social, Robert Castel elucida a ampliação e o envolvimento do movimento higienista com os programas destinados ao cuidado com o corpo e a mente da população francesa durante o período pós-revolucionário. Nessa direção, ao controlar as influências do meio através do saber e da educação, o homem conseguiria programar para si uma existência mais sensata e racional, constituindo um modo de vida produtivo para sua pátria.²²⁰

Em Curitiba, como nas demais capitais brasileiras, no período que compreende os anos entre 1910 e 1930, floresceram os discursos médicos referentes à saúde e aos cuidados relacionados à infância, aleitamento materno, educação sexual na adolescência e especialmente profilaxia de doenças epidêmicas.²²¹ No meio rural, os temas expostos nas conferências realizadas para a população se diferenciavam uma vez que os médicos destacavam rigorosamente a importância do uso de instalações sanitárias, o uso de calçados, a substituição de casas de pau-a-pique por alvenaria e o hábito corrente de lavar as mãos antes das refeições.

Nessa perspectiva, é possível entender a atuação médica no meio rural paranaense através da educação e a normatização do indivíduo garantidas pelos métodos profiláticos. A

²¹⁹ BAYMA, Theodoro. *A Febre Typhoide no Paraná*. Curitiba: Typ. da Penitenciária do Estado, 1918. p. 18.

²²⁰ CASTEL, Robert. “A primeira medicina social”. In: *A ordem psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo*. Graal: Rio de Janeiro, 1978. p. 131.

²²¹ MEZZOMO, Diva C. Ribas. *Médicos e educadores: a disciplinarização da família curitibana (1890-1930)*. Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação em História do Setor de Ciências Humanas, Letras e Artes da Universidade Federal do Paraná, 1990. p. 41.

resposta do Dr. Souza Araújo às doenças endêmicas do meio rural e a falta de saneamento e higiene é pertinente para uma discussão sobre a importância da norma e do seu inculcamento, e não somente de leis, para a resolução da questão apontada:

Por tudo isso temos procurado inculcar no espírito dos caboclos, sobretudo das crianças das escolas rurais, que pelo mau costume que elles têm de defecar na superficie da terra e por toda a parte, os individuos infectados vão espalhando no sólo os ovos dos ancylostomos e das lombrigas, que ahi se desenvolvem exactamente porque ficam as fezes a descoberto, e dão logar a larvas que atravessando a pelle dos individuos que andam descalços ou daquelles que lidam na terra, podendo tambem ser engulidas, com a agua e alimentos, vão ter aos intestinos onde se desenvolvem, se multiplica e expoliam o individuo do seu precioso sangue, dando-lhe em troca um veneno terrivel.²²²

Mediante esse discurso, as recomendações higiênicas propunham técnicas de intervenção na vida privada familiar. Salienta-se que os médicos reforçavam a falta e a culpa do homem rural, insistindo em afirmar que o faltoso era irresponsável. O estigma da incompetência e do desconhecimento é o que lhes permitiram criar um tipo de dominação sobre a conduta com o próprio corpo das pessoas do interior.

A norma caberia bem nesse momento. Ela se cristalizaria nas palavras médicas dirigidas ao habitante rural, sobre o que este deveria fazer com seu corpo, comportamento e higiene. A lei não obteria os mesmos resultados que a norma, pois sua existência não implica obediência. A norma, pelo contrário, atinge mais eficazmente a população tornando seu efeito mais presente no cotidiano sob as palavras do professor e do médico.

Ao abordar a profilaxia e prevenção, Dr. Leal Ferreira sugeria a construção de escolas no meio rural a fim de explicar

aos filhos do nosso sertanejo noções simples que evitam males ruinosos. O que o medico não consegue ensinar pela acção ou pela persuasão, o livro o fará, inculcando nesses cerebros que ainda não adormeceram, as regras tão faceis tão assimilaveis, da vida vigiada, defendida e victoriosa pela hygiene”.²²³

Uma vez que a presença dos médicos da CPRP não foi permanente, pelo contrário, suas ações foram itinerantes e relativamente rápidas, nada melhor que a escola, com o

²²² SOUZA ARAÚJO, Heráclides. *op. cit.*, p. 63.

²²³ FERREIRA, Eduardo Leal. *op. cit.*, p. 417.

auxílio do professor e dos livros, para ensinar ao sertanejo aquilo que não foi apreendido pela linguagem médica:

Demos o braço ao mestre-escola moderno, sem carrancismo e sem palmatoria e utilizemos sua dedicação, senhores economistas, num combate decisivo á indolencia pathologica que vae solapando sorrateiramente a resistencia tradicional do nosso caipira, do nosso tabaré, do nosso caboclo, do habitante dos nossos sitios e das nossas fazendas.

Instrucção ao serviço da hygiene e ao caminho do civismo.

Um povo que sabe ler e que sabe dar apreço á sua saude, é tambem um povo que saberá amar sua Patria acima de todas as coisas.²²⁴

Para os médicos, somente pela educação do sertanejo é possível convencê-lo de que o maior mal que ele pode fazer a si mesmo, aos seus parentes e vizinhos é permitir que ao redor de sua habitação, na horta e no pomar, as fezes humanas sejam espalhadas. Enfim, essa norma era imprescindível “*para a extinção da ancylostomose entre nós*”.²²⁵

A mesma opinião prevalece no estudo realizado pelo médico Eurico Branco Ribeiro sobre o estado sanitário de Guarapuava. Em 1929, o médico reclama sobre a dificuldade de acesso à educação básica, fato que impede a população de conhecer as normas higiênicas.

Em edificios adequados, com favoravel illuminação, material escolar conveniente, installações sanitarias de boa qualidade e em desembaraçado funcionamento – em taes condições de local pode-se obrigar as creanças a seguir um programma compativel com a sua idade e capacidade intellectual e forçal-as a praticar actos hygienicos com os quaes se familiarizem para bem da saúde e normal desenvolvimento de seu organismo.²²⁶

A intenção do médico ao destacar a precariedade das instalações de ensino é chamar atenção dos diretores das escolas e dos dirigentes municipais para a importância da educação em geral e da educação higiênica em particular. Torna-se corrente no discurso médico a atenção às normas higiênicas que deveriam ser ensinadas às crianças que, por sua vez, passariam o aprendizado adquirido para sua família e conseqüentemente à comunidade da qual faziam parte. Ao professor, portanto, caberia o ensinamento e a fiscalização dos hábitos higiênicos de seus alunos.

²²⁴ *Idem*, p. 417.

²²⁵ *Idem*, p. 418.

²²⁶ RIBEIRO, Eurico Branco. *O coração do Paraná*. Estudo sanitario apresentado á cadeira de Hygiene da Faculdade de Medicina de São Paulo. São Paulo Editora LTDA, 1929. p. 100.

O professor aprimorará o ensino de hygiene, instituirá a revista periodica dos alumnos, aperfeiçoará os seus habitos sanitarios, organizará competições relativas ao assumpto, creará a "caderneta de hygiene individual", etc.

O poder publico fará lei sobre as condições sanitarias dos predios, inspeccionará o seu asseio, manterá um serviço médico escolar bem conduzido, obrigará os estabelecimentos ás reformas necessarias, etc.

E assim pode-se-á fazer em Guarapuava o de que ainda não se cogitou: a hygiene escolar.²²⁷

A propaganda higiênica também constituiu uma forma de alerta à população sobre os males da contaminação e da precariedade de um sistema de saneamento. Portadores da verdade científica, os higienistas da época utilizaram a propaganda para reivindicar para si o papel de orientadores dos indivíduos, procurando enquadrá-los em padrões higiênicos normalizados. Em virtude da importância da propaganda para a realização da profilaxia rural, um dos itens inerentes ao artigo nº 31 do *Regulamento da Directoria Geral de Saúde Publica do Estado do Paraná* alerta que

h) Compete, ainda, ao Posto de Prophylaxia Rural, desenvolver intensa PROPAGANDA E EDUCAÇÃO SANITARIA, na zona que superintende, por meio de conferencias, conselhos e boletins distribuidos ou affixados por toda a parte.

Art. nº 62:

A Directoria de Prophylaxia Rural promoverá todos os trabalhos de propaganda relativos á prophylaxia anti-paludica, e, de modo official, por meio de folhetos, anuncios, projecções, conferencias e quaesquer outros processos convicentes tornará conhecidas as vantagens da quinina para uso preventivo e curativo.²²⁸

Exemplo disso foram os conselhos dados à população paranaense na época da epidemia de gripe espanhola que dizimou milhares de pessoas nas cidades brasileiras em 1918. A revista *Paraná Médico*, em uma seção voltada à Educação Hygiênica, dedicou um artigo relativo às normas e regras que o indivíduo deveria obedecer para prevenir um possível contágio.

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E NEGOCIOS INTERIORES
SERVIÇO DE PROPHYLAXIA RURAL
COMBATE Á GRIPPE

²²⁷ *Idem*, p. 101.

²²⁸ *Regulamento da Directoria Geral de Saude Publica*. Estado do Parana. Typ. d'A Republica, 1930. p. 14-21.

Conselhos á população paranaense: - É impossível impedir a propagação da epidemia de gripe, por não existir um preventivo seguro capaz de evitar a infecção.

- Aconselhamos, comtudo, o seguinte: Tranquilidade e confiança nas auctoridades sanitarias. Não fazer visitas e evitar o contácto com os doentes de gripe, porque o contagio é directo, de individuo doente a individuo são. Evitar a fadiga ou excessos physicos.

Fazer refeições leves e as horas certas e dormir tempo sufficiente.

Tomar laxante cada 4 dias, afim de trazer o tubo digestivo sempre desembaraçado.

Fugir das aglomerações, sobre tudo á noite.

Evitar o uso de bebidas alcoolicas.

Para lavar a bocca e gargarejar é excelente a agua com um pouco de tintura de iodo.

Quanto á desinfecção, basta passar um panno molhado em agua com creolina pelo assoalho da casa do doente, e deseinfectar o seu escarro, tambem com creolina.

(...)

Dessa maneira, o médico não é apenas um estudioso que possui técnica, conhece os grandes tratados, observa e, portanto, detém o saber. É também uma autoridade que intervém, executa, planeja, fiscaliza e pune. Intervir na sociedade é policiar tudo aquilo que pode ser causador de doença e sobretudo alertar a população para a necessidade de evitar componentes de características contagiosas.

Estes conselhos não foram divulgados somente nessa revista acadêmica. Por ordem do Ministério da Justiça e Negócios Interiores, o texto escrito por Souza Araújo, *Combate á Gripe*, foi publicado nos meses de outubro e novembro de 1918 nos jornais *A Republica*, *Diario da Tarde* e *Commercio do Parana*. Há de salientar que as prescrições do médico foram entregues à imprensa com o caráter de recomendações oficiais da repartição dependente do Ministério da Justiça.²²⁹

Apesar dos esforços empreendidos pelos médicos-higienistas em interromper a epidemia de gripe, tanto o litoral quanto o norte do Estado foram tomados pela doença. Em Jaguariaíva o médico Gomes de Faria iniciou a campanha contra a gripe em novembro, encontrando muitos doentes em “*estado melindroso e a pharmacia local completamente desprovida de medicamentos*”.²³⁰ Além das visitas domiciliares e da distribuição de remédios em postos de saúde, Dr. Gomes Faria também realizou campanhas voltadas à propaganda de profilaxia na cidade com o auxílio de enfermeiros e professores. Sobre seu trabalho, o médico observa que a maioria dos habitantes obedeceu, atendendo seus pedidos.

