

A atuação médica-sanitária nos municípios rurais do Paraná (1918-1930)

The medical and health activities in rural municipalities of Paraná (1918-1930)

Carmem Silvia da Fonseca Kummer Liblik

*Doutoranda em História pela
Universidade Federal do Paraná
carmemsfk@gmail.com*

Resumo: Este artigo tem por objetivo analisar a atuação do *Serviço de Prophylaxia Rural do Paraná* (SPRP) nos municípios rurais do Estado nos anos de 1916 a 1930. A análise dos cadernos e relatórios de viagens dos médicos sanitaristas, 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 dos modelos médicos e sanitários aplicados nas cidades do interior a fim de que fossem erradicadas as doenças epidêmicas e endêmicas. Investiga-se 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 da saúde dos indivíduos ligado a uma constituição de saberes médicos.

Palavras-Chave: Saneamento, Municípios Rurais, Medicalização.

Abstract: This article aims to analyze the acting of the *Serviço de Prophylaxia Rural do Paraná* (SPRP) – Department of Rural Prophylaxis of Paraná – in rural municipalities from the state, in the years from 1916 to 1930. The analysis of books and travel reports of sanitarians doctors, the laws and decrees related to the institutionalization of the rural prophylaxis department as well as articles published in the journal *Paraná Médico* and also the health regulations, have allowed us an investigation of medical and health models applied in the inner cities of the state, in order that were eradicated both endemic and epidemic disease. We investigated how the models of hygiene and sanitation for the treatment of diseases were designed and put into practice, a subject that leads to an analysis of the attempt to control the health of individuals connected to a constitution of the medical knowledge.

Keywords: Medicalization, Rural Municipalities, Sanitation.

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” (IPARDES, 2001: 08).

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 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 apresentavam 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 (IPARDES, 2001: 28). Os tipos de atendimento médico referem-se à existência do ambulatório móvel, agente de saúde e posto de saúde.

Em linhas gerais, a pesquisa mostrou que as comunidades pesquisadas se encontram em condições sociais e econômicas precárias. Diante do que foi visto, o estudo salienta 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 (IPARDES, 2001: 72).

Estas informações 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 artigo. 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. 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.

56

Este estudo, fruto de dissertação de mestrado em História, trata das concepções que orientaram as primeiras intervenções médicas e sanitárias nas regiões rurais do Paraná entre 1916 a 1930, cujo 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. A problematização central que norteia esse trabalho corresponde à análise das práticas e os modelos de higienização e saneamento vigentes na época para o tratamento das doenças, tema que conduz a uma reflexão sobre a tentativa de controle da saúde dos indivíduos ligado a uma constituição de saberes médicos.

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 deste tema é o trabalho de Gilberto Hochman, *A era do saneamento: as bases da política de saúde pública no Brasil* (1998). Neste estudo, Hochman demonstra 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. Sabe-se que o Paraná, bem como outros estados, realizou 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 Hochman é importante para compreender este contexto.

Além dos aspectos relacionados aos acordos estabelecidos pelos Estados e a União, outro tema abordado pelos estudiosos diz respeito ao ideário eugênico que buscava sobretudo higidez e civilidade para o povo brasileiro. Conforme o estudo *A hora da eugenia: raça, gênero e nação na América Latina* (2005), Nancy 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: 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 atribuição a constituição de sujeitos hígidos e aptos para o trabalho e a inserção dos mesmos à identidade nacional (SANTOS, 1985; LIMA, 1998; LIMA & HOCHMAN, 2004).

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, analisamos como se processou a atuação médica nesses espaços, em especial no Paraná, 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 devido ao fato de que o aspecto político e ideológico das políticas sanitárias no meio rural não pode ser desvinculado das experiências médicas ocorridas de fato nas regiões

interioranas. Sendo assim, o artigo está estruturado conforme a identificação de três modelos utilizados para viabilizar o saneamento rural, quais sejam: as estratégias referentes à educação higiênica, a realização das reformas urbanas e sanitárias e a promoção de tratamentos dispensados para cada doença juntamente com a organização de dados estatísticos e recenseamento para se compreender a gravidade dos quadros epidêmicos.

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.

58

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 como os médicos do *Serviço de Prophylaxia Rural do Paraná* 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 Eduardo Leal Ferreira,

A nossa raça só caminhará para a degeneração se não correremos 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 eficazmente (FERREIRA, 1918: 416).