²²⁹ Liane Maria Bertucci observa que a ocorrência da gripe espanhola acarretou alguns percursos do "discurso e do fazer (social) dos médicos, em seu diálogo com a sociedade de São Paulo (...). Em suas atuações, a comunidade médica empreendeu frases lapidares na tentativa de conscientizar a população da importância da prevenção por meio da propaganda. In: BERTUCCI, Liane Maria. *Influenza, a medicina enferma*. Ciência e práticas de cura na época da gripe espanhola em São Paulo. São Paulo: Editora da Unicamp, 2004. p. 28.

²³⁰ In: SOUZA ARAUJO, Heráclides C. **op. cit.**, p. 123.

Sobre o modo como agi, bem é de ver que não fiz tudo. Mas o que minhas forças permitiram bastaram para que a população se mostrasse, como se mostra, assáz reconhecida ao nosso Serviço.

Convem entretanto notar, todas as faculdades me foram concedidas em Jaguariahyva e todo o prestígio. Todos os meus conselhos, todos os pedidos, foram prontamente satisfeitos.²³¹

Em época de epidemia a propaganda auxiliou a atuação dos higienistas em controlar o contágio de doenças perigosas. Uma vez que a medicina social é basicamente preventiva, no momento em que se pensa em prevenção e se organizam dispositivos para realizá-la, a medicina alerta as causas da doença por meio dos conselhos, recomendações e propagandas. Concretiza-se, dessa maneira, a intervenção médica, cujo desempenho visa não somente a cura de um paciente depois que foi atingido pela doença, mas dificultar ou mesmo impedir que esta doença apareça novamente.²³²

Por outro lado, os serviços de propaganda e educação higiênica propalados durante a campanha chefiada pelo Dr. João de Barros Barreto em 1922 foram prejudicados pela falta de uma organização que lhes oferecessem uniformidade e amplitudes indispensáveis. Queixa-se o médico que a Diretoria do Saneamento do Paraná não facilitou a entrada de recursos financeiros para a propaganda escrita e cinematográfica, principais meios de divulgação das normas higiênicas.

Não nos é possível desviar de uma verba restrita, esgotada na manutenção dos serviços instalados, as grandes quantias necessarias para dar á propaganda o vulto que exige esse poderosissimo recurso de campanha.²³³

Apesar da escassez das verbas estaduais e federais destinadas ao *Serviço de Prophylaxia Rural do Paraná*, uma pequena parte mantinha a circulação da revista *Archivos Paranaenses de Medicina*. Uma de suas seções, intitulada *Educação Hygienica*, era destinada aos professores municipais do Estado que transmitiriam os conhecimentos apreendidos aos alunos da área urbana e rural.

Ao lado da propaganda escrita, fazia-se necessário para a efetivação dos ensinamentos higiênicos, as inúmeras séries de conferências e palestras elaboradas pelos

²³¹ *Idem*, p. 124.

²³² MACHADO, Roberto. *op. cit.*, p. 248.

²³³ BARRETO, João de Barros. *Serviços de Saneamento e Prophylaxia no Parana, em 1922*. Curitiba: Empreza Graphica Paranaense, 1923. p. 76.

chefes de cada posto sanitário implantado nas zonas rurais. Segundo Dr. João de Barros Barreto, em 1922 houve 47 palestras realizadas nos municípios do litoral e do interior, cujos “*conselhos foram na insistencia levados a domicilio em domicilio pelo pessoal em serviço systematico*”.²³⁴

Em Paranaguá, por exemplo, de março a setembro de 1918, foram realizadas por um médico da Fundação Rockefeller, 19 conferências com um total de 515 ouvintes. Mais que isso, em Morretes, de maio a outubro do mesmo ano, foram realizadas 21 conferências para 2.217 habitantes. A distribuição de folhetos ao final das palestras também constituiu uma forma importante de profilaxia, pois continha um resumo explicativo das doenças mais comuns no meio rural, os meios de evitá-las e os tratamentos disponíveis. Observa Souza Araújo que “*todos os que vão ás palestras higienicas sahem com noções geraes de tudo que se possa relacionar com os fins em mira pela nossa Comissão*”.²³⁵

O SPRP lançou mãos de todos os meios de propaganda como arma auxiliar da campanha sanitária que se iniciou no Estado em 1916. As conferências, por sua vez, atingiram modestamente um resultado animador, considerando o interesse que despertaram em assistentes como enfermeiros e professores, os quais se reuniram em prol da tarefa. Os médicos da comissão, em repetidas palestras, alertavam em linguagem simples a população rural sobre os riscos da falta de higiene no seu cotidiano. Faziam demonstrações dos vermes com o auxílio do microscópio e projeções cinematográficas, procurando gravar na mente de seus ouvintes os perigos que os cercavam e as delícias de uma vida sadia.

Nesse aspecto, a medicina, nesse momento, investe seu conhecimento sobre o indivíduo e a cidade, disputando assim um lugar entre as instâncias de controle da vida social. O médico compreende que ele deve corresponder a um poder capaz de elaborar as medidas necessárias à manutenção da saúde, o que implica um projeto de prevenção. Isto é, medidas e instrumentos profiláticos foram pensados e formulados para que houvesse a efetivação de ações contra a doença antes mesmo que ela pudesse aparecer .

O conhecimento torna-se imprescindível para o controle das doenças. No entanto, a profilaxia não dependia apenas da adequação do caboclo às normas médicas. Falta ainda um elemento importante no combate às endemias, qual seja, a realização de obras sanitárias que pudessem amparar as necessidades básicas de sobrevivência.

²³⁴ *Idem*, p. 77.

²³⁵ SOUZA ARAÚJO, Heráclides C. **op. cit.**, p. 157.

3.2 Instalações sanitárias, hospitalares e reformas no meio rural

Imbuídos por um comprometimento social, não só a profilaxia, balizada pela norma, constituía o discurso médico. A nova gestão da vida dos indivíduos através da atuação dos higienistas no espaço público brasileiro no final do século XIX e início do XX, foi direcionada tendo em vista o controle e a normatização dos seus atos em espaços como bairros, escolas, casas e fábricas. Os higienistas passaram a se ocupar “*com a medicalização da cidade, através da desinfecção dos lugares públicos, limpeza de terrenos baldios, drenagem de pântanos, alinhamento das ruas, a arborização das praças, etc*”.²³⁶

A existência de um projeto de desodorização do espaço urbano aos poucos se concretizava através de ações sistemáticas e permanentes ao logo das primeiras décadas do século XX. Esta preocupação decorria dos graves surtos epidêmicos que se alastravam pela cidade a partir dos bairros pobres, ameaçando invadir as casas dos indivíduos residentes nos bairros ricos.

A preocupação voltava-se para os menos favorecidos, posto que sua habitação caracterizava-se “*(...) pela ausência de esgotos e instalações sanitárias privativas; pela exalação de odores fétidos e miasmáticos gerados através da aglomeração perniciosa da população pobre em cubículos estreitos*”.²³⁷

A atuação na cidade, como afirma Margareth Rago, representada pela intervenção no que diz respeito ao planejamento urbano junto aos engenheiros, foi importante na medida em que prevaleceram suas determinações acerca da drenagem de pântanos, transferência de fábricas e de matadouros para longe do quadro urbano, canalização de rios e córregos.²³⁸

No meio rural, a perspectiva de mudanças não se diferenciava daquelas empreendidas nas cidades. Muitos médicos do SPRP perceberam a urgente e necessária

²³⁶ RAGO, Margareth. *Do Cabaré ao Lar: a utopia da cidade disciplinar, Brasil. 1892-1930*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1985. p.31.

²³⁷ *Idem*, p. 32.

²³⁸ *Idem*, p. 34.

reforma urbana pela qual deveriam passar os “pobres” e “atrasados” municípios do litoral e do norte paranaense.²³⁹ Apesar dos poucos recursos financeiros fornecidos pela União e pelo Estado, a aplicabilidade desta reforma se daria através da ampliação de serviços de saneamento, fornecimento de crédito agrícola e construção de farmácias, postos de saúde e estradas.

Posto isto, era necessária a criação de medidas legais para a execução das instalações sanitárias e reforma urbana. O decreto nº 779 do Regulamento Sanitário Rural de 1918, no capítulo dois em que trata da habitação, visa também à garantia da qualidade da água que abastece as cidades. Os primeiros passos destinados às pretendidas transformações nas vilas rurais foram dados conforme o planejamento e a execução de leis como esta.

Art. 30 – Nas habitações tanto isoladas como confluentes que não forem providas de rede de exgottos, será exigido o uso de fossas.

Art. 31 – As fossas serão protegidas por uma casinha de madeira ou de tijolos, hermeticamente fechadas, deixando apenas sobre o assento o orifício destinado à sua utilização, o qual será provido de tampa, à prova de moscas.

Art. 32 – As fossas não poderão receber materiais fecaes senão até dous terços do seu volume, quando deverão ser aterradas.

Art. 35 – é proibido o emprego de fezes humanas como adubo.

Art. 36 – É proibida a contaminação do sólo nos arredores das habitações, bem como nas vizinhanças dos cursos e collecções de aguas de abastecimento, pelas dejeccções humanas.

Art. 37 – Nas colonias ou villas ruraes, fabricas, eschololas, quarteis, asylos, fazendas e outros estabelecimentos agricolas, as latrinas serão, no minimo, na proporção de uma para 30 pessoas.

Art. 28 – As aguas servidas e escórias das industrias ruraes que possam polluir os cursos de agua, com servidões a jusante severão soffrer tratamento conveniente antes de serem lançadas nos ditos cursos, salvo casos especiais.²⁴⁰

Para a construção de fossas sépticas foram planejados modelos diferentes, uns destinados às cidades e outros às vilas rurais. Para os sanitaristas, as pesquisas científicas demonstraram que o uso dessas instalações sanitárias não era somente útil no combate de verminoses, como também à febre tifóide e outras doenças causadas pela falta de

²³⁹ Ver anexo nº 16.

²⁴⁰ Decreto nº 779 de 8 de outubro de 1918 do *Regulamento Sanitario Rural*. Estado do Parana. Typ. A Republica, 1918, p. 55.

higiene.²⁴¹ Nesse sentido, a fossa simples foi aconselhada pelos sanitaristas para ser empregada nas regiões rurais, “*para as habitações provisórias ou muito modestas e também para as roças*”.²⁴² Trata-se de uma latrina rústica e de baixo preço, modelo importado do Estado de Kentucky, nos Estados Unidos.²⁴³

Um dos municípios que mais se beneficiou com a vinda da comissão foi Guaraqueçaba. Antes da fundação do primeiro posto de profilaxia rural, não havia uma só latrina para a sua população. Havia apenas o “*matto, junto ás moitas de bananeiras e, pelos quintaes, lançavam-se os dejectos á flôr da terra*”.²⁴⁴ Após as primeiras medidas profiláticas, foram construídas cerca de 20 fossas para um conjunto de 28 casas, além de uma importante obra de abastecimento de água própria para o consumo.

Aliado à construção de fossas, foi necessária a aplicação de orientações à comunidade rural acerca do uso delas. O Departamento Nacional de Saúde Pública, solicitou do SPRP um comunicado destinado à população referente aos benefícios da higiene obtida com o uso das novas latrinas.

DEPARTAMENTO NACIONAL DE SAUDE PUBLICA
SERVIÇO DE SANEAMENTO E PROPHYLAXIA RURAL NO ESTADO DO
PARANÁ

O uso desta fossa livrará as pessoas de sua casa e os visinhos de uma porção de doenças perigosas.

Cuidados de que a gente nunca se deve esquecer:

o assento deve estar sempre limpo;

o caixão não deve ter buracos nem frestas;

a tampa só deve ser levantada quando uma pessoa fôr se servir da latrina;

Com tudo isso se conseguirá o asseio da latrina que deve merecer o mesmo que a sala de jantar e o quarto de dormir; não dará ella máo cheiro nem se encherá de mosquitos; e *tambem se evitará que o medico do Posto seja obrigado a multar o morador, o que acontecerá sempre que encontrar o assento sujo desconjuntado e a tampa fóra do lugar.*²⁴⁵

Como observa Alain Corbin, a tomada de consciência do perigo do excremento amontoado e envelhecido nas fossas e da insuficiente circulação de lixo pelos canais subterrâneos, se fez acompanhada pela ameaça da doença. Logo, a vontade de

²⁴¹ BAYMA, Theodoro. **op. cit.**, p. 17.

²⁴² SOUZA ARAÚJO, Heráclides C. **op. cit.**, p. 213.

²⁴³ Ver anexos nº 17 e 18.

²⁴⁴ BARRETO, João de Barros. **op. cit.**, p. 114.

²⁴⁵ *Idem*, p. 122.

“*revolucionar a limpeza de fossas constitui o elemento essencial da nova prática sanitária*” que teve seu início no século XVIII na França.²⁴⁶ Para Michel Foucault, a Medicina Social que tem como suporte a medicina urbana, incide seu olhar em tudo que é relativo às condições de existência do indivíduo como o ar, a água, a putrefações e os miasmas. Os sanitaristas passaram então a se preocupar com o controle da circulação da água, visando a organização de esgotos, canais, etc.²⁴⁷

A partir disso, surge o conceito de salubridade, definido como o estado das coisas, do meio e de seus elementos constitutivos que permitem a melhor saúde possível ao indivíduo. Salubridade, portanto, não se refere à saúde dos indivíduos e sim a "*um estado de coisas e do meio que afetam a saúde*".²⁴⁸ Correlativamente ao conceito de salubridade, aparece a noção de higiene pública que nada mais é do que uma "*técnica de controle e de modificação dos elementos materiais do meio que são suscetíveis de favorecer ou, ao contrário, prejudicar a saúde*".²⁴⁹

Nesse momento, com o advento da medicina social, o médico, até então limitado à relação com o doente, adquire poder sobre a cidade e sua infra-estrutura, tornando-se uma autoridade responsável pelo planejamento de obras sanitárias, localização de cemitérios e construção de hospitais. Outra função é fiscalizar o comportamento dos indivíduos e, se necessário, repreendê-los.

O saber médico que identifica o problema – ausência de latrinas e a conseqüente poluição de rios com materiais fecais – e o poder que inspeciona produzem uma intervenção sobre o espaço social. O objetivo é destruir ou transformar tudo o que é considerado causador da doença. Nesse sentido, a higiene mostra-se como o verdadeiro escudo na luta travada entre os executores do saber científico e as epidemias e endemias que dizimavam as pessoas. Noutra esfera em que a higiene e a medicina social atuaram foram nos asilos, sanatórios e hospitais.

Note-se que eram precárias as construções e a manutenção das casas hospitalares em algumas cidades do Paraná. A maioria delas era mantida graças à filantropia das

²⁴⁶ CORBIN, Alain. *Saberes e Odores: o olfato e o imaginário social nos séculos XVIII e XIX*. São Paulo: Cia das Letras, 1987. p. 20.

²⁴⁷ FOUCAULT, Michel. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 2004. p. 92-93.

²⁴⁸ *Idem*, p. 93.

²⁴⁹ *Idem*, p. 93.

irmandades religiosas e dos cidadãos beneméritos. O hospital de Curitiba, a Santa Casa de Misericórdia, subvencionado pelo Estado e cuidado pelas Irmãs de São José abrigava alienados e indivíduos com doenças contagiosas. Em outras cidades, como Antonina e Paranaguá, também havia Santas Casas e lazaretos. Todavia, suas instalações receberam críticas por serem mal ventiladas, com fendas na parede que favoreciam a entrada de mosquitos, além da falta de vidro nas janelas.²⁵⁰

Porém, em maio de 1918, o Ministro da Justiça Interior e Negócios, Dr. Urbano Santos autorizou a construção de um hospital regional destinado ao isolamento de doentes contagiosos e ao tratamento de doenças rurais no Paraná. O hospital foi construído em Colônia Mineira, situada na parte central do norte do Estado, região em que ocorreram epidemias de impaludismo.²⁵¹ Paralelo a isso, a escolha dessa região baseou-se na circunstância de alojar o importante terminal férreo Paranapanema e de ter a maior afluência de trabalhadores rurais da região norte.

Conforme o artigo 2º da portaria ministerial de 5 de junho de 1918, que reorganizou esse serviço, foi determinada a instalação de 30 leitos distribuídos na enfermaria e na sala de cirurgias. Havia ainda banheiros, um pavilhão protegido contra a entrada de mosquitos, um consultório médico, uma farmácia e uma sala de desinfecção e autópsia.

O exemplo seguiu adiante quando a prefeitura de Tomazina ofereceu ao SPRP uma edificação de madeira para alojar as instalações de uma enfermaria anexa ao posto sanitário da cidade.²⁵² Devido às grandes dificuldades de tratamento da população doente, os municípios do litoral também solicitaram ao Ministro da Justiça, Interior e Negócios providências para a construção de hospitais destinados ao isolamento de doentes contagiosos. Contudo, apenas as instalações dos postos sanitários puderam ser realizadas.

Quanto ao tratamento de convalescentes, para Foucault os modelos de medicalização empregados no Ocidente a partir do século XVIII consistiam na distribuição dos indivíduos uns ao lado dos outros, assim como isolá-los, individualizá-los, vigiá-los, constatar o estado de saúde de cada um e fixar, assim, a sociedade em um espaço

²⁵⁰ RONCAGLIO, Cynthia. Apontamentos para uma história da saúde: as fontes documentais do Paraná. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*. V 8, nº 01. Rio de Janeiro, mar/jun. 2001.

²⁵¹ Ver anexo nº 19.

²⁵² Ver anexo nº 20.

esquadrinhado, dividido, inspecionado, percorrido por um olhar permanente e controlado por um registro.

A idéia de uma assistência controlada e organizada no hospital sustenta mais uma vez a intervenção médica na promoção da saúde da população do interior. Constitui uma maneira de ajudar os mais pobres a satisfazer suas necessidades de saúde, já que sua pobreza não permite que o façam por si mesmos. Aliado a isso, o hospital passa a significar para os habitantes dos municípios paranaenses um lugar de cura e comprometimento com a saúde, indicando um lugar de confiança para aqueles que até então nunca tinham sido assistidos pelas políticas públicas.

A reforma urbana constituiu uma grande parte do projeto de sanear o meio rural e interromper as endemias que afetavam a vida de seus habitantes. Um bom exemplo para entendermos como os médicos da comissão percebiam a necessidade de se implantar uma reforma urbana, nos moldes do que já foi realizado nas capitais brasileiras no final do século XIX e início do XX, é o caso de Tomazina, município localizado no norte do Paraná.

Conforme os relatos do Dr. Souza Araújo, foram iniciados, sem indicação de término, os serviços de construção de latrinas, limpeza dos quintais, roçados, terrenos baldios e margens de rios. A intervenção médica se deu por conta das inúmeras intimações realizadas pela comissão aos habitantes e autoridades do município, cujo principal objetivo era a construção de fossas e latrinas em todas as casas. Espinhoso foi este objetivo, pois *“foi-nos tarefa difícil fazer a população cumprir as nossas intimações. Conseguimos fazer construir apenas 30 fossas novas e melhorar algumas das raras existentes”*.²⁵³

Já no município de Antonina a comissão pretendeu requisitar da prefeitura várias obras de saneamento visando diminuir os mosquitos e a malária. Porém, *“com grandes dificuldades está a nossa Comissão resolvendo a questão das instalações sanitarias. Em Antonina tem-nos sido ardua a tarefa de convencer os inumeros refractarios, a construirem latrinas. Falta-nos também recursos para prosseguir as instalações”*.²⁵⁴

Por outro lado, os resultados parecem um pouco melhores em Jaguariaíva. Nesta cidade, o prefeito Eurides Cunha, ordenou a realização de roçados nas margens do rio

²⁵³ SOUZA ARAÚJO, Heráclides C. **op. cit.**, p. 35.

²⁵⁴ *Idem*, p. 50.

Capivari e dessecar todos os brejos da cidade. Em certos pontos foi necessária a construção de aterros e canais para o escoamento das águas estagnadas.

Em Guaratuba e Guaraqueçaba também foram realizadas obras de hidrografia sanitária. O motivo era fazer com que a água circulasse de maneira salubre para amenizar sua potencialidade contaminadora. Desse modo, foi preciso ordenar o seu curso por canais e esgotos, sanear pântanos e abrir valas por onde se escoavam as águas que inundavam extensas áreas de terreno.

Esgotos, canais, ruas e casas são aspectos sociais que, como aponta Roberto Machado, "*quando não organizados pelo conhecimento médico em relação com os elementos naturais, são percebidos como ameaça constante à saúde dos cidadãos*".²⁵⁵ Paralelo a isso, os médicos da comissão aproveitaram a oportunidade cedida pelo prefeito para ampliar outras medidas de higiene pública, como a remoção dos chiqueiros existentes no perímetro da cidade, a limpeza de quintais e construção de latrinas.²⁵⁶

Devido à boa receptividade do prefeito de Jaguariaíva às intervenções da comissão sobre o espaço físico, esta cidade foi merecedora de alojar a sede do posto sanitário de profilaxia rural. Além de várias obras de saneamento realizadas, os sanitaristas "*conseguiram fazer que os proprietários construíssem 120 latrinas novas, reformassem muitas das existentes, demolissem e aterrassem as condenadas*".²⁵⁷ E nos demais municípios do Estado, como se processou a tão pretendida reforma urbana?

Brevemente iniciaremos o serviço de prophylaxia itinerante aos demais municípios do Norte do Estado, intimando a população a construir latrinas pelo menos nas cidades e villas. Neste anno intimámos todos os proprietarios de casas do Jatahy e S. Pedro de Alcantara em numero de 43, a construirem latrinas. Quando de lá sahimos em Maio já havia algumas dellas promptas, tendo sido a primeira mandada construir por nós para servir de typo.²⁵⁸

Em Morretes, o SPRP conseguiu construir 140 fossas simples, e o melhor, acompanhadas de "casinha". Em seguida, foram iniciadas mais 5 construções através do

²⁵⁵ MACHADO, Roberto. **op. cit.**, p. 262.

²⁵⁶ Ver anexos nº 17, 18 e 21..

²⁵⁷ SOUZA ARAÚJO, Heráclides C. **op. cit.**, p. 40.

²⁵⁸ *Idem*, p. 41.

fornecimento por algumas empresas particulares de tábuas para as tais “casinhas”, “em casa de gente pauperrima, e os demais proprietários, em numero de 36, estão intimados a executar esse melhoramento em suas habitações”.²⁵⁹

Segundo Dr. Souza Araújo, para estes resultados serem alcançados, foram necessárias pelo menos 400 visitas domiciliares em 187 casas do perímetro urbano além da necessidade de conferir multas a alguns rebeldes que não permitiam a visita médica. É possível perceber o tom autoritário das atuações médicas nestes espaços representado pelas intimações e multas aos indivíduos hostis às normas e ordens médicas.