O “nosso povo”, como salienta o médico sanitário, “continuará doente e sem forças se não houver apenas a única e necessária condição: o trabalho médico em momentos de grandes epidemias e endemias”. Os próprios médicos da CPRP instituíam 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 poderiam receitar os remédios para cada doença e definir a dosagem correta segundo o grau da enfermidade que afligia a vida das pessoas. Além disso, a eles também era incumbida a função de recomendar os conselhos higiênicos normalmente desconhecidos pela população rural e alertar sobre os charlatões que tentavam seduzir os doentes com suas crenças e ervas.

A denúncia e a preocupação com as precárias condições de higiene constituem boa parte do discurso 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 disciplinarização do indivíduo, tanto em seus aspectos físicos quanto morais. Os conselhos e normas vinculados à higiene caracterizavam-se como um micropoder correspondente aos hábitos cotidianos do cuidado com o corpo, sexo e relações afetivas. Isso significa também, como sugere Jurandir Freire Costa, que as práticas higienizadoras não propunham amedrontar a população com armas jurídicas e policiais. Ao contrário, tratava-se de mostrar à família, os ganhos e benefícios que poderiam ser extraídos da prática de sujeição ao médico e suas prescrições (COSTA, 1989: 32). 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 falta de higiene e a decadência da vida social acabou se tornando o suporte para justificar a sua atuação tanto nos espaços urbanos quanto nos rurais.

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 (FOUCAULT, 2003: 30-34). Nesse ponto, a educação higiênica constituiu a mola propulsora de todo o encaminhamento dado aos propósitos normatizadores. Ela 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 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 (BAYMA, 1918: 18). 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. É nesse aspecto que seus corpos se tornaram algo a ser controlado, medicalizado, examinado e disciplinado pelo saber.

É interessante perceber a diferença entre os modelos profiláticos aplicados nas capitais brasileiras e nas cidades rurais. Em Curitiba, por exemplo, 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 (MEZZOMO, 1990: 41). No meio rural, por sua vez, 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 do indivíduo, garantida pelos métodos profiláticos e higienizadores que eram os mais simples possíveis. A 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 da educação, e não somente de leis, para a resolução da questão apontada:

Por tudo isso temos procurado incutir no espírito dos caboclos, sobretudo das crianças das escolas rurais, que pelo mau costume que eles têm de defecar na superfície da terra e por toda a parte, os indivíduos infectados vão espalhando no solo os ovos dos *ancylostomos* e das lombrigas, que aí se desenvolvem exatamente porque ficam as fezes a descoberto, e dão lugar a

larvas que atravessando a pele dos indivíduos que andam descalços ou daqueles que lidam na terra, podendo também ser engolidas, com a água e alimentos, vão ter aos intestinos onde se desenvolvem, se multiplicam e expoliam o indivíduo do seu precioso sangue, dando-lhe em troca um veneno terrível (ARAÚJO, 1919a: 63).

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 médico não consegue ensinar pela ação ou pela persuasão, o livro o fará, incutindo nesses cérebros que ainda não adormeceram, as regras tão fáceis tão assimiláveis, da vida vigiada, defendida e vitoriosa pela higiene (FERREIRA, 1918: 417).

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 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 palmatória e utilizemos sua dedicação, senhores economistas, num combate decisivo á indolência patológica que vai solapando sorateiramente a resistência tradicional do nosso caipira, do nosso tabaréu, do nosso caboclo, do habitante dos nossos sítios e das nossas fazendas. Instrução ao serviço da

higiene e ao caminho do civismo. Um povo que sabe ler e que sabe dar apreço à sua saúde, é também um povo que saberá amar sua Pátria acima de todas as coisas (FERREIRA, 1918: 417).

Para os médicos, somente pela educação do sertanejo seria 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 ancilostomose entre nós”. 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 impedia a população de conhecer as normas higiênicas.

O professor aprimorará o ensino de higiene, instituirá a revista periódica dos alunos, aperfeiçoará os seus hábitos sanitários, organizará competições relativas ao assunto, criará a "caderneta de higiene individual", etc. O poder público fará lei sobre as condições sanitárias dos prédios, inspecionará o seu asseio, manterá um serviço médico escolar bem conduzido, obrigará os estabelecimentos às reformas necessárias, etc. E assim poder-se-á fazer em Guarapuava o de que ainda não se cogitou: a higiene escolar (RIBEIRO, 1929: 100).