Na cidade de Antonina vários contratemplos retardaram a construção das latrinas, tendo sido feitas, entretanto, mais de 100 e “há ainda mais de 150 intimações a cumprir. Só depois da imposição de algumas multas é que a população de Antonina tomou mais a serio esta importante questao das fossas”.²⁶⁰ As intimações percorreram, portanto, na maioria dos municípios paranaenses sendo que em cada um deles a atuação médica configurou-se de diferentes maneiras. Na cidade de Paranaguá

(...) cujo cadastro e planta já temos promptos e serão publicados mais tarde, o Dr. Abreu Sodré, nosso auxiliar, acompanhado do engenheiro municipal Dr. Costard e do nosso desenhista Snr. Wierzbowski, visitou todas as casas da zona da cidade servidas pelas rêdes de agua e exgotto. Registrou um total de 639 casas, das quaes 452 em condições hygienicas, tendo agua e exgotto; 116 só com agua encanada; 71 sem installações sanitarias; 25 casas em ruinas ou condemnadas. Foram feitas 187 intimações.²⁶¹

É possível perceber que a medicalização da sociedade, representada nesses casos sob a intervenção médica no meio urbano, caracterizou-se por um emaranhado de relações complexas e específicas. Se em alguns países europeus as condições de reforma urbana foram mais intensas e eficazes, aqui a falta de recursos financeiros dificultou em muito a concretização de importantes obras de saneamento. A queixa dos médicos incide também na morosidade do planejamento e operação da construção de latrinas e fossas. Se não bastasse isso, a falta de apoio de algumas autoridades, como os prefeitos, e dos próprios

²⁵⁹ Ao longo do relatório apresentado pelo Dr. Souza Araújo, percebemos a indicação de muitas empresas particulares, como as de erva mate por exemplo, no auxílio financeiro para a construção de obras de saneamento. Uma vez que os regulamentos e decretos atribuíam aos Estados e à União a responsabilidade da realização de campanhas sanitárias no meio rural, é importante notar que muitas empresas paranaenses participaram financeiramente deste projeto.

²⁶⁰ *Idem*, p. 44.

²⁶¹ *Idem*, p. 45.

habitantes dos municípios contribuíram para o impedimento de uma melhor efetivação dos serviços sanitários. Dessa maneira, nota-se como os condicionantes exteriores dificultavam o desempenho médico no meio rural e, portanto, colocavam limites à medicalização.

Em seguida, a fim de concluir a análise sobre as formas de intervenção médica no meio rural, serão destacadas as formas de conhecimento e o estudo das doenças endêmicas e os meios terapêuticos destinados para o combate das mesmas.

3.3 O olhar da razão: estatísticas, observações clínicas e práticas terapêuticas

A medicina social que se configurou no século XIX no Brasil é compreendida como um conjunto de recursos normalizadores constitutivos da modernidade e seus discursos seriam esforços de racionalização que estariam destinados a controlar os indivíduos e seus corpos. Nessa direção, Michel Foucault afirma que o *olhar médico*, no final do século XVIII, foi responsável por organizar uma linguagem racional sobre o seu objeto de atenção, a doença, criando a possibilidade de uma experiência clínica institucionalizada.

Através do novo estudo da anatomia patológica, emergente no século XIX, pode-se localizar, pelo olhar, a enfermidade no organismo. Sobre este período, Foucault afirma:

Época que marca a soberania do olhar, visto que no mesmo campo perceptivo, (...), a experiência lê, de uma só vez, as lesões visíveis do organismo e a coerência das formas patológicas; o mal se articula exatamente com o corpo e sua distribuição lógica se faz, desde o começo, por massas anatômicas.²⁶²

O conhecimento das doenças através do olhar constituirá o saber norteador da prática médica desde meados do século XVIII. Tal conhecimento tem como característica distinguir, localizar e classificar a doença. O olhar do médico dirige-se para onde a doença está, abstraindo o ser doente. Para Michel Foucault, enquanto campo de alojamento e desenvolvimento da doença, o enfermo tem sua importância limitada

²⁶² FOUCAULT, Michel. **op. cit.**, p. 145.

enquanto organismo doentio pois o que importa é unicamente a análise e o exame clínico da doença.

Por conseguinte, do olhar clínico à institucionalização da prática médica, Foucault se atém a uma análise mais ampla da atuação da medicina na sociedade: a Medicina Social. Assim, aliado ao nascimento da clínica, o século XIX verá emergir a Medicina Social, que estabelecerá práticas coletivas de saúde. Esta medicina produz “*um discurso natural sobre uma realidade social. Nesse momento o corpo do homem, seu sofrimento e sua morte são relacionados unicamente à doença*”.²⁶³

Para Foucault, a medicina moderna é uma medicina social que tem como objeto de estudo o olhar sobre o corpo social, em termos do somático e do biológico. Com o desenvolvimento do capitalismo em fins do século XVIII, houve um processo de socialização do corpo enquanto força de produção e de trabalho. É nesse aspecto que, para Foucault, o corpo tornou-se uma realidade biopolítica.²⁶⁴

Desde o final do século XVI e começo do século XVII algumas nações europeias como a França e a Inglaterra passaram a se preocupar com o estado de saúde de sua população. O desenvolvimento das políticas de saúde pública destas nações consistiu, entre outros aspectos, no estabelecimento de estatísticas de nascimento e mortalidade a fim de contabilizar a população e conhecer o seu estado de saúde em geral. Na Alemanha a compilação desses dados possibilitou o desenvolvimento de uma prática médica efetivamente centrada na melhoria do nível de saúde da população.

Os programas efetivos propostos na Alemanha pelos médicos Rau, Frank e Daniel entre 1750 e 1770, denominados *Medizinichepolizei* ou polícia médica, previam a observação dos diferentes fenômenos epidêmicos.²⁶⁵ Ao lado disso, ao médico era atribuída a função de realizar o esquadramento da saúde da população, verificar que tratamentos podiam ser dispensados, escolher a melhor forma de evitar uma doença epidêmica e, finalmente, emitir essas informações a uma administração superior. O médico, desempenhando um papel de administrador da saúde, aparece no momento em que há a

²⁶³ LUZ, Madel T. *Natural, racional, social. Razão médica e racionalidade científica moderna*. Rio de Janeiro: Campus, 1988. p. 26-33.

²⁶⁴ FOUCAULT, Michel. **op. cit.**, p. 144-146.

²⁶⁵ FOUCAULT, Michel. **op. cit.**, p. 83.

criação de funcionários nomeados pelo governo com responsabilidade sobre uma determinada região do Estado.

A polícia médica na Alemanha também foi abordada por George Rosen, cujos estudos apontam que no começo do século XVIII surgiram as primeiras idéias que relacionavam o bem estar do Estado com o bem estar da população. Rosen esclarece que para assegurar seu bem estar, o Estado passou a se preocupar com todas as múltiplas formas de gerenciamento da população, principalmente no que se refere à sua saúde. Devido a um caro objetivo para o Estado, aumentar a população, os problemas de saúde passaram a ser considerados por políticos e médicos quando estes pensam a prática de gerenciamento.²⁶⁶

Nesse sentido, a terceira forma de perceber os modelos médicos aplicados no interior do Paraná e que pareceu ser, até este momento, o mais efetivo, são os diagnósticos clínicos e os tratamentos dispensados. Tanto um quanto outro compuseram as formas de gerenciamento da saúde da população rural, a qual foi submetida a um olhar vigilante e esquadrihador.

As ações que antecederam as realizações dos diagnósticos e as recomendações terapêuticas caracterizavam-se por um complexo planejamento de tarefas a serem executadas. Isto é, reunidos em torno de um problema, qual seja, controlar a infestação de doenças rurais, os médicos pensaram as melhores propostas e procedimentos relativos à profilaxia e cura. Exemplo disso foi o acordo estabelecido no dia 18 de dezembro de 1918 entre o secretário do Interior do Estado do Paraná, Dr. Enéas Marques dos Santos, e o Dr. Lewis Wendell Hackett, diretor no Brasil do Conselho Sanitário da Fundação Rockefeller.²⁶⁷ O teor do acordo se relaciona com a profilaxia da ancilostomose no litoral do Estado.

1º O Conselho se compromete

A – A instalar em uma localidade do Estado escolhida de acordo com as partes contractantes, um posto prophylatico contra a Uncinariose, fornecendo os medicamentos e todo o material científico do referido posto, e pagando os salarios do pessoal e demais despesas do posto.

B – A realizar uma inspeção geral do estado para determinar a extensão e intensidade da infecção pela Uncinariose e seus efeitos sobre a saude e capacidade de trabalho da população.

²⁶⁶ ROSEN, George. *Da Polícia Médica à Medicina Social*. Rio de Janeiro: Graal, 1980. p. 81.

²⁶⁷ Sobre as atividades desenvolvidas no Brasil pela Fundação Rockefeller, ver p. 31-32.

C – A fornecer o material, medicamentos e pessoal e demais despesas do laboratório dessa inspecção.²⁶⁸

Com relação a uma das doenças mais avassaladoras do meio rural, o tratamento da ancilostomose mereceu destaque na legislação a fim esclarecer as ações que deveriam ser executadas para seu combate.

Art. 55 – Nas zonas em que for reconhecida a existencia da ancylostomose, serão observadas as seguintes regras em relação a esta doença.

- a) será determinado o indice parasitario pelo exame de fezes;
- b) será feita a cura medicamentosa, com a necessaria verificação microscopica;
- c) de modo geral será realizada a prophylaxia curativa independente do exame microscopico, orientado-se as autoridades pelo aspecto clinico dos infectados;
- d) nas zonas de elevado indice parasotario serão realizadas applicações medicamentosas, mesmo na ausencia de signaes clinicos apparentes, ao criterio da autoridade sanitaria.²⁶⁹

De maneira geral, todas as doenças endêmicas foram abordadas pelo Regulamento Sanitário do Paraná. A idéia era especificar as medidas de controle e profilaxia, indicando os tipos de medicamentos, quais doentes poderiam ser tratados, como as campanhas deveriam ser dirigidas entre outras normas. Evidencia-se dessa maneira a complexidade das ações tomadas pelo SPRP, desde os primeiros planejamentos até as efetivas realizações.

Quanto a estas, no dia 1º de outubro de 1918, foi instalado em Morretes o primeiro posto de saneamento rural da comissão. O posto instalado em prédio alugado pela comissão compreendia uma sala de espera para os doentes, um consultório, um banheiro e uma sala de microscopia.²⁷⁰ Posteriormente, a cidade foi, desde logo, dividida em quatro zonas e cada uma delas entregue a um guarda sanitário incumbido de fazer o recenseamento dos respectivos habitantes.²⁷¹

²⁶⁸ In: SOUZA ARAÚJO, Heráclides C. **op. cit.**, p. 220.

²⁶⁹ SOUZA ARAÚJO, Heráclides C. **op. cit.**, p. 219.

²⁷⁰ Ver anexo nº 22.

²⁷¹ Aqui vale uma nota sobre a função dos guardas sanitários. Quem seriam eles? De acordo com o *Regulamento Geral dos Postos Sanitários* – posto em execução em 1º de novembro de 1918 – competia ao guarda sanitário, entre outras funções, o levantamento do censo da população e das instalações sanitárias; coletar as fezes para os exames microscópicos; auxiliar o serviço de propaganda e levar às pessoas infectadas o medicamento designado pelo médico. Os requisitos necessários para qualquer indivíduo ocupar esta função eram: saber ler e escrever e, nas horas de serviço, deveriam apresentar-se "decentemente" vestidos.

De 2 a 24 de outubro foram examinadas clinicamente 404 pessoas, todas opiladas e em precário estado de saúde. Os exames bacteriológicos procedidos em todos estes enfermos revelaram o seguinte resultado: Ancilostomose 100%, Ascaridíase 100%, Trichocefalose 75% e Teníase 1,5%. Dessas 404 pessoas, 276 foram medicadas uma vez, 149 duas vezes e 13 três vezes conforme a gravidade da doença.²⁷²

No fim de outubro foi suspenso o serviço contra as verminoses para combater a gripe espanhola que assolava a maioria dos lares de Morretes. De 24 de outubro a 21 de dezembro foram examinados e tratados 1.212 gripados, dos quais 118 foram encaminhados para o hospital provisório fundado pela Comissão Local de Socorros, auxiliada pelo Estado, e entregue à direção dos médicos da CPRP. Terminada a epidemia de gripe foi fechado o hospital provisório que funcionava em uma escola pública.

Em outra localidade, na cidade de Antonina, no período em que funcionou o único posto de saúde instalado também em um prédio alugado, foram notificados 2.553 casos da gripe espanhola, entre os quais verificaram-se 146 óbitos, cujo dado equivale a 5,7% de mortalidade na população. A prefeitura de Antonina, auxiliada pelo Estado e algumas empresas particulares, fundou, no prédio que já havia sido um quartel da linha de tiro, um hospital para tratamento dos gripados, confiada sua direção aos médicos da comissão. Terminada a epidemia, o hospital provisório foi fechado, embora o prédio e seus poucos móveis tenham continuado à disposição dos médicos.

Nestas ações exemplificadas, podemos perceber algumas das propostas e práticas da atuação médica no meio rural diante de uma ocorrência epidemiológica. Em primeiro lugar, a instalação de postos sanitários para que o médico pudesse realizar seu trabalho clínico e laboratorial era imprescindível. Afinal, era impossível realizar a visita domiciliar a mais de 400 pessoas em pouco tempo, visto que o objetivo principal era encerrar de uma vez por todas os danos causados pelas endemias e epidemias.

²⁷² É importante ressaltar que os números encontrados podem gerar dúvidas em relação à sua veracidade. Devemos contar com os possíveis erros de análises microscópicas realizadas nessa época, os quais dificultavam o registro de dados precisos. Todavia, se compararmos as estatísticas provenientes de outras regiões brasileiras, realizadas por Belissário Pena, Artur Neiva e médicos da Fundação Rockefeller, poderemos perceber resultados equivalentes quanto ao estado de saúde da população sertaneja em geral: a maioria se encontrava doente, cujos índices de pessoas com verminoses variavam de 70 a 100%. **In:** FERREIRA, Eduardo Leal. **op. cit.**, p. 418-9.

Em segundo lugar, a criação de zonas no município e o recenseamento de habitantes saudáveis e doentes, realizados por guardas-sanitários, contemplariam a busca de informações relativas ao local da cidade em que há o maior foco de doenças, além de estabelecer índices de mortalidade e de saúde, ou melhor, a falta dela.

Por isso, o recenseamento, prática comum no trabalho dos médicos franceses, auxiliava na contagem dos indivíduos doentes com relação aos saudáveis e, assim, definia a porcentagem da população que estava sofrendo os males da epidemia ou endemia. Os dados estatísticos compilados seriam mais tarde entregues ao governo do Estado do Paraná e à União para que as autoridades pudessem ter uma visão contundente da realidade paranaense com relação à saúde.

Por conseguinte, as informações de alguns dados numéricos presentes na maioria dos relatórios médicos não foram contempladas aqui ao acaso. A intenção é evidenciar uma prática de gerenciamento da população quanto aos aspectos da saúde, da doença, dos óbitos, etc. A prática de elaboração de estatísticas não é novidade nesse contexto, posto que desde o início do século XIX o Estado brasileiro passou a se preocupar com os dados referentes à saúde da população.

Em outras palavras, a nova forma de poder sobre o corpo que Foucault denomina de *biopoder* tem como função gerar e controlar a vida da população em geral, dentro de uma multiplicidade espacial bem maior que os locais delimitados pelas fábricas, presídios e escolas.²⁷³ É o poder de administrar, controlar e formar as populações e que, em termos empíricos, é observado na educação pública, assistência social e saúde pública. Exemplo disso é a preocupação do Estado em elaborar estatísticas referentes a nascimentos, óbitos, índice de saúde, longevidade, além de todas as condições, sejam sociais ou ambientais, que possam variar estes dados. Organiza-se, pois, um poder sobre a vida da população através das disciplinas, dos exames, da norma e das regulações. Investe-se sobre a vida e, paralelamente a isso, a idéia de morte é excluída.

Nesse sentido, os dados estatísticos ampliaram-se nas primeiras décadas do século XX, pois passaram a constar nos relatórios médicos o número de pessoas doentes, tratadas, vacinadas e examinadas, aliado ao número de construções sanitárias realizadas como fossas

²⁷³ FOUCAULT, Michel. *História da sexualidade I: a vontade de saber*. Rio de Janeiro: Graal. p. 128-131.

e latrinas. Para respaldar esta prática uma das determinações do *Regulamento Sanitario do Estado do Paraná* de 1918 é:

Art. 10 – Os medicos do serviço de Prophylaxia Rural se incumbirão de organizar mappas da distribuição geographica das doenças, determinando o seu indice endemico para cada região do Estado, os quaes servirão de base para a imposição das medidas obrigatorias de prophylaxia e execução de outras medidas constantes deste regulamento.²⁷⁴

O relatório do Dr. Souza Araújo também oferece uma parte especial para revelar as estatísticas realizadas durante o período das visitas médicas aos sertões.

No curto periodo que vae de Janeiro a Agosto passado, a comissão de Prophylaxia Rural, auxiliada pela Comissão Rockefeller, recenseou no litoral deste Estado 27.522 pessoas, tendo realizado 18.576 primeiros exames de fézes para diagnostico das verminóses intestinaes, não contando os exames subsequentes para as vereficações de curas; deu 13.120 primeiros tratamentos contra as verminóses (portanto a 13.120 pessoas soffrendo de opilação), e fez um total de 31.806 tratamentos para o mesmo fim, dos quaes 7.340 pela Comissão Rockefeller e 24.466 pela nossa Comissão. Além disto a nossa comissão vaccinou contra a variola a 7.302 pessoas, curou 638 individuos impaludados, tratou mais de uma centena de syphiliticos e curou, no ultimo trimestre de 1918, a 6.536 grippados, no littoral, Capital e Norte do Estado. Sommadas todas essas parcelas, só a nossa Comissão curou a 16.712 doentes, não incluindo neste numero os frequentadores das nossas plyclinicas gratuitas.²⁷⁵

As fichas cadastrais auxiliavam os médicos no controle e organização dos atendimentos clínicos e dos processos terapêuticos. Muitos aspectos eram assinalados em tais documentos como: clima, tipo de solo, índice pluviométrico, recenseamento, visitas policiais, verificações de fossas, autos de multas, fiscalização dos serviços hidrográficos, vacinações, conferências e preleções, exames de hemoglobina e de fezes, medicamentos, consultas, receitas e curativos. Todas estas informações eram compiladas pelo chefe do posto para determinar o estado de saúde de cada grupo familiar visitado pela comissão. Note-se o caráter do poder sobre a vida da população através dos exames, regulações e imposições terapêuticas.

²⁷⁴ **In:** SOUZA ARAÚJO, Heráclides C. **op. cit.**, p. 25. Ver anexo nº 23.

²⁷⁵ *Idem*, p. 68.

Devido às observações médicas sobre os aspectos da geografia, geologia, hidrografia entre outros elementos naturais, é possível afirmar o entrelaçamento do natural e social no saber médico. As teorias médicas se baseavam no questionamento sobre o estado da sociedade, as populações e as raças, as estatísticas de saúde e doença, relacionando-os com o clima, solo e a qualidade da água. O homem é tematizado não apenas na sua individualidade, como também no meio em que vive. Se por um lado, as diversas características do clima, da atmosfera e do calor são responsáveis por determinadas doenças, por outro, reconhecia-se que o homem não é escravo das intempéries, não se limita a sofrer suas influências, pois tem o poder de modificar o meio em que vive.

Após o esquadramento da população e a instalação de postos de saúde os exames clínicos foram realizados. Não se tem notícia de como os 404 habitantes de Antonina foram convencidos de serem examinados, pela primeira vez, no posto de saúde em 22 dias. A medicamentação constituía-se à base de quinina, um dos principais remédios utilizados no combate às diferentes verminoses, fornecida diretamente pelo laboratório farmacêutico do Instituto Oswaldo Cruz.

Até aqui, nos deparamos com as duas principais atividades atribuídas ao exercício médico e que configura, até certo ponto, a medicalização da sociedade, isto é, o diagnóstico clínico e a receita de um tratamento que promoverá a cura. Por outro lado, se tomarmos como modelo os processos de medicalização apresentados por Foucault, como a construção de asilos, hospitais e clínicas, que pudessem promover um permanente, amplo e geral tratamento de doentes, podemos perceber a incipiente medicalização que ocorreu nestes municípios. Não há registro nos cadernos de viagem que houve construção permanente de hospitais ou clínicas, apenas postos de saúde itinerantes que foram fechados após a cura da maioria da população. Portanto, os exames clínicos e os tratamentos dispensados não tiveram caráter duradouro e permanente, pelo contrário, foram inseridos no interior paranaense em caráter emergencial para que as endemias fossem interrompidas o mais rápido possível.

Por isso, o Dr. Souza Araújo alertava que, embora fosse controlada a maioria das endemias que assolava a vida dos moradores de Morretes, esta cidade ainda

(...) tem necessidade de um hospital para tratamento dos doentes indigentes, qui são quase todos devido sobretudo a alta porcentagem de infecção verminotica. Os poderes dessa importante medida, que, entretanto, ainda não foi posta em pratica já há muito tempo por falta de autoriczação do Sr. Ministro da Justiça, a quem endereçámos as referidas petições do povo de Morretes.²⁷⁶

Diante de diversos procedimentos sanitários e higiênicos exercidos no meio rural, bem como as especificidades de cada município, é possível perceber um quadro não homogêneo do ponto de vista da melhoria da saúde da população. Isto é, a comissão adaptou seus conhecimentos médicos de acordo com as necessidades sanitárias e circunstâncias políticas apresentadas nos municípios do litoral e norte paranaense. E o próprio *Regulamento Sanitario Rural do Paraná* nos informa sobre esse aspecto no artigo 5º e 9º:

Art. 5º. Os trabalhos de prophylaxia rural serão realizados de accôrdo com o criterio das necessidades regionaes, sendo progressivamente tratadas as zonas do Estado de mais elevado indice em relação ás grandes endemias, de maior valor economico e mais densa população (...).

Art. 9º. Para a boa execução das medidas de prophylaxia sanitaria, todas as empresas importantes, taes como as estradas de ferro, as companhias carboniferas e industriaes de madeira, de matte, e de outros ramos de commercio e agricultura, com séde no Estado, desde que funcionem com mais de 100 trabalhadores, deverão manter serviço medico permanente para os seus empregados e operarios, e fornecer trimestralmente, á directoria do Serviço de Prophylaxia, informações amplas sobre o estado sanitario das mesmas.²⁷⁷

As campanhas sanitárias pelos sertões de muitas regiões brasileiras constituíram um movimento que se destacou sobretudo pelo seu caráter ideológico e político. Como Nísia Trindade Lima e Gilberto Hochman apontam, este movimento teve um papel central e prolongado na reconstrução da identidade nacional a partir da identificação da doença como elemento distintivo da condição de ser brasileiro.²⁷⁸ O debate de como inserir o caboclo

²⁷⁶ *Idem*, p. 54.

²⁷⁷ *Idem*, p. 27.