62

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.

O médico sanitarista que atuou no combate às principais endemias do início do século XX não é apenas um estudioso que conhece os grandes tratados e detém o saber. É também uma autoridade que intervém, executa, planeja e fiscaliza. Intervir na sociedade é verificar tudo aquilo que pode ser causador de doença e alertar a população para a necessidade de evitar componentes de características contagiosas. Por ordem do Ministério da Justiça e Negócios Interiores, os conselhos e orientações escritos pelo Dr.

Heráclides Souza Araújo, *Combate à Gripe*, foi publicado nos meses de outubro e novembro de 1918 nos jornais *A República*, *Diário da Tarde* e *Comércio do Paraná*. 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 (BERTUCCI, 2004: 28).

Apesar dos esforços empreendidos pelos médicos-sanitaristas 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 farmácia local completamente desprovida de medicamentos”. 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.

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, assaz reconhecida ao nosso Serviço. Convém, entretanto, notar, todas as faculdades me foram concedidas em Jaguariaíva e todo o prestígio. Todos os meus conselhos, todos os pedidos, foram prontamente satisfeitos (FARIA *apud* ARAÚJO, 1919b: 124).

Em época de epidemia a propaganda auxiliou a atuação dos higienistas na tentativa de 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. 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 necessárias para dar à propaganda o vulto que exige esse poderosíssimo recurso de campanha” (BARRETO, 1923: 76).

Apesar da escassez das verbas estaduais e federais destinadas ao *Serviço de Prophylaxia Rural do Paraná*, uma pequena parte dela mantinha a circulação da revista *Archivos Paranaenses de Medicina*. Uma de suas seções, intitulada Educação Higiênica, era destinada aos professores municipais do Estado. Ao lado da propaganda escrita, faziam-se necessárias para a efetivação dos ensinamentos higiênicos, as inúmeras séries de conferências e palestras elaboradas pelos 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 insistência levados a domicílio em domicílio pelo pessoal em serviço sistemático”.

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. 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 o médico Souza Araújo que “todos os que vão às palestras higiênicas saem com noções gerais de tudo que se possa relacionar com os fins em mira pela nossa Comissão”.

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

Instalações sanitárias, hospitalares e reformas no meio rural

Imbuídos por um comprometimento social, não só a profilaxia, balizada pela norma e dispositivos educacionais, constituía a prática médica. 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 de espaços como bairros, escolas e casas. 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.” (RAGO, 1985: 31).

No meio rural, a perspectiva de mudanças não se diferenciava daquelas empreendidas nas cidades. Muitos médicos do SPRP perceberam a urgente e necessária reforma urbana pela qual deveriam passar os “pobres” e “atrasados” municípios do litoral e do norte paranaense. 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.

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 tifoide e outras doenças causadas pela falta de higiene (BAYMA, 1918: 17). 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” (ARAÚJO, 1919b: 213).

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 “mato, junto às moitas de bananeiras e, pelos quintais, lançavam-se os dejetos à flor da terra” (BARRETO, 1923: 114). 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.

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. 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. 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.

66

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 trabalho, 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” (ARAÚJO, 1919a: 35).

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 sanitárias. Em Antonina tem-nos sido árdua a tarefa de convencer os inúmeros refratários, a construírem latrinas. Falta-nos também recursos para prosseguir as instalações” (ARAÚJO, 1919a: 35).

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 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” (MACHADO, 1978: 262). 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.

Devido à boa receptividade do prefeito de Jaguariaíva às intervenções da comissão médica 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 construísem 120 latrinas novas, reformassem muitas das existentes, demolissem e aterrassem as condenadas” (ARAÚJO, 1919a: 50). E nos demais municípios do Estado, como se processou a tão pretendida reforma urbana?

Brevemente iniciaremos o serviço de profilaxia itinerante aos demais municípios do Norte do Estado, intimando a população a construir latrinas pelo menos nas cidades e vilas. Neste ano intimámos todos os proprietários de casas do Jataí e S. Pedro de Alcântara em número de 43, a construírem latrinas. Quando de lá saímos em Maio já havia algumas delas prontas, tendo

sido a primeira mandada construir por nós para servir de tipo (ARAÚJO, 1919a: 51).