²⁷⁸ A descoberta da importância sociológica da doença foi incorporada por parte considerável daqueles que refletiram sobre o Brasil e sobre a identidade de ser brasileiro. A identificação da doença como o principal problema do país não o condenava à barbárie eterna mas, ao contrário, apontava os instrumentos para sua superação: a ciência médica e as políticas públicas de saúde e saneamento. **In:** LIMA, Nísia Trindade, HOCHMAN, Gilberto. “Pouca Saúde e Muita Saúde”: sanitarismo, interpretações do país e ciências sociais.

brasileiro na sociedade previa, acima de tudo, sua recuperação física que estava comprometida por doenças endêmicas. Os médicos tiveram, pois, grande importância nessa questão, visto que suas visitas e viagens às mais remotas regiões sertanejas resultaram em algumas melhorias para a saúde do homem do campo.

Contudo, como vimos, tais melhorias devem ser relativizadas. A atuação médica em alguns municípios paranaenses foi complexa e influenciada por fatores externos ao esforço e competência médica. Os próprios municípios revelam isso, uma vez que em determinados lugares o conhecimento médico pôde ser introduzido com maior eficácia, enquanto noutros, ora por falta de verbas, ora pela falta de colaboração, não houve a permissão para que um eficiente trabalho médico fosse efetivado. Como afirma Souza Araújo no *Paraná Médico* em 1919:

O serviço de prophylaxia rural ainda representa para nós uma tentativa e uma experimentação. Sua execução se nos apresenta extremamente cheia de dificuldade em virtude da grande extensão do nosso território, da quasi infinita diversidade das condições locais, onde temos de operar, e, finalmente, em face da exiguidade dos nossos recursos relativamente ao vulto grandioso da empresa.

No começo do novo anno, 1919, reencetámos com patriótico entusiasmo a espinhosa tarefa de sanear os sertões.²⁷⁹

Reitera-se mais uma vez que ao conceito de *medicalização da sociedade* devem ser atribuídos limites, descortinando especificidades locais como também refletir sobre aspectos comuns. Ou seja, as dimensões enunciadas por Foucault como "cuidar, controlar, curar" não devem ser entendidas como relações unidirecionais, imutáveis e verticais de poder, estabelecidas como sucessivos pares de subordinação hierárquica, como por exemplo, a relação médico/doente.

Importa ressaltar que a relevância política do movimento sanitário esteve justamente em seus aspectos ideológicos e não em suas realizações práticas, que não

In: HOCHMAN, Gilberto (org.). *Cuidar, Controlar, Curar*. Ensaio histórico sobre saúde e doenças na América Latina e Caribe. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004. p.495.

²⁷⁹ SOUZA ARAÚJO, Heráclides C. *Resumo do relatório de Souza Araújo*. **In:** *Paraná Médico*. Órgão da Sociedade de Medicina do Paraná. Anno III, num. 6, Curitiba, 19 de Janeiro de 1918. p. 499.

lograram completamente as endemias rurais. Mas, ainda que de pouco alcance e reduzida eficácia, a legislação e as políticas de saúde do período lançaram as bases para campanhas subsequentes e romperam a inércia ou a resistência das autoridades locais. Por fim, o diagnóstico médico sobre o Brasil e as soluções apontadas tiveram conseqüências que ultrapassaram o curto período histórico analisado, uma vez que movimento pela reforma da saúde pode ter seu impacto avaliado na reorganização dos serviços sanitários federais que se ampliaram ao longo dos anos 20 e, sobretudo, após 1930.

Considerações finais

Entre as décadas de 1910 e 1930, o saneamento nos sertões passou a fazer parte de um amplo debate médico e político mais conhecido como a “questão do saneamento rural”. Estavam em pauta as novas posturas médicas e governamentais em relação à saúde do homem do campo, cujo modo de vida era marcado pela pobreza, abandono e presença das doenças endêmicas. Em repetidas viagens realizadas em terras até então nunca visitadas por sanitaristas, constatou-se que nos municípios do interior faltava todo e qualquer tipo de assistência, como saneamento, educação e investimento nas habitações dos chamados caboclos e caipiras.

As primeiras expedições médicas coordenadas por Oswaldo Cruz e Belisário Pena em 1910, em Porto Velho, município que naquela época não passava de uma clareira aberta, alertaram aos dirigentes políticos e aos médicos que muita coisa deveria ser feita na área da saúde, especificamente no que se refere ao saneamento e controle das endemias. Por conseguinte, outras regiões interioranas receberam a visita das equipes médicas, cujos diagnósticos foram unânimes em apontar os mesmos problemas relativos à ausência do poder público em relação à saúde e educação.

As ações correspondentes à tentativa de organização de serviços nacionais e estaduais de saúde pública, cujas origens e motivações foram investigadas neste trabalho, indicaram o fortalecimento da importância da questão do saneamento nos sertões. Em âmbito federal, a fundação da Liga Pró-Saneamento (LPS), a criação do decreto nº 13.001 que fundou o *Serviço de Prophylaxia Rural* e a substituição do Departamento Geral de Saúde Pública (DGSP) pelo Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP) em 1919, indicaram a preocupação de políticos, intelectuais e médicos com a saúde dos habitantes do campo e com as conseqüências da falta dela para o desenvolvimento do país. Portanto, uma das justificativas para as ações sanitárias no interior dizia respeito à melhoria da saúde do trabalhador rural a fim de que sua operosidade rendesse frutos e riquezas para o país. Ora, uma vez que a principal base econômica da nação dependia da agricultura, era necessário,

entre outras coisas, garantir ao agricultor condições mínimas de saúde e saneamento para este pudesse realizar prosperamente seu trabalho.

No caso do Paraná, analisamos como sua participação na questão do saneamento rural foi importante no processo de identificação e avaliação dos problemas sanitários e até mesmo sociais inerentes ao campo. Nessa direção, em 1910, o governador do Estado Francisco Xavier da Silva, pronunciou em mensagem sua preocupação com a deficiência de médicos, equipamentos, postos de saúde, hospitais e obras de saneamento nos municípios do litoral. Este quadro permaneceu até o ano de 1915, período em que as primeiras expedições médicas realizadas nos municípios paranaenses puderam constatar uma realidade até então desconhecida por grande parte dos governadores do Estado. A partir dos primeiros contatos efetuados entre médicos-sanitaristas com a realidade do campo, a questão do saneamento no interior ganhou importante respaldo por médicos e governadores a ponto de garantir as primeiras páginas dos periódicos e relatórios médicos, bem como ser objeto da legislação estadual paranaense.

Com efeito, o Estado instituiu o *Serviço de Prophylaxia Rural do Paraná* (SPRP) em 1918 com o intuito de organizar unicamente os serviços destinados ao combate de endemias que “*difficultam o trabalho nos campos e concorrem para a inferioridade orgânica do homem*”.²⁸⁰ Inegavelmente o Estado não adentrou nesta campanha sozinho, posto que as ações efetivadas no campo dependeram dos acordos realizados com a União, dentre eles o compartilhamento de verbas destinadas à causa e o envio de médicos formados no Instituto Oswaldo Cruz ao Paraná. Como nos outros Estados brasileiros, os motivos que conduziram o governo paranaense investir no saneamento no interior foi a busca pela melhoria da saúde da população e, conseqüentemente, maior produção no trabalho agrícola.

Após as viagens empreendidas, os sanitaristas participantes da *Comissão de Prophylaxia Rural do Paraná* (CPRP), dentre eles Heráclides César Souza Araújo, Eduardo Leal Ferreira e João de Barros Barreto, promoveram um amplo debate acerca dos trabalhos realizados no campo. Todos eles produziram discursos referentes ao mal estar presenciado no interior, inserindo-os tanto nos relatórios oficiais dirigidos ao governo quanto nos

²⁸⁰ *Mensagem do Governo do Paraná, 1915. In: FERNANDES, Lindolfo. O Hospital Oswaldo Cruz e a Epidemiologia no Paraná. Secretaria da Saúde do Paraná. Casa da Memória da Saúde Pública. sem data. p. 20.*

periódicos destinados à comunidade científica. Em suas falas, entrelaçavam-se os dados técnicos relativos à mortalidade e ao índice endêmico com as frases poéticas, sublimes e angustiadas sobre as precárias condições de vida enfrentadas pelos habitantes das choupanas e casas de palha. Invariavelmente, a cena construída nestes textos revela um Brasil distante da idéia tão sonhada pelos dirigentes e intelectuais a respeito de um país permeado pela ordem, modernidade e pelo progresso. A contradição, portanto, foi diagnosticada para as elites brasileiras e a causa dela, de acordo com a comunidade médica, residia na falta de saneamento, hospitais, equipamentos e de agentes de saúde no campo.

Esses textos simultaneamente possibilitaram, além do alarmante índice endêmico, uma análise referente ao impacto do modo de vida da população rural. Médicos-sanitaristas e intelectuais descobriram nessa gente particularidades, finalidades, diferenças que precisavam ser conhecidas, explicadas e organizadas. A princípio, a categoria “caboclo” atribuída ao homem do campo foi freqüentemente utilizada pela CPRP. Apesar da população rural paranaense não ser constituída homogeneamente por caboclos, a expressão não foi utilizada de modo impróprio pela comunidade médica. Foi necessário investigar o porquê deste uso e verificar, finalmente, como os habitantes rurais foram observados, descritos e relatados.

Dessa maneira, os diversos grupos sociais residentes nos municípios do interior e do litoral, como os caboclos, imigrantes, indígenas e caiçaras configuraram o discurso sobre o “outro”. Os moradores do interior foram descritos no interior da universalidade de elementos característicos das comunidades tradicionais e rústicas, considerando, a partir desse aspecto, a deterioração da saúde pelas doenças, os aspectos lúdico-religiosos, a cultura de subsistência, a precariedade das habitações e a falta de educação escolar.

A inferioridade brasileira apontada nos relatórios e artigos, considerada um problema geral do país, era atribuída a uma vida bárbara, miserável e pouco assistida pelo poder público. É nesse contexto que as idéias eugênicas fomentaram importantes debates de como interromper a degeneração de todos os elementos que deveriam impulsionar o país, dentre eles a população miscigenada, doente e pobre. No que diz respeito à questão do saneamento rural, a eugenia indicava a ignorância, a doença, a falta de higiene e o álcool como sendo as principais causas do flagelo no interior. A solução encontrada, por

consequente, baseava-se na educação higiênica e moral para os chamados caboclos e caipiras.

Apesar desse quadro aparentemente destituído de modificações e esperanças, os médicos da CPRP descobriram, como muitos outros sanitaristas que desbravaram o interior do Brasil, uma finalidade e um destino inexorável para a população rural, representado pela intenção de que essas pessoas poderiam vir a ser cidadãos participativos e conscientes de seus compromissos com a nação. Em outras palavras, a intenção era difundir os serviços de saneamento e higiene a fim de garantir ao agricultor melhores condições de trabalho e responsabilidade com o país.

Além do aspecto da alteridade, os documentos analisados permitiram uma análise da atuação médica no espaço rural, amparada por medidas e procedimentos relativos à medicalização. O conjunto das anotações, relatórios, dados estatísticos e projetos sanitários conduziram a identificação de três práticas amplamente utilizadas para viabilizar o saneamento rural: as estratégias referentes à educação higiênica, a realização das reformas urbanas e sanitárias e a promoção de tratamentos dispensados para cada doença típica do meio rural.

Com muito esforço, as normas higiênicas foram ensinadas aos doentes, sob a forma de conselhos e propagandas sanitárias, de modo que aprendessem a corrigir seus hábitos e costumes. Segundo o depoimento dos médicos da CPRP, era difícil saber se a educação higiênica seria eficaz no combate das endemias; por isso a solução encontrada incidia na crença de que os professores pudessem garantir a continuidade dessa tarefa.