Em Morretes, o SPRP conseguiu construir 140 fossas simples, e o melhor, acompanhadas de “casinha”. Em seguida, foram iniciadas mais 5 construções através do fornecimento por algumas empresas particulares de tábuas para as tais “casinhas”, “em casa de gente paupérrima, e os demais proprietários, em número de 36, estão intimados a executar esse melhoramento em suas habitações”.¹ 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.

Na cidade de Antonina vários contratempores 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 sério esta importante questão das fossas” (ARAÚJO, 1919a: 44). As intimações percorreram na maioria dos municípios paranaenses sendo que em cada um deles a atuação médica configurou-se de diferentes maneiras. Na cidade de Paranaguá

68

[...] cujo cadastro e planta já temos prontos 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 redes de água e esgoto. Registrou um total de 639 casas, das quais 452 em condições higiênicas, tendo água e esgoto; 116 só com água encanada; 71 sem instalações sanitárias; 25 casas em ruínas ou condenadas. Foram feitas 187 intimações (ARAÚJO, 1919a: 45).

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

¹ 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.

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 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 destacados as formas de conhecimento e o estudo das doenças endêmicas e os meios terapêuticos destinados para o combate das mesmas.

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

A terceira forma de perceber os modelos médicos aplicados no interior do Paraná e que pareceu ser o mais efetivo, diz respeito aos 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. 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 em 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. 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 contratantes, um posto profilático contra a Uncinarirose, fornecendo os medicamentos e todo o material científico do referido posto, e pagando os salários do pessoal e demais despesas do posto.

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

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

(REGULAMENTO SANITARIO RURAL, 1918: 12).

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 existência da ancilostomose, serão observadas as seguintes regras em relação a esta doença.

a) será determinado o índice parasitário pelo exame de fezes;

b) será feita a cura medicamentosa, com a necessária verificação microscópica;

c) de modo geral será realizada a profilaxia curativa independente do exame microscópico, orientando-se as autoridades pelo aspecto clínico dos infectados;

d) nas zonas de elevado índice parasitário serão realizadas aplicações medicamentosas, mesmo na ausência de sinais clínicos aparentes, ao critério da autoridade sanitária (REGULAMENTO SANITARIO RURAL, 1918: 38).

De maneira geral, todas as doenças endêmicas foram abordadas pelo Regulamento Sanitário Rural do Paraná. A ideia 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. 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.²

De 2 a 24 de outubro de 1918 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%, Tricocefalose 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.³ 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

² 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.

³ 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 Belisário 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%. (FERREIRA, 1918: 418-9).

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.

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. Logo, 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 e latrinas. Para respaldar esta prática uma das determinações do *Regulamento Sanitário do Estado do Paraná* de 1918 é:

Art. 10 – Os médicos do serviço de Profilaxia Rural se incumbirão de organizar mapas da distribuição geográfica das doenças, determinando o seu índice endêmico para cada região do Estado, os quais servirão de base para a imposição das medidas obrigatórias de profilaxia e execução de outras medidas constantes deste regulamento (REGULAMENTO SANITARIO RURAL, 1918: 23).

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, portanto, a tentativa de compreender, registrar e compilar informações a respeito das condições de saúde da população rural.

Após o levantamento epidemiológico 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 medicação 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 permanente de asilos, hospitais e clínicas, que pudessem promover um 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, 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, que são quase todos devido sobretudo a alta porcentagem de infecção verminótica. Os poderes dessa importante medida, que, entretanto, ainda não foi posta em prática já há muito tempo por falta de autorização do Sr. Ministro da Justiça, a quem endereçamos as referidas petições do povo de Morretes (ARAÚJO, 1918: 54).

Os médicos sanitaristas tiveram grande importância na questão sanitária do país no início do século XX, 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 que perpassam o esforço e competência dos médicos sanitaristas. 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 Dr. Souza Araújo no *Paraná Médico* em 1919:

O serviço de profilaxia 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 quase 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 ano, 1919, reencenamos com patriótico entusiasmo a espinhosa tarefa de sanear os sertões (ARAÚJO, 1919b: 499).

74

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.

Considerações finais

Após as viagens empreendidas, os sanitaristas participantes do *Serviço de Prophylaxia Rural do Paraná* (SPRP), 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 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 ideia 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.