Ao lado da educação higiênica, outra medida muito cara aos sanitaristas consistia na realização de obras sanitárias, incluindo a instalações de fossas sépticas e latrinas e a canalização de rios para o escoamento da água. A construção de hospitais e postos de saúde também fazia parte do projeto, porém, como foi analisado, obstáculos políticos e financeiros impediram a efetuação dessas medidas. Não obstante, muitos dos aspectos que inviabilizaram a atuação médica no meio rural paranaense associaram-se geralmente aos fatores políticos, como a resistência de alguns prefeitos na efetivação de obras sanitárias, morosidade na conclusão de projetos e insuficiência de verbas destinadas ao pagamento de agentes ligados à saúde e à concretização de reformas sanitárias. Além disso, muitas vezes

a própria hostilidade por parte dos habitantes no que diz respeito à aceitação das normas higiênicas contribui para dificultar a medicalização da população.

Nesse sentido, não basta apenas identificar os procedimentos e práticas higiênicas conferidas ao meio rural com base no referencial teórico foucaultiano de medicalização da sociedade. É necessário, pois, discutir as especificidades locais, considerando as características políticas, culturais e sociais da região estudada, de modo a compreender como se processou o trabalho de pessoas envolvidas com a propagação da saúde. Os relatórios médicos, independente do ano em que foram redigidos, apresentam as mesmas queixas com relação à inércia política quando o assunto tratado refere-se ao envio de verbas para suprir as necessidades locais na questão da saúde. Enquanto isso, o abandono e a ausência do poder público ainda se encontravam cristalizados nestas regiões, onde o tempo, a vida e as pessoas configuraram um retrato em preto e branco, sem a luz e as cores da modernidade tão almejada pelos dirigentes brasileiros.

No início da introdução deste trabalho, não foi por menos que indicamos dados atuais sobre as condições sócio-econômicas das regiões rurais do Paraná. Conforme o IPARDES, apenas 35,8% de 199 municípios considerados rurais apresentavam algum tipo efetivo de prestação de serviços na área da saúde. Não podemos negar que nenhuma ação foi tomada desde a década de 1910, uma vez que o saneamento no meio rural nessa época deu início a muitos projetos realizados décadas depois. Por outro lado, possivelmente podemos afirmar que as justificativas apresentadas para definir este índice alarmante se inserem nas mesmas queixas apresentadas por Souza Araújo, João de Barros Barreto e Eduardo Leal Ferreira, quais sejam, o infindável descaso político das elites locais com aqueles que julgam ser irrelevantes e desnecessários para o país.

FONTES PRIMÁRIAS

Autor desconhecido. O caboclo, o saneamento e o imposto. **In:** *Boletim da Sociedade de Agricultura do Paraná.* Typ. A Republica, 1919.

AMORIM, J. Serviço de Prophylaxia Rural. **In:** *Paraná Médico.* Órgão da Sociedade de Medicina do Paraná. Curitiba, ano III, nº 6, 1918.

ARAUJO, Heráclides C. de Souza. *Combate á Gripe.* in: *Paraná Médico.* Órgão da Sociedade de Medicina do Paraná. Curitiba, 19 de Janeiro de 1919.

ARAÚJO, Heraclides C. de Souza. *Prophylaxia Rural no Estado do Paraná:* Esboço de geographia medica. Livraria Economica: Curityba, 1919.

ARAÚJO, Heráclides C Souza. *Resumo do relatório de Souza Araújo.* **In:** *Paraná Médico.* Órgão da Sociedade de Medicina do Paraná. Anno III, num. 6, Curitiba, 19 de Janeiro de 1918.

BARRETO, João de Barros. *Serviços de Saneamento e Prophylaxia no Parana, em 1922.* Curityba: Empreza Graphica Paranaense, 1923.

BAYMA, Theodoro. *A Febre Typhoide no Paraná.* Curitiba: Typ. da Penitenciaria do Estado, 1918.

BOHOMOLETZ, Miguel. Hospital S. Vicente de Paula: Relatório Médico, 1923-1924. **In:** *Paraná Médico.* Órgão da Sociedade de Medicina do Paraná, Curitiba, 1925.

CANDIDO, João. *A eugenia.* Conferencia pronunciada no Theatro Guayra a 25 de fevereiro de 1923, sob os auspicios do Centro de Letras do Paraná. Livraria Economica: Curityba, 1923.

Decreto Estadual nº 779. "Dispões da criação do Serviço de Prophylaxia Rural do Paraná". In: Decreto nº 779 de 8 de outubro de 1918 do *Regulamento Sanitario Rural.* Estado do Parana. Typ. A Republica, 1918.

FERREIRA, Eduardo Leal. Saneamento do Brasil. **In:** *Paraná Medico.* Órgão da sociedade de Medicina do Paraná. Curitiba, 1918.

GILDA, A. Nas regiões do Ivahy. **In:** FIGUEIRA, Alberico (org.). *Almanack dos Municipios.* nº 1. Curityba: Empreza Graphica Paranaense 1918.

GILDA, A. Viagem ao littoral. **In:** FIGUEIRA, Alberico (org.). *Almanack dos Municipios.* nº 1. Curityba: Empreza Graphica Paranaense 1918.

LUTZ, Adolpho; SOUZA ARAÚJO, Heráclides Cesar de & FONSECA, O. *Viagem científica no Rio Paraná e a Assuncion com volta a Buenos Aires, Montevideo e Rio Grande*. Rio de Janeiro: Manguinhos, 1918.

MACEDO, José de Azevedo. Serviço de Prophylaxia rural. **In:** *Paraná Médico*. Órgão da Sociedade de Medicina do Paraná. Curitiba, ano III, nº 6, 1918.

MUNHOZ, Alcides. *Observações geraes sobre o Estado do Paraná*. Publicação official para a Grande Feira annual do Districto Federal. Typ. A Republica, 1918.

OTERO, Gumerindo. Relatório sobre o impaludismo em São Jerônimo. **In:** BARRETO, João de Barros. *Serviços de Saneamento e Prophylaxia no Parana, em 1922*. Curityba: Empreza Graphica Paranaense, 1923.

PEREIRA, Alvaro Lobo Leite. Campanha contra a Grippe. Relatório de Dezembro de 1918. **In:** FERREIRA, Eduardo L. Leal. & MACEDO, José de Azevedo. Serviço de Prophylaxia rural. **In:** *Paraná Médico*. Órgão da Sociedade de Medicina do Paraná. Curitiba, ano III, nº 6, 1918.

Regulamento da Directoria Geral de Saude Publica. Estado do Parana. Typ. d'A Republica, 1930.

Regulamento Sanitario Rural. Estado do Parana. Typ. A Republica, 1918.

RIBEIRO, Eurico Branco. *O coração do Paraná*. Estudo sanitario apresentado á cadeira de Hygiene da Faculdade de Medicina de São Paulo. São Paulo Editora LTDA, 1929.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, Marta. & DANTES, Maria Amélia. O Serviço Sanitário de São Paulo, a Saúde Pública e a Microbiologia. **In:** DANTES, Maria Amélia (org). *Espaços da Ciência no Brasil (1800-1930)*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2001.

BERTUCCI, Liane Maria. *Influenza, a medicina enferma*. Ciência e práticas de cura na época da gripe espanhola em São Paulo. São Paulo: Editora da Unicamp, 2004.

CASTEL, Robert. *A ordem psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo*. Graal: Rio de Janeiro, 1978.

CANDIDO, Antonio. *Os parceiros do Rio Bonito: estudo sobre o caipira paulista e a transformação dos seus meios de vida*. 2 ed. Rio de Janeiro: Duas Cidades, 1971.

CORBIN, Alain. *Saberes e Odores: o olfato e o imaginário social nos séculos XVIII e XIX*. São Paulo: Cia das Letras, 1987.

COSTA, Jurandir Freire. *Ordem Médica e Norma Familiar*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1989.

DE BONI, Maria Ignês Mancini. *O espetáculo visto do alto. Vigilância e Punição em Curitiba*. Curitiba: Aos Quatro Ventos, 1998

DIEGUES, Antonio Carlos (org.). *Enciclopédia Caiçara: o olhar do pesquisador*. vol. 1. São Paulo: Editora Hucitec – NUPAUB-CEC/USP, 2004.

DURHAM, Eunice. As comunidades rurais tradicionais e a migração. **In:** *A dinâmica da cultura: ensaios de antropologia*. São Paulo: Cosacnaify, 2004.

ENGEL, Magali. *Meretrizes e Doutores. Saber Médico e Prostituição no Rio de Janeiro (1840-1890)*. São Paulo: Brasiliense, 1989.

FARIA, Lina Rodrigues de. Os primeiros anos da reforma sanitária no Brasil e a atuação da Fundação Rockefeller (1915-1920). *Physis. Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.5, n.1, p.109-127, 1995.

FERNANDES, Lindolfo. *O Hospital Oswaldo Cruz e a Epidemiologia no Paraná*. Secretaria da Saúde do Paraná. Casa da Memória da Saúde Pública. sem data.

_____. *Secretaria de Estado da Saúde do Paraná, 1853-1983*. Curitiba: Secretaria do Estado da Saúde do Paraná, 1988.

FIORIN, José Luiz. *Linguagem e ideologia*. São Paulo: Editora Ática, 2004.

FOUCAULT, Michel. *A ordem do Discurso*. São Paulo: Ed. Loyola, 1998;

_____. *História da sexualidade I: a vontade de saber*. Rio de Janeiro: Graal, 1998.

_____. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 2004.

_____. *O nascimento da Clínica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2003.

GRAÇA ARANHA, José Pereira. *Canaã*. São Paulo: Editora Ática, 2002.

HOCHMAN, Gilberto. *A Era do Saneamento*. As bases da política de saúde pública no Brasil. 1. ed. São Paulo: Hucitec/ANPOCS, 1998.

_____. SANTOS, Paula Xavier dos & ALVES, Fernando Pires. História, saúde e recursos humanos: análises e perspectivas. In: Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil. Estudos e Análises – Vol. 2.

_____. MELLO, Maria Teresa Bandeira de & SANTOS, Paulo Roberto Elian dos. Malaria in pictures: images from Brazil's Public Health campaigns in the first half of the Twentieth Century. *Hist. cienc. saude-Manguinhos*, 2002, vol.9.

_____. Regulando os efeitos da interdependência: sobre as relações entre saúde pública e construção do Estado (Brasil 1910-1930). *Estudos Históricos*, Rio de Janeiro, v.6, n. 11, pp.40-61, 1993

IPARDES. Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social. *Avaliação de impacto socioeconômico das comunidades rurais pobres: caracterização socioeconômica das comunidades* / Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social. – Curitiba: IPARDES, 2001.

LIMA, Nísia Trindade. *Um sertão chamado Brasil: intelectuais e representação geográfica da identidade nacional*. Rio de Janeiro: Revan/IUPERJ-UCAM, 1998.

_____. & BRITO, Nara. Salud y nación: Propuesta para el saneamiento rural. Un estudio de la revista Saúde (1918-1919). In: CUETO, Marcos (Ed.). *Salud, cultura y sociedad en América Latina: Nuevas perspectivas históricas*. Lima: IEP, Organización Panamericana de la Salud, 1996.

_____. & HOCHMAN, Gilberto. “Pouca Saúde e Muita Saúva”: sanitarismo, interpretações do país e ciências sociais. In: HOCHMAN, Gilberto (org.). *Cuidar, Controlar, Curar*. Ensaios históricos sobre saúde e doenças na América Latina e Caribe. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004.

LUZ, Madel T. *Natural, racional, social*. Razão médica e racionalidade científica moderna. Rio de Janeiro: Campus, 1988.