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 ideias 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 conseguinte, baseava-se na educação higiênica e moral para os chamados caboclos e caipiras.

Apesar desse quadro aparentemente destituído de modificações e esperanças, os médicos do SPRP 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.

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 do SPRP, 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 contribuiu para dificultar a medicalização da população.

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 se refere 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 socioeconômicas 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 infundável descaso político das elites locais com aqueles que julgam ser irrelevantes e desnecessários para o país.

Fontes

- ARAÚJO, Heráclides C. de Souza (1919a). Combate á gripe. *Paraná Médico*. Órgão da Sociedade de Medicina do Paraná. Curitiba, 19 jan., pp. 33-68.
- _____. (1919b). *Prophylaxia rural no estado do Paraná*: esboço de geographia medica. Livraria Economica: Curityba.
- _____. (1918). Resumo do relatório de Souza Araújo. *Paraná Médico*. Órgão da Sociedade de Medicina do Paraná. Anno III, n. 6, Curitiba, 19 jan., pp. 47-59.
- BARRETO, João de Barros (1923). *Serviços de Saneamento e Prophylaxia no Paraná, em 1922*. Curityba: Empreza Graphica Paranaense.
- BAYMA, Theodoro (1918). *A febre typhoide no Paraná*. Curitiba: Typ. da Penitenciaria do Estado.
- FERREIRA, Eduardo Leal (1918). Saneamento do Brasil. *Paraná Medico*. Órgão da sociedade de Medicina do Paraná. Curitiba, 16 nov., pp. 414-425.
- REGULAMENTO SANITARIO RURAL (1918). Estado do Parana. Typ. A Republica.
- RIBEIRO, Eurico Branco (1929). *O coração do Paraná*. Estudo sanitario apresentado á cadeira de Hygiene da Faculdade de Medicina de São Paulo. São Paulo: Editora LTDA.

77

Referências Bibliográficas

- BERTUCCI, Liane Maria (2004). *Influenza, a medicina enferma*: ciência e práticas de cura na época da gripe espanhola em São Paulo. São Paulo: Editora da Unicamp.
- COSTA, Jurandir Freire (1989). *Ordem médica e norma familiar*. Rio de Janeiro: Edições Graal.
- FOUCAULT, Michel (2004). *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal.
- _____. (2003). *O nascimento da clínica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- HOCHMAN, Gilberto (1998). *A era do saneamento: as bases da política de saúde pública no Brasil*. São Paulo: Hucitec/ANPOCS.
- LIMA, Nísia Trindade (1998). *Um sertão chamado Brasil*: intelectuais e representação geográfica da identidade nacional. Rio de Janeiro: Revan/IUPERJ-UCAM.
- LIMA, Nísia Trindade & HOCHMAN, Gilberto (2004). “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, pp. 493-533.
- IPARDES (2001). *Avaliação de impacto socioeconômico das comunidades rurais pobres: caracterização socioeconômica das comunidades*. Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social. Curitiba: IPARDES.
- MACHADO, Roberto (1978). *Danação da norma: medicina social e a constituição da psiquiatria no Brasil*. Rio de Janeiro: Graal.
- MEZZOMO, Diva C. Ribas (1990). *Médicos e educadores: a disciplinarização da família curitibana (1890-1930)*. Dissertação (Mestrado em História). Universidade Federal do Paraná, Curitiba.
- RAGO, Margareth (1985). *Do cabaré ao lar: a utopia da cidade disciplinar, Brasil. 1892-1930*. Rio de Janeiro: Paz e Terra.
- RONCAGLIO, Cynthia (2001). Apontamentos para uma história da saúde: as fontes documentais do Paraná. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*. Rio de Janeiro, vol. 8, n. 01, mar/jun., pp. 223-235.
- SANTOS, Luiz Antonio Castro (1985). O pensamento sanitário na Primeira República: uma ideologia de construção nacional. *Dados – Revista de Ciências Sociais*. vol. 28, n. 2, pp. 193-210.
- STEPAN, Nancy Leys (2005). *A hora da eugenia: raça, gênero e nação na América Latina*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- _____. (2004). 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, pp. 331-393.
- _____. (1994). 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, pp. 72-96.

Artigo recebido em 20 de janeiro de 2016.

Aprovado em 19 de março de 2016.

DOI: 10.12957/intellectus.2016.21982