MACHADO, Roberto. *Danação da Norma: medicina social e a constituição da psiquiatria no Brasil*. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

MAI, Lilian Denise. Difusão dos ideários higienista e eugenista no Brasil. **In:** BOARINI, Maria Lúcia (org.). *Higiene e raça como projetos: higienismo e eugenismo no Brasil*. Maringá: Eduem, 2003.

MARQUES, Vera Regina Beltrão. *A medicalização da raça: médicos, educadores e discurso eugênico*. Campinas: Editora da Unicamp, 1994.

MARTINS, Ana Paula Vosne. *Visões do feminino: a medicina da mulher nos séculos XIX e XX*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2004.

MARTINS, Romário. *Quantos Somos e Quem Somos: dados para a história e a estatística do povoamento do Paraná*. Curitiba: Empresa Gráfica Paranaense, 1941.

MENDONÇA, Sonia Regina. *O ruralismo brasileiro (1888-1931)*. São Paulo: HUCITEC, 1997.

MENEZES, Claudino Luiz. *Desenvolvimento urbano e Meio Ambiente: a experiência de Curitiba*. 2ª ed. São Paulo: Papyrus, 2000.

MEZZOMO, Diva C. Ribas. *Médicos e educadores: a disciplinarização da família curitibana (1890-1930)*. Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação em História do Setor de Ciências Humanas, Letras e Artes da Universidade Federal do Paraná, 1990.

MORAES, Pedro Bodê de. O Jeca e a cozinheira: raça e racismo em Monteiro Lobato. **In** *Revista de Sociologia Política*. Curitiba: UFPR, 1997.

MOTA, André. *Quem é bom já nasce feito*. Sanitarismo e eugenia no Brasil. Rio de Janeiro: DP & A, 2003.

ORLANDI, Eni. *A linguagem e seu funcionamento*. São Paulo: Brasiliense, 1983.

ORTIZ, Renato. *Cultura brasileira e identidade nacional*. São Paulo: Brasiliense, 2003.

PAZ, Francisco Moraes. *Corpos disciplinados, corpos individualizados*. **In:** *História: Questões e Debates*. Curitiba, nº 11, Dez. 1985.

PEREIRA, Marco Aurélio Monteiro. A cidade de Curitiba no discurso de viajantes e cronistas do século XIX e início do século XX. **In:** *Revista de História Regional*, Ponta Grossa, v. 1., n. 1, 1996.

PEREIRA, J. B. Borges. A cultura negra: resistência de cultura à cultura de resistência. **In:** *Dédalo*, nº 23, 1984.

RAGO, Margareth. *Do Cabaré ao Lar: a utopia da cidade disciplinar, Brasil. 1892-1930*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1985.

REIS, Jayme D. *Das principais endemias e epidemias de Curitiba*. Tese apresentada à Cadeira de Hygiene da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro em 1898. Rio de Janeiro: Typ. Ribeiro, Macedo & C. – Rua da Quitanda n. 72, 1898.

RODRIGUES, Raimundo Nina. *Os africanos no Brasil*. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 2004.

RONCAGLIO, Cynthia. Apontamentos para uma história da saúde: as fontes documentais do Paraná. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*. V. 8, nº 01. Rio de Janeiro, mar/jun. 2001.

ROSEN, George. *Da Polícia Médica à Medicina Social*. Rio de Janeiro: Graal, 1980.

SANTOS, Luiz Antonio Castro. O Pensamento Sanitarista Na Primeira República: Uma Ideologia de Construção Nacional. **In:** *Dados - Revista de Ciências Sociais*, v. 28, n. 2, p. 193-210, 1985.

SANTOS, Nestor Vítor dos. *Terra do futuro*. Impressões do Paraná. 2 ed. Curitiba: Prefeitura Municipal de Curitiba, 1996.

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

SEVCENKO, Nicolau. *Literatura como missão: tensões sociais e criação cultural na Primeira República*. São Paulo: Companhia das Letras, 2003.

SILVA, Luiz Geraldo. Da terra ao mar: por uma etnografia histórica do mundo caiçara. **In:** DIEGUES, Antonio Carlos (org.). *Enciclopédia Caiçara: o olhar do pesquisador*. vol. 1 São Paulo: Editora Hucitec – Napaub-CEC/USP, 2004.

STEPAN, Nancy Leys. *A hora da eugenia*. Raça, gênero e nação na América Latina. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

_____. Eugenia no Brasil, 1917-1940. **In:** HOCHMAN, Gilberto (org.). *Cuidar, controlar, curar*. Ensaios históricos sobre saúde e doença na América Latina e Caribe. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004.

_____. Raça e gênero: o papel da analogia na ciência. **In:** HOLLANDA, Heloísa Buarque de (org.). *Tendências e impasses: o feminismo como crítica da cultura*. Rio de Janeiro: Rocco, 1994.

THIELEN, Eduardo et ali. *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 Oswaldo Cruz, 1991.

TOTARSKI, Celia. Contradições de uma cidade disciplinar: condutas desviantes e prostituição em Curitiba, de 1910 a 1916. **In:** *Série Monografias nº1. O viver em uma sociedade urbana, Curitiba 1890-1980*. Curitiba: Boletim do Departamento de História da UFPR, 1994.

VIANA, Oliveira. *Populações meridionais do Brasil*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1973.

VÍTOR, Nestor. *A terra do futuro*. Curitiba: Farol do saber, 1996.

WACHOWICZ, R. C. *História do Paraná*. 7 ed. Curitiba: Ed. Gráfica Vicentina, 1995.

WILLEMS, Emíli. *O problema rural brasileiro visto do ponto de vista antropológico*. São Paulo: Secretaria de Agricultura, Indústria e Comércio de São Paulo, 1944.

WISSENBACH, M. Cristina C. Da escravidão à liberdade: dimensões de uma privacidade possível. **In:** SEVCENKO, Nicolau (org.). *História da vida privada no Brasil*. vol. 3. São Paulo: Companhia das Letras, 1998.

ANEXO Nº 01

A Comissão de Prophylaxia Rural do Paraná em 1919. In: Prophylaxia Rural no Estado do Paraná: Esboço de geographia medica. Livraria Economica: Curityba, 1919.p. 17.
Phot. Souza Araújo.



ANEXO Nº 02

Vista Geral do Posto de Phophylaxia Rural installado em 1º de Outubro de 1918. In: op. cit., p. 61.
Phot. Souza Araújo.



ANEXO Nº 03

O medico da Prophylaxia viajando os sertões de Tibagy. **In: op. cit.**, p. 98.



ANEXO Nº 04

O Dr. Lutz descendo o rio Veado, numa canoa dos indios Cayuás. **In: op. cit.**, p. 125.
Phot. Souza Araújo.



ANEXO Nº 05

Festa Religiosa em Jaguariahyva. In: op. cit., p. 93.

Phot. Izakson.



ANEXO Nº 06

Opilados em tratamento, Paranaguá, Janeiro de 1917. In: op. cit. p. 56.

Phot. Souza Araújo.



ANEXO Nº 07

Índios em tratamento de opilação, Jatahy. In: op. cit., p.122.
Phot. Souza Araújo.



ANEXO Nº 08

Toldo de índios Cayuás e Guaranyes em Tira Fubá, Jatahy. In: op. cit., p.123.
Phot. Souza Araújo.



ANEXO Nº 09

Antiga casa de Aldeamento, grande fóco de “Barbeiro”. (foi demolida). In: op. cit., p. 120.
Phot. Souza Araújo.



ANEXO Nº 10

Casos da doença de Carlos Chagas no Norte do Paraná. In: op. cit., p. 121.
Phot. Souza Araújo.



ANEXO Nº 11

Caso de verminoses. In: op. cit., p. 40.

Phot. Souza Araújo.



ANEXO Nº 12

Casos de impaludismo no litoral. In: op. cit., p. 45.

Phot. Souza Araújo.



ANEXO Nº 13

Grupo de leprosos em Jaguarahyva. In: op. cit., p. 111.
Phot. Souza Araújo.



ANEXO Nº 14

Caso da doença de Sokodú. In: op. cit., p. 116.
Phot. Linzmeyer.



ANEXO Nº 15

Mãe e filha. Casos adiantados de lepra tuberculosa em Serro Azul. In: op. cit., p. 114.
Phot. Souza Araújo.



ANEXO Nº 16

Obras Sanitarias. In: BARRETO, João de Barros. Serviços de Saneamento e Prophylaxia no Parana, em 1922. Curitiba: Empreza Graphica Paranaense, 1923. p. 124.



ANEXO Nº 17

Obras Sanitarias. In: op. cit., p. 124.



ANEXO Nº 18

Posto de Campo Comprido – Fossa séptica em construção. In: op. cit. 125.



ANEXO Nº 19

Posto da Comissao em Colônia Mineiras. In: Prophylaxia Rural no Estado do Paraná: Esboço de geographia medica. Livraria Economica: Curityba, 1919. p. 17.

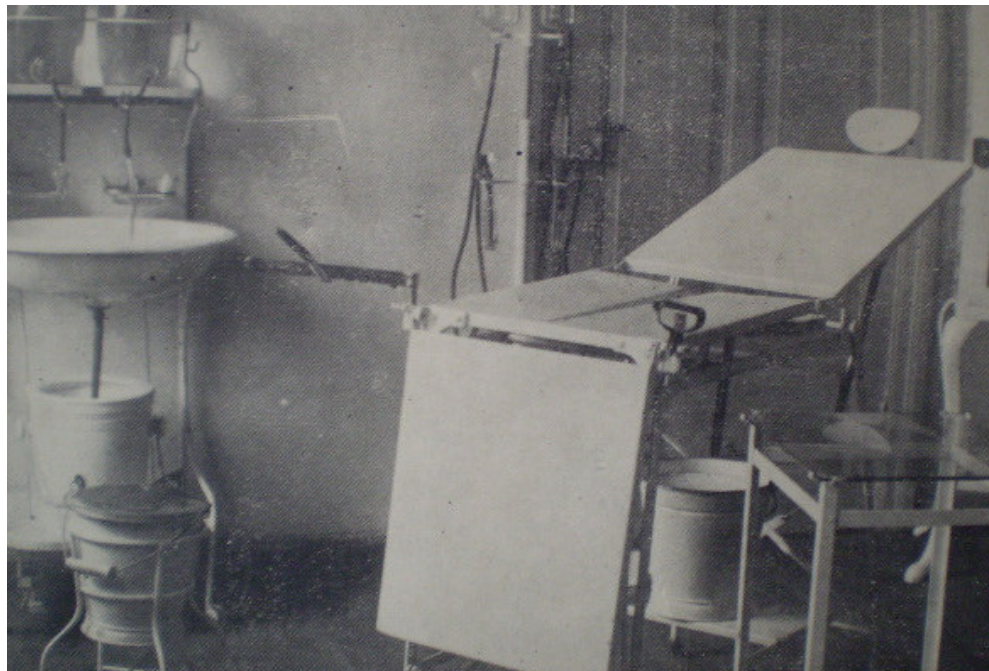
Phot. Souza Araújo.



ANEXO Nº 20

Enfermaria em Tomazina. In: op. cit., p. 34.

Phot. Souza Araújo.



ANEXO Nº 21

Trabalhos de pequena hidrographya em Guaratuba: valla por onde se escoam as aguas que inundavam uma extensa área de terreno. In: BARRETO, João de Barros. *Serviços de Saneamento e Prophylaxia no Parana, em 1922*. Curitiba: Empreza Graphica Paranaense, 1923. p. .115.



ANEXO Nº 22

Aspecto interior do posto de Morretes.. In: *op. cit.*, p. 121.



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](#